

Hematoma inguinoescrotal, ¿qué se esconde debajo?

Laura de la Sen de la Cruz, Soledad Amorós Villaverde, Ana Jové Blanco, María García de Oteyza, Clara Ferrero García-Loygorri, María Escobar Castellanos

Recibido: 12-agosto-2025

Aceptado: 23-octubre-2025

Publicado en Internet:
06-noviembre-2025

Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Laura de la Sen de la Cruz:
lauradlsc3@gmail.com

Palabras clave:

- Ecografía
- Escroto
- Hematoma
- Malformación linfática
- Testículo

Resumen

La presencia de un hematoma a nivel inguinoescrotal sin antecedente de traumatismo o intervención supone un reto diagnóstico, ya que puede ser la forma de manifestación de patología a este nivel.

Se presenta el caso de un varón de 9 años con una malformación linfática inguinal no conocida previamente que se diagnosticó en el contexto de un hematoma en esta localización. En su manejo fue fundamental la historia clínica y la ecografía testicular urgente. Precisó un seguimiento y un abordaje multidisciplinar.

Inguinoscrotal hematoma: what's hidden underneath?

Key words:

- Hematoma
- Lymphatic abnormalities
- Scrotum
- Testis
- Ultrasonography

Abstract

The occurrence of an inguinoscrotal hematoma in the absence of prior trauma or surgical intervention poses a diagnostic challenge, as it may constitute the initial manifestation of an underlying pathological condition in this region.

We report the case of a boy aged 9 years with a previously unrecognized inguinal lymphatic malformation that was identified in the context of a hematoma in this location. The history-taking and urgent testicular ultrasound examination were essential for accurate diagnosis and management, underscoring the need for close follow-up and a multidisciplinary approach.

INTRODUCCIÓN

La patología escrotal supone un motivo de alarma entre las familias. La torsión testicular es la primera entidad en la que pensamos por la emergencia que supone, y siempre tiene que ser descartada para disminuir al máximo el tiempo de isquemia testicular. Sin embargo, supone menos de un 30% de las causas de escroto agudo, y es muy amplia la variedad de patologías que se puede encontrar a nivel inguinoescrotal. Para su abordaje, el primer paso siempre será llevar a cabo una buena historia

clínica y una exploración física adecuada, ya que en la mayoría de los casos el diagnóstico es clínico. No obstante, en algunos casos, serán claves pruebas adicionales para establecer la causa.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un niño de 9 años, sin antecedentes personales de interés, que acudió al servicio de urgencias por dolor en la región inguinal derecha de 48 horas de evolución. El dolor

Cómo citar este artículo: De la Sen de la Cruz L, Amorós Villaverde S, Jové Blanco A, García de Oteyza M, Ferrero García-Loygorri C, Escobar Castellanos M. Hematoma inguinoescrotal, ¿qué se esconde debajo? Rev Pediatr Aten Primaria. 2025;27:405-9. <https://doi.org/10.60147/f7f3bfce>

aumentaba con el ejercicio y al caminar, sin estar presente en reposo. No refería antecedentes de traumatismo en dicha zona, ni práctica deportiva de contacto. No presentaba fiebre en domicilio, clínica miccional acompañante ni otra sintomatología de interés.

A la inspección se objetivó un hematoma en región inguinal, y a la palpación, una masa bien delimitada, fluctuante y dolorosa, no móvil, ni rodadera, ni reductible, de 1 x 2 cm. Los genitales externos no presentaban alteraciones, los testes estaban en bolsa y el reflejo cremastérico bilateral estaba presente. Fue valorado por el Servicio de Cirugía Pediátrica y, dada la ausencia de patología quirúrgica urgente, se decidió darle de alta con la solicitud de una ecografía ambulatoria para el estudio de la lesión.

A las 24 horas acudió de nuevo por progresión de hematoma inguinal, aumento de la intensidad del dolor, presencia de náuseas y vómitos y un pico febril de 39 °C. En la exploración física se objetivó progresión del hematoma hacia la región de teste derecho, con palpación de la misma masa descrita previamente y sin palpar masas a nivel escrotal ni alteración del reflejo cremastérico (**Figura 1**).

Se realizó una ecografía de manera urgente (**Figura 2**), en la que se objetivó una malformación linfática macroquística inguinal derecha con posible sangrado y sobreinfección.

Figura 1. Hematoma inguinoescrotal. Flecha azul: zona donde se palpaba masa dolorosa descrita en el texto con hematoma asociado. Flecha amarilla: zona de progresión de hematoma hacia zona escrotal derecha



En la analítica sanguínea presentaba elevación de reactantes de fase aguda ($8,7 \times 10^9/L$, $7,4 \times 10^9/L$, procalcitonina 1,3 ng/mL, PCR 5,6 mg/L); sin otras alteraciones. Ingresó en Planta de Hospitalización con tratamiento antibiótico con cefotaxima a 200 mg/kg/día. Tras 24 horas, el paciente se quedó afebril, con mejoría progresiva del dolor. Recibió 48 horas adicionales antibioterapia intravenosa con amoxicilina-clavulánico a 100 mg/kg/día. Fue dado de alta a las 72 horas y completó antibioterapia oral domiciliaria con amoxicilina-clavulánico hasta completar 7 días.

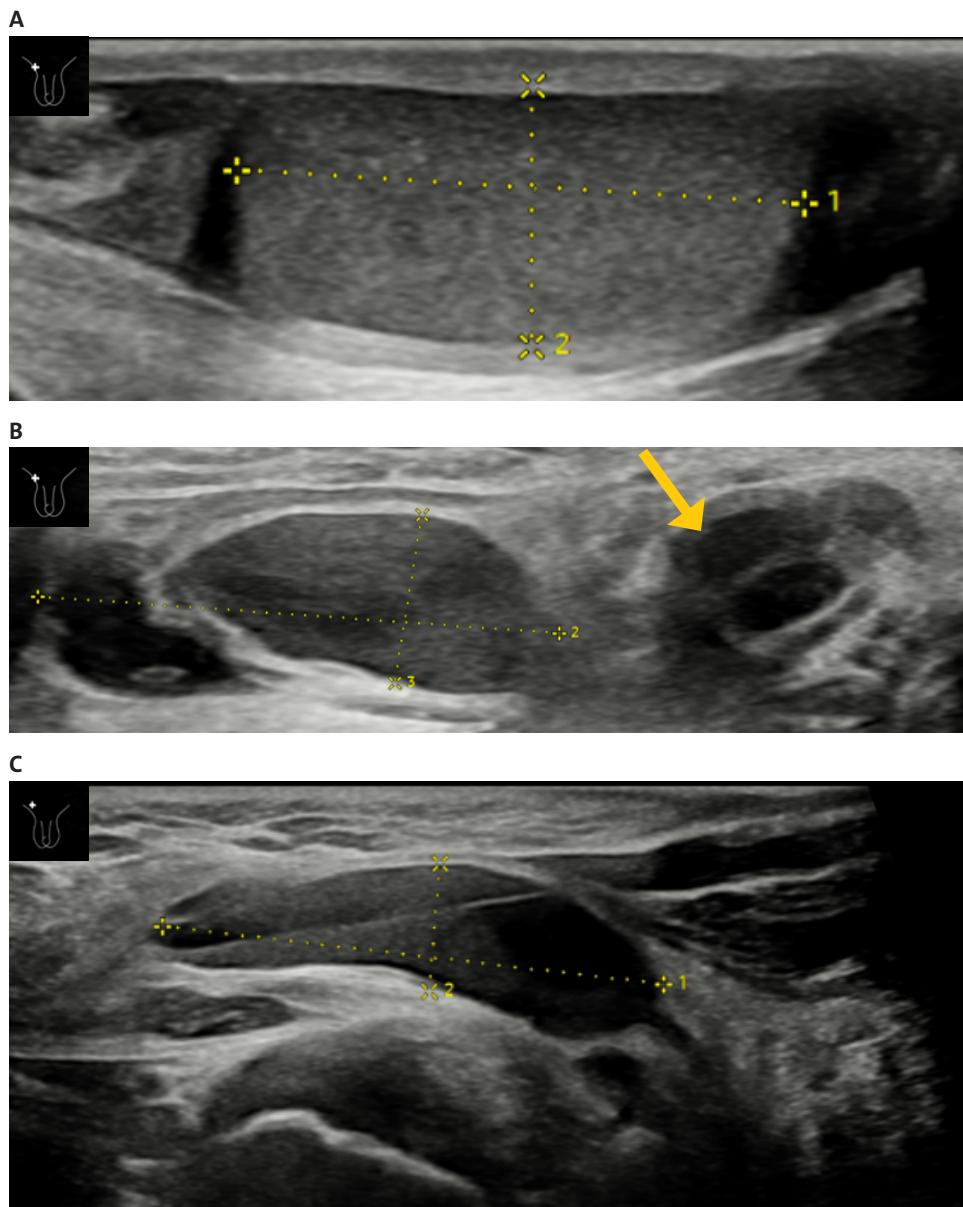
Se llevó a cabo control clínico al mes de ser dado de alta en consultas externas de Cirugía Infantil. En dicha visita no se objetivó hematoma ni signos inflamatorios a nivel inguinal o escrotal. No presentaba clara palpación de masa, pero impresionaba de zona más dura a nivel inguinal, donde presentó la lesión. Se planteó un manejo conservador, con la sospecha de que el propio sangrado hubiera actuado como esclerosis de la lesión. Se programó revisión con ecografía a los 2 meses del alta, pero el paciente no acudió a control.

DISCUSIÓN

La primera sospecha diagnóstica ante un hematoma inguinal o escrotal es un traumatismo. La historia clínica jugará un papel fundamental; conviene interrogar sobre posibles golpes a este nivel o sobre una práctica deportiva de contacto¹. La toma de fármacos anticoagulantes podría favorecer la aparición del hematoma². En el caso del paciente que se presenta, no aparecen dichos antecedentes en la historia. En ausencia de un trauma directo, hay que descartar antecedente de intervención quirúrgica, así como maltrato o abuso sexual si el contexto clínico es sugestivo¹.

La presencia de una masa inguinal dolorosa, sobre todo en un contexto de esfuerzo, con sensación nauseosa, fiebre y cambio de color, hace pensar en una hernia inguinal complicada como sospecha diagnóstica³. Aun así, la aparición súbita de la

Figura 2. Imágenes de la lesión linfática en la ecografía inguinal realizada en urgencias. A. Teste derecho sin alteraciones. B. Colección multiquística principalmente hipoeucogénica con septos y contenido ecogénico en su interior formando nivel, localizada en región inguinal derecha (lateral al conducto inguinal) que no presenta señal Doppler en su interior, con unas medidas de aproximadamente $3 \times 2 \times 0,7$ cm. Raíz de pene sin alteraciones (flecha amarilla). C. Niveles ecogénicos intralesionales sugestivos de hemorragia o sobreinfección.



lesión y su extensión hacia la zona escrotal hacían menos probable esta opción.

Por la gravedad, los tumores escrotales siempre han de descartarse ante cualquier síntoma de localización testicular, aunque lo más frecuente es la

manifestación en forma de masa escrotal indolora^{4,5}. Cabe mencionar que cada vez es mayor la evidencia de que los tumores testiculares en población prepuberal tienen que considerarse una entidad diferente a los casos pospuberales y de adultos. Se debe

a que la etiología benigna es más frecuente que la maligna, como teratomas benignos, quistes dermoides o epidermoides, casos en los que una cirugía conservadora de testículos sería una opción⁶. La ausencia de masa palpable a nivel escrotal hacía poco probable este diagnóstico.

Otro posible diagnóstico diferencial sería una púrpura de Schonlein-Henoch, que es la vasculitis más frecuente en la edad pediátrica. Aunque no es conocida por su afectación escrotal, puede estar presente entre el 2-38% de los casos, en forma de edema, eritema o dolor escrotal unilateral. Puede preceder al resto de la sintomatología clínica que guía al diagnóstico de esta patología, como la cutánea, gastrointestinal, renal y articular^{3,5,7}.

La ecografía testicular fue decisiva para el diagnóstico etiológico definitivo de malformación linfática, entidad clínica poco frecuente y con una presentación muy heterogénea. La ecografía Doppler es la prueba de elección inicial para el diagnóstico de este tipo de lesiones, ya que permite identificar el tipo de flujo, el tamaño y los tejidos a los que afecta la lesión; y, en ocasiones, permite hacer el diagnóstico definitivo sin necesidad de otras pruebas adicionales^{8,9}.

Las malformaciones linfáticoquísticas son un tipo de tumor benigno que se origina en el mesodermo como consecuencia de un defecto de la linfangiogénesis. La incidencia de este tipo de malformaciones es de 1/6000 a 1/16000 recién nacidos vivos. La mayoría se diagnostican en los dos primeros años de vida (90-95%), pero algunas pasan desapercibidas hasta edades más avanzadas^{8,9}. Afecitan principalmente a cabeza y cuello, y solo el 5% se localizan a nivel inguinoescrotal y retroperitoneal⁹. La edad del paciente no es la habitual del diagnóstico, siendo más frecuente detectarlo antes de los dos años, pero sí se trata de la forma más frecuente de diagnóstico, en contexto de infección de la lesión aguda o reciente¹⁰.

La presentación clínica es variable, siendo lo más común que se manifiesten como masas de contenido líquido, que en ocasiones adquieren una coloración

violácea. Por otro lado, son muy inmunorreactivas y con frecuencia ante traumatismos pueden infectarse o sangrar, pudiendo imitar a otras causas de escroto agudo^{5,11}.

La elección del tratamiento depende de la edad, localización, gravedad de los síntomas, tamaño y tipo, así como del objetivo terapéutico consensuado¹². Cuando son asintomáticas o asocian síntomas leves, con el seguimiento es suficiente. Si precisan un manejo activo, las decisiones se tomarán dentro de un equipo multidisciplinar. El tratamiento médico más utilizado es el sirolimus. Este fármaco inmunosupresor inhibe la linfangiogénesis y ha demostrado eficacia en la mejoría de los síntomas y en la reducción del tamaño de la malformación, aunque nunca llega a eliminarla por completo. La escleroterapia por medio de radiología intervencionista constituye la primera línea de tratamiento no farmacológico en el caso de las lesiones macroquísticas. La cirugía suele ser un tratamiento de segunda línea, ya que los bordes de la lesión no siempre están bien definidos, y han de evitarse los abordajes radicales por el riesgo de complicaciones^{12,13}. En lesiones superficiales, la electrocoagulación, el láser o la radiofrecuencia pueden ser útiles para disminuir el tamaño o reducir el sangrado en caso de que ocurra¹³. En nuestro caso, es probable que el propio sangrado de la lesión actuase como escleroterapia, haciendo que la masa redujese su tamaño y palpando la zona de mayor consistencia y dureza. Dado que el paciente no acudió al control ecográfico programado, no es posible correlacionar esta hipótesis con hallazgos de imagen.

En cualquier caso, cabe destacar la importancia de la ecografía Doppler inguinotesticular como prueba fundamental en los servicios de urgencias de Pediatría para el diagnóstico diferencial de la patología a este nivel. En caso de no llegar al diagnóstico con la misma, habrá que pensar en realizar una ecografía abdominal por la posibilidad de complicaciones, como sangrados a nivel retroperitoneal, bazo o hígado, rotura de aneurismas, o malformaciones arteriovenosas a este nivel².

CONCLUSIONES

La malformación linfática es una causa excepcional de hematoma inguinoescrotal. Si la localización, la clínica y la ausencia de compromiso funcional lo permiten, un abordaje multidisciplinar permite opciones conservadoras, como vigilancia, fármacos o escleroterapia. Debido a su buena evolución, se planteó una actitud expectante con tratamiento de las complicaciones.

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: redacción del artículo (LSC, SAV), búsqueda bibliográfica (AJB), toma y análisis de imágenes, gestión consentimiento informado (MGO), supervisión y correcciones (CFG, MEC).

Los autores han remitido un formulario de consentimiento de los padres/tutores para publicar información de su hijo/a.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez de Alarcón J, Hijano F. Identificación y tratamiento de las principales patologías testiculares. *Form Act Pediatr Aten Prim.* 2018;11(1):43-50.
2. López-Aramburu MA, Vereas A, Carvajal JL, Merino JA, Peña P. Hematoma escrotal idiopático. *Rev Int Androl.* 2013;11(3):115-8. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2013.03.002>
3. Sosnowska Sienkiewicz P, Januszkiwicz Lewandowska D, Mańkowski P. Testicular and scrotal abnormalities in pediatric and adult patients. *Pol J Surg.* 2023;96(1):88-96. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0053.9349>
4. Yu KJ, Wang TM, Chen HW, Wang HH. The Dilemma in the Diagnosis of Acute Scrotum: Clinical Clues for Differentiating between Testicular Torsion and Epididymo-Orchitis. *Chang Gung Med J.* 2012;35(1):38-45. <https://doi.org/10.4103/2319-4170.106168>
5. Brenner JS, Ojo A. Evaluation of nontraumatic scrotal pain or swelling in children and adolescents. Wiley JF, ed. En: UpToDate [en línea] [consultado el 05/11/2025]. Disponible en: www.uptodate.com/contents/evaluation-of-nontraumatic-scrotal-pain-or-swelling-in-children-and-adolescents
6. Friend J, Barker A, Khosa J, Samnakay N. Benign scrotal masses in children – some new lessons learned. *Journal of Pediatric Surgery.* 2016; 51: 1737-42. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2016.07.016>
7. Ma Y, Zhang S, Chen J, Kong H, Diao J. Henoch-Schönlein Purpura With Scrotal Involvement: A Case Report and Literature Review. *J Pediatr Hematol Oncol.* 2021;43(6):211-5. <https://doi.org/10.1097/MPH.0000000000002161>
8. Ghaffarpour N, Baselga E, Boon LM, Diociaiuti A, Dompmartin A, Dvorakova V, et al. The VASCERN-VASCA working group diagnostic and management pathways for lymphatic malformations. *Eur J Med Genet.* 2022;65(12):104637. <https://doi.org/10.1016/j.ejmg.2022.104637>
9. Wu W, Mo J, Tan K, Chen X, Xu W, Liu J, et al. Misdiagnosis of scrotal and retroperitoneal lymphangioma in children. *BMC Pediatrics.* 2023;23:551. <https://doi.org/10.1186/s12887-023-04380-9>
10. Serrano Costa I, Jenkins Sánchez CP, Arvelo Senior H, Redondo Sendino A, Cortés Rico O. Valoración de masa cervical. ¿Motivo de preocupación? *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2024;26:413-8. <https://doi.org/10.60147/3b575017>
11. Cabanillas-Becerra J, Maldonado-Gómez W. Malformación Linfática Microquistica Escrotal. *Rev Exp Med.* 2017;3(1):36-39.
12. Moreno Alfonso JC, Triana Junco PE, Miguel Ferrero M, Díaz González M, López Gutiérrez JC. Secuelas de la cirugía de las malformaciones linfáticas. *Anales de Pediatría.* 2023;99(4):266-267. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2023.06.003>
13. Leboulanger N, Bisdorff A, Boccaro O, Dompmartin A, Guibaud I, Labreze C, et al. French national diagnosis and care protocol (PNDS, protocole national de diagnostic et de soins): cystic lymphatic malformations. *Orphanet J Rare Dis.* 2023;18(1):10. <https://doi.org/10.1186/s13023-022-02608-y>