



Escroto agudo en el lactante

Paula Melero Guardia^a, Elisabeth Domingo Lagman^b, Agustín Muñoz Cutillas^a,
Eduardo Oujo Álamo^a, María Escobar Castellanos^c, Clara Ferrero García-Loygorri^c

Publicado en Internet:
4-octubre-2023

Agustín Muñoz Cutillas:
amunozcuti@gmail.com

^aMIR-Pediatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España • ^bMIR-Pediatría. Hospital Universitari Mutua Terrassa. Barcelona. España • ^cPediatra. Servicio Urgencias Pediátricas. Hospital General

Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Resumen

El escroto agudo consiste en un cuadro clínico de dolor testicular asociado a signos inflamatorios locales, excepcional en neonatos y lactantes.

Presentamos un caso de un lactante de 2 meses con tumefacción y eritema escrotal derecho de 48 horas de evolución y pico febril en Urgencias. A la exploración, teste doloroso a la palpación, con reflejo cremastérico presente. En la ecografía testicular se objetiva orquiepididimitis derecha. La analítica muestra leucocitosis, neutrofilia y mínima elevación de reactantes de fase aguda. En el urocultivo se aísla *Escherichia coli*. Recibe antibioterapia durante 2 semanas con buena evolución.

La orquiepididimitis es la inflamación aguda del testículo y epidídimo, patología muy infrecuente en neonatos y lactantes. La diseminación hematógena es la causa más frecuente en este grupo de edad, siendo el germen más frecuente el *E. coli*. Por tanto, en neonatos y lactantes con orquiepididimitis, considerando el riesgo de bacteriemia asociada, resulta fundamental optimizar el diagnóstico, incluyendo un estudio completo de sepsis junto con la ecografía Doppler y el inicio precoz de la antibioterapia empírica.

Palabras clave:

- Dolor testicular
- Escroto agudo
 - Lactante
- Orquiepididimitis

Acute Scrotum in infants

Abstract

Acute scrotum consists of testicular pain associated with local inflammatory signs and is very unusual in neonates and infants.

We present a case of a 2-month-old infant with right scrotal swelling and erythema of 48 hours' evolution. Peak fever in the emergency department. On examination, the teste was painful on palpation, with cremasteric reflex present. Testicular ultrasound showed right orchiepididymitis with associated hydrocele. Laboratory tests show leukocytosis, neutrophilia and minimal elevation of acute phase reactants. Urine culture isolated *Escherichia coli*. He received antibiotherapy for 2 weeks with good evolution.

Orchiepididymitis is an acute inflammation of the testicle and epididymis, and it is a very rare pathology in neonates and infants. Haematogenous dissemination is the most frequent cause in this age group, with *E. coli* being the most frequently isolated germ. Therefore, in neonates and infants with orchiepididymitis, considering the risk of associated bacteraemia, it is essential to optimize the diagnosis by including a complete sepsis study together with Doppler ultrasound and the early initiation of empirical antibiotherapy.

Key words:

- Acute scrotum
 - Infant
- Orchiepididymitis
 - Testicular pain

INTRODUCCIÓN

El escroto agudo se manifiesta como dolor testicular asociado a signos inflamatorios locales y es excepcional en neonatos y lactantes¹. Es un cuadro

clínico urgente y la torsión testicular es la causa más común en este grupo de edad. Otras etiologías como la orquiepididimitis son infrecuentes en el periodo neonatal².

Cómo citar este artículo: Melero Guardia P, Domingo Lagman E, Muñoz Cutillas A, Oujo Álamo E, Escobar Castellanos M, Ferrero García-Loygorri C. Escroto agudo en el lactante. Rev Pediatr Aten Primaria. 2023;25:281-3.

CASO CLÍNICO

Lactante de 2 meses, sin antecedentes perinatales de interés, que es traído al Servicio de Urgencias por tumefacción y eritema escrotal derecho de 48 horas de evolución junto con irritabilidad. Afebril en domicilio. A su valoración, constantes normales excepto pico febril. En la exploración física se objetiva tumefacción y eritema escrotal derecho, doloroso a la palpación, con reflejo cremastérico presente. Resto de exploración sin alteraciones.

Se realiza ecografía Doppler testicular compatible con orquiepididimitis derecha e hidrocele asociado. No se objetivan signos de piocele. Se realiza analítica sanguínea que muestra leucocitosis (15 500/ml) y neutrofilia (9400/ml), proteína C reactiva 25,5 mg/l y procalcitonina 0,16 µl. Tira reactiva de orina recogida por sondaje con esterasas leucocitarias positivo (+++) y nitritos negativos. Gram de orina que muestra escasos leucocitos polimorfonucleares, sin microorganismos. Se completa estudio con punción lumbar con obtención de muestra de líquido cefalorraquídeo (LCR) hemática, por lo que no se cursa estudio bioquímico. Ingres a en planta de hospitalización con antibioterapia empírica, previa recogida de cultivos (sangre, orina y LCR).

Se inicia tratamiento con ampicilina y cefotaxima. Mejoría clínica en las primeras 24 horas, con disminución de signos inflamatorios de teste derecho y quedando afebril. Ante buena evolución y pérdida de vía venosa periférica, se sustituye antibioterapia por amoxicilina-clavulánico vía oral. Posteriormente, se cambia por cefixima vía oral tras aislamiento de *Escherichia coli* (30 000-40 000 UFC/ml) en urocultivo, siendo resistente a ampicilina y amoxicilina-clavulánico y sensible a cefalosporinas. Hemocultivo y cultivo de LCR estériles. Presenta buena evolución, con resolución del eritema y la tumefacción escrotal, sin nuevos picos febriles. Es dado de alta a domicilio con antibioterapia oral completando dos semanas de tratamiento. Se realiza ecografía de control sin alteraciones.

DISCUSIÓN

La orquiepididimitis es una inflamación aguda del testículo y epidídimo, poco frecuente en lactantes. Aunque su etiología no está claramente definida, se han descrito diferentes causas como infecciones bacterianas, víricas o fúngicas y traumatismos, entre otras. Sin embargo, Aguilera *et al.*² describen la diseminación hematógona como el mecanismo etiológico más frecuente en la población neonatal con orquiepididimitis y aislamiento microbiológico. El germen más frecuentemente aislado en este grupo es *E. coli*¹⁻⁴.

La mayoría de los casos de orquiepididimitis suelen presentar fiebre y alteraciones analíticas (leucocitosis y elevación de reactantes de fase aguda)^{1,2}. La ecografía Doppler resulta de gran utilidad en el diagnóstico diferencial por su elevada sensibilidad (88% en torsión testicular y 100% en orquiepididimitis)^{1,5}.

Las malformaciones urogenitales constituyen un factor de riesgo asociado, por lo que en neonatos y lactantes con orquiepididimitis e infección del tracto09 urinario asociada, se recomienda estudio con ecografía renovesical y/o cistografía miccional seriada (CUMS)^{1,6}.

El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado son esenciales para evitar complicaciones locales como abscesos, infertilidad o incluso la pérdida del testículo afectado. No obstante, el tratamiento antibiótico de la orquiepididimitis debe reservarse para pacientes con etiología bacteriana confirmada o pacientes con riesgo de infección potencialmente grave, como neonatos y lactantes o inmunocomprometidos^{4,7,8}.

Actualmente no existe un manejo protocolizado de la orquiepididimitis en neonatos y lactantes debido a su baja prevalencia. No obstante, considerando el alto riesgo de bacteriemia asociada, resulta fundamental optimizar el diagnóstico incluyendo un estudio completo de sepsis junto con la ecografía Doppler y el inicio precoz de la antibioterapia empírica.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES

Contribución de los autores: diseño, trabajo de campo y redacción (PMG, EDL, MEC), trabajo de campo, revisión de la bibliografía y redacción (AMC, EOA), supervisión y coordinación, trabajo de campo y revisión de la bibliografía (CFGL).

BIBLIOGRAFÍA

1. Chiang MC, Chen HW, Fu RH, Lien R, Wang TM, Hsu JF. Clinical features of testicular torsion and epididymo-orchitis in infants younger than 3 months. *J Pediatr Surg*. 2007;42(9):1574-7.
2. Aguilera Alonso D, Del Rosal T, Pérez Muñoz S, Baquero Artigao F. Neonatal epididymo-orchitis with pyocele caused by *Escherichia coli*: Successful treatment with antimicrobial therapy alone. *Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed)*. 2018;36(8):530-1.
3. Stark JE, Bellman LA, Kamel SH, Whittam BM, Christenson JC, Webber EC. *Escherichia coli* Bacteremia, Epididymo-Orchitis, and Scrotal Abscess in a Neonate. *J Pediatric Infect Dis Soc*. 2012;1(4):340-2.
4. Chiang MC, Wang TM, Fu RH, Chu SM, Chou YH. Early-onset *Escherichia coli* sepsis presenting as acute scrotum in preterm infant. *Urology*. 2005;65(2):389.
5. Deeg KH. Differential Diagnosis of Acute Scrotum in Childhood and Adolescence with High-Resolution Duplex Sonography. *Differenzialdiagnose des akuten Skrotums im Kindes- und Jugendalter mit der hochauflösenden Duplexsonografie*. *Ultraschall Med*. 2021;42(1):10-38.
6. Raveenthiran V, Sam CJ. Epididymo-orchitis complicating anorectal malformations: collective review of 41 cases. *J Urol*. 2011;186(4):1467-72.
7. Cristoforo TA. Evaluating the Necessity of Antibiotics in the Treatment of Acute Epididymitis in Pediatric Patients: A Literature Review of Retrospective Studies and Data Analysis. *Pediatr Emerg Care*. 2021;37(12):e1675-e1680.
8. Goirand M, Berthaud R, Al Ikhtiar I, Lachtar M, Montoro J, Walter-Nicolet E. Epididymo-orchitis in a newborn: rare illness revealing late-onset *Streptococcus agalactiae* meningitis. *Arch Pediatr*. 2014;21(2):219-22.

ABREVIATURAS

CUMS: cistografía miccional seriada • **LCR**: líquido cefalorraquídeo.