

SINDROME ESCROTAL AGUDO EN EL NINO *

Dr. Gastón Calcaño Loynaz *

Bajo la denominación de Síndrome Escrotal Agudo (S.E.A.) se encierra una variada patología de la región inguinoescrotal, caracterizada por el inicio súbito del cuadro, y por requerir inmediato tratamiento específico médico o quirúrgico (2,12). La hernia inguinal encarcelada, la torsión del testículo e hidátide y la epididimitis u orquiepididimitis constituyen las entidades más frecuentes (2,3) en tanto que el hidrocele súbito, el edema escrotal idiopático, la necrosis grasa y la púrpura de Henoch-Schoenlein y otras raras lesiones, tienen muy baja incidencia (4). El rápido establecimiento del diagnóstico e instauración del tratamiento son factores decisivos para evitar lesiones definitivas y secuelas en los órganos interesados (2,3,11,12,).

Con la finalidad de establecer la frecuencia y las características del S.E.A. en el Servicio de Pediatría Quirúrgica del Hospital Universitario de Caracas, hemos revisado los casos con tal diagnóstico tratados entre Enero 1981 y Julio 1984.

MATERIAL

Por el método de hoja única se revisan todos los casos de S. E. A. tratados en el lapso indicado, analizando la edad, tiempo de evolución, síntomas, antecedentes y diagnóstico de admisión, parámetros que se relacionan con los hallazgos quirúrgicos y el diagnóstico final. Con el objeto de establecer la frecuencia relativa del síndrome, he analizado el número total de intervenciones electivas y de emergencia realizados en el período de estudio y en particular aquellas por hernia inguinal y malposición testicular.

RESULTADOS

Analizando el número total de intervenciones electivas y de emergencia realizadas por año, y las cifras correspondientes a las hechas por hernia

* Servicio de Pediatría Quirúrgica. Jefe del Servicio Leopoldo Briceño I.

** Profesor Asociado (adm) Escuela Luis Razetti. Facultad de Medicina. U.C.V.

inguinal y testículo no descendido, vale la pena destacar el progresivo aumento, absoluto y porcentual, de la cirugía de emergencia realizada por el Servicio.

De 604 operaciones de emergencia, el 8.60% corresponde a la patología que nos ocupa con un total de 52 casos, si consideramos 3 lactantes hembras portadores de hernia inguinal encarcelada, las cuales se excluyen del resto del análisis. En cuanto a la frecuencia de los diagnósticos finales; del total de 49 casos de S.E.A. se omiten del estudio 8 niños (5 hernias encarceladas, 2 torsiones de testículo y 1 de hidátide) cuyos diagnósticos se corroboraron en la copia del protocolo de cirugía, pero no fue posible revisar las historias para analizar los restantes datos. Bajo la denominación "otros" se englobó un caso de traumatismo y un quiste seroso del testículo que ingresó catalogado como S.E.A. por un cuadro súbito de dolor y aumento de volumen escrotal. No hubo ningún caso de epididimitis.

El análisis de los síntomas permite apreciar que el dolor y la masa son los elementos capitales del cuadro, si bien por desgracia rara vez se señalan las características del dolor ni las condiciones en las cuales se presentó. No hubo en forma global preferencia por algún lado, pero sí llama la atención el predominio del lado izquierdo en los accidentes de torsión.

Es igualmente relevante que en el 66,66% de los niños con encarcelamiento herniario, existía historia de hernia de 1 ó varios meses de evolución, e incluso en 4 de ellos se había presentado al menos un accidente similar previo.

Los tres niños con malposición del testículo ingresaron como torsión de dicho órgano, diagnóstico que solo fue correcto en un caso.

En cuanto a la relación entre el tiempo de evolución del cuadro con el diagnóstico final y los hallazgos quirúrgicos, es importante destacar que solo el 29,26% recibió atención quirúrgica en lapso menor de 12 horas: dos de ellos corresponden al traumatismo y al quiste seroso atendidos a las 6 y 10 horas respectivamente; de los 7 niños con hernia encarcelada, en 6 se conocía la existencia de la hernia y el otro tenía diagnóstico de criptorquidia: opino que tales antecedentes influyeron en la pronta referencia. No existían antecedentes en los dos casos de torsión de hidátide ni en la torsión testicular que consultaron a los 4, 6 y 11 horas respectivamente.

En cuanto a los hallazgos quirúrgicos, es lógico que las lesiones más severas correspondan a los niños con mayor tiempo de evolución, aunque es curioso que el único testículo salvado fue intervenido a las 48 horas de torsión, la cual se reporta de solo 180°. De los niños con hernia y mortificación del intestino, uno presentaba también testículo violáceo que se recuperó al tratar la hernia. Valga finalmente señalar que en cuatro casos se había indicado tratamiento en otro centro con antibiótico, antiflogísticos y medidas locales.

Comparando el diagnóstico de ingreso con el definitivo, se nota que el diagnóstico de hernia encarcelada fue correcto en el 95% de las oca-

siones en que se hizo; en cambio el de torsión testicular lo fue solo en 54%. El diagnóstico de ingreso fue equivocado en dos niños con hernia atascada (9,52%) dos con torsión testicular (25%) y cuatro hidátides (40%).

El tratamiento fue quirúrgico en todos los casos. En la mitad de los niños se realizó cirugía en el lado opuesto; en este sentido cabe señalar que en todos los casos de hernia encarcelada con exploración contralateral, se encontró conducto peritoneovaginal permeable y en 3 de los 7 que no se exploraron fue necesario una cirugía electiva posterior por hernia sintomática.

En tres de los testículos no viables se realizó orquidiopexia con atrofia posterior, el resto se extirpó.

En todos los niños con criptorquidia se realizó la orquidiolisis y pexia en el mismo acto, salvo el niño con torsión testicular en quien se prefirió la orquidectomía y fijación del contralateral.

La cirugía se realizó diferida a las 48 horas y a los 6 días en los dos únicos casos de hernia atascada con reducción manual positiva previa a la anestesia, y en un caso de torsión de hidátide operada a las 48 horas por persistencia de dolor intenso.

En la serie no hubo complicaciones graves atribuibles a la cirugía salvo la sección del conducto deferente a un lactante con hernia encarcelada de más de un día de evolución y laceración del ciego y otra hernia que se reprodujo a los cuatro meses. De allí la corta hospitalización que en 82,91% fue de 48 horas o menor; los dos pacientes con hospitalización de seis días corresponden a la hernia con perforación intestinal y a un niño con severo cuadro gripal y en quien la reducción no quirúrgica fue exitosa.

DISCUSION

Las intervenciones de emergencia realizadas en el Servicio de Pediatría Quirúrgica del Hospital Universitario de Caracas han aumentado progresivamente del 19,30% al 28,31%, con un promedio de 23,91% en el lapso estudiado; de ellas el 8,60% correspondió a cuadros de S.E.A. ocasionados en la mitad de los casos por hernia encarcelada, lo cual representa el 4,82% de las hernias operadas en el período, porcentaje bajo comparado con otras series que señalan una incidencia de encarcelamiento entre 10 y 13% (8,9). La gran mayoría de los accidentes 95,23% ocurrió durante la lactancia y el 85,71% antes del primer año de vida, cifras superiores a las reportadas por Rowe (9). Debe destacarse que en el 29,05% el cuadro agudo fue la primera manifestación de la hernia.

El segundo diagnóstico en frecuencia fue la torsión de hidátide que representó el 21% de los casos, porcentaje similar a los señalados por Sharer (12) y Williamson (14), pero que en esta serie es mayor que la incidencia de torsión testicular considerada generalmente como mucho más frecuente (2,3,11,12,14); podría encontrarse la explicación en la reglamentación del hospital según la cual todo paciente mayor de 12 años no ingresa en el Departamento de Pediatría, lo que deja fuera de nuestra

atención a los niños en edad puberal, donde se encuentra la mayor frecuencia de torsión testicular (1,2,3,11,12;13;14). Es interesante destacar la ausencia de cuadro de epididimitis lesión mucho más frecuente en el joven y el adulto, así Scott (11) encuentra solo un caso en 51 pacientes entre 4 y 18 años y Barker (1) dos casos en menores de 20 años, y ninguno en menores de 18 años, en una serie de 156 epididimitis. Williams et al (15) consiguen 32 casos publicados en lactantes y añaden uno en un niño de un mes, y Gislason (4) reporta 25 casos con solo un niño menor de seis años y 2/3 entre 12 y 18 años. Una vez más, creo que las regulaciones del hospital explican el hecho así como el 75% de incidencia de torsión testicular en lactantes.

En relación a la sintomatología, lamentablemente la descripción de datos es muy pobre. El único caso sin dolor corresponde al neonato de 48 horas con torsión extravaginal, en donde es raro la presencia de dolor; a este niño se le notó la masa escrotal en la evaluación realizada a las 12 horas de vida, puesto que no parece referido en el examen inicial, sin embargo, se hizo el diagnóstico de tumor testicular. El aumento de volumen inguinoescrotal se describió en 80,68% de los niños y solo faltó en el traumatismo y en casos de torsión de hidátide.

El otro signo frecuente fue el cambio de color de la piel, reportado en el 29,20% de los niños. Este signo es considerado, sobre todo en hernia encarcelada, como heraldo de lesiones severas (10) lo que no se corroboró en esta serie.

Llama la atención la descripción de cordón engrosado en tres casos de torsión hidática. El predominio del lado izquierdo en la torsión ha sido reportado por Skoglund (13).

El conocimiento de la existencia de una hernia en el 66,66% de los niños con encarcelamiento es importante, mas si consideramos que cuatro de ellos habían tenido al menos un accidente de atascamiento resuelto espontáneamente o por reducción manual, pero quienes no fueron hospitalizados y operados en breve plazo. En ningún caso de torsión testicular aparecen señalados síntomas previos, posiblemente por la edad de los niños, ya que este antecedente existe en alrededor del 40% de los pacientes (3,12,13).

El tiempo transcurrido entre el inicio de la clínica y la atención quirúrgica es un factor importante en el manejo del S.E.A. Quizás no tanto en el encarcelamiento herniario (10) como en la torsión testicular ya que para obtener altos porcentajes de testículos viables en todas las publicaciones se hace énfasis en intervenir durante la primera seis horas del accidente (1,2,3,11,12,14); aunque es claro que el grado de torsión juega papel como lo demuestra el único caso salvado en la presente serie. La exploración inmediata ante la sospecha fundada de torsión testicular permite salvar el testículo en un 70% de casos (2,3); la conducta puede parecer agresiva, pero en la mayoría de los casos el diagnóstico correcto puede establecerse en base al buen análisis clínico.

La baja incidencia de epididimitis en la edad pediátrica justifica aún más la rápida decisión de cirugía, salvo que se tenga la absoluta

certeza de estar ante una torsión de hidátide donde el tratamiento pudiera ser simplemente: analgésico y observación.

Los métodos modernos como la cintilografía con tecnecio 99 m y la flujometría con estetoscopio Doppler, indiscutiblemente son de gran utilidad para el diagnóstico, particularmente el último (5,12,15) más accesible en los diversos centros y horas; sin embargo no puede justificarse una innecesaria demora de la intervención en espera de alguno de estos procedimientos, es preferible y menos dañina la exploración quirúrgica de una epididimitis que la necrosis de un testículo.

En cuanto al tratamiento, en la hernia encarcelada siempre debe intentarse la reducción manual (taxis), salvo que exista evidencia de irritación peritoneal, perforación, etc. Si la reducción se logra, la cirugía se hará alrededor de 48 horas después. En la torsión testicular no creo adecuada la orquidopexia el órgano necrótico sugerido por King (7) y otros; no se justifica preservar un órgano atrófico de dudosa función endocrina y que eventualmente por mecanismo inmunológico podría dañar al testículo contralateral (11). La orquidectomía debe ser el tratamiento, cuando no se interviene con la premura requerida para evitar la desvitalización.

Referente a la cirugía contralateral, innecesaria en la torsión de hidátide (podría evitarse la homolateral) debe siempre practicarse en la torsión testicular para fijar el otro testículo dado la usual bilateralidad del defecto de fijación salvo en el neonato con torsión extravaginal. En relación a la hernia encarcelada en nuestro Servicio de rutina se explora al lado asintomático en la cirugía electiva de lactantes y preescolares menores, encontrándose permeabilidad del conducto peritoneo-vaginal en alrededor del 75% de los niños; conducta similar con variaciones con respecto a la edad aportó el 80-90% de los cirujanos pediatras consultados por Rowe (10), sin embargo, solo el 30% de ellos realiza la exploración contralateral en niños con encarcelamiento herniario. No encuentro justificación para esta conducta si el niño está en buenas condiciones; solo en casos de intervenciones prolongadas, resección intestinal o lesiones severas con repercusión al estado general considero que debe omitirse la exploración contralateral, ésta pudo ser la situación en uno de los casos de la presente serie, no existiendo razón aparente en los seis restantes.

CONCLUSIONES

1. El S.E.A. representa un porcentaje relativamente alto de las intervenciones de urgencia realizadas en un servicio de cirugía infantil.
2. En encarcelamiento, con frecuencia el primer síntoma de una hernia, ocurre predominantemente durante la lactancia, por lo cual todo niño con hernia inguinal debe operarse al establecer el diagnóstico, independientemente de la edad.
3. El niño con hernia encarcelada no debe abandonar el hospital sin haber sido intervenido, sin signos de irritación peritoneal o perforación se intentará la reducción no operatoria y el acto quirúrgico se realizará 1-2 días después.

4. El tiempo es factor primordial en el tratamiento de la torsión testicular y el menor grado de la hernia encarcelada, por tanto, el pediatra al sospechar o diagnosticar el S.E.A. debe solicitar de inmediato la consulta con el cirujano infantil.
5. Dada la baja incidencia de epididimitis en el grupo etario, la conducta agresiva está justificada en el S.E.A.

RESUMEN

Se analizan 41 casos de Síndrome Escrotal Agudo en niños, distribuidos en 21 hernias encarceladas, 8 torsiones de testículos, 10 hidátides y 2 misceláneas, tratadas en el lapso de 3 1/2 años, todas menores de 12 años, corresponde al 8,60% de las emergencias operadas en el lapso. Se destaca que no hubo ningún caso de epididimitis, lesión poco frecuente en esa edad. Se insiste en la importancia de establecer el diagnóstico rápidamente y proceder al acto quirúrgico en corto tiempo. La gran frecuencia de encarcelamiento en la lactancia, justifica la conducta de intervenir todo niño al establecer el diagnóstico de hernia inguinal.

S E.A Palabras claves: Escroto agudo, Hernia encarcelada, Torsión testicular, Hidátide.

SUMMARY

41 cases of Acute Scrotal Syndrome in children under 12 year of age are studied. They represent 8,60% of all surgical emergencies in the Pediatric Surgery Service at Hospital Universitario de Caracas in 3 1/2 years. 21 cases were incarcerated hernias, 10 torsions of hidatides, 8 testicular torsions and 2 miscellaneous. No case of epididymitis was seen. Prompt diagnosis and surgical exploration are the most important elements to avoid severe lesions. The high incidence of incarcerations in lactancy justify surgery once, the diagnosis of inguinal hernia is done in a child at all ages.

BIBLIOGRAFIA

- 1 BARKER, K.; RAPER, F. P.- Torsion of the testis, Brit. J. Urol. 1964; 36:35.
- 2 CASS, A. S.; CASS, B. P.; VIERARAGHAVAN, K.- Immediate exploration of unilateral Acute Scrotum in young male subjects. J. Urol. 1980; 124:829.
- 3 CATTOLICA, E. V.; KARAL, J. B.; RUNKIN, K. N.; KLEIN, R. S.- High testicular salvage rate in torsion of spermatic cord. J. Urol. 1982; 128:66.
- 4 GISLASON, T.; NORONHA, R. F. X.; GREGORY, J. G.- Acute Epidimytis in Boys: a 5 years. Retrospective Study. J. Urol. 1980; 124:533.
- 5 IUCHTMAN, M.; ZOIREFF, L.; ASSA, J.- Doppler flowmeter in the differential diagnosis of the acute scrotum in children. J. Urol. 1979; 121:221.
- 6 KAPLAN, G. W.- Acute idiopathic scrotal edema. J. Ped. Surg. 1977; 12:647.
- 7 KING, L. M.; SEKARAN, S. K.; SAUER, D.; SCHWARTKER, F. N.- Untwisting in delayed treatment of torsion of the sermatic cord. J. Urol. 1974; 112:217.
- 8 MCGREGOR, D. B.; HALVERSON, K.; McVAY, C. B.- The unilateral pediatric inguinal hernia: should the contralateral side be explored?. J. Ped. Surg. 1980; 15:313.