

CAS CLÍNIC 1

Nicolau Carrasco Cánovas

Metge Adjunt Servei Urologia



Pacient de 19 anys.

- AP:
- Asma a la infantesa
 - Episodi de dolor escrotal intens fa 3 anys.
 - Apendicitis aguda intervinguda fa 6 mesos.

Motiu de consulta:

- Dolor intens i d'aparició brusca al testicle esquerra, que s'acompanya de basques i vòmits.
- No febre
- No traumatisme



Pacient de 19 anys.

- AP:
- Asma a la infantesa
 - Episodi de dolor escrotal intens fa 3 anys.
 - Apendicitis aguda intervinguda fa 6 mesos.

Motiu de consulta:

- Dolor intens i d'aparició brusca al testicle esquerra, que s'acompanya de basques i vòmits.
- No febre
- No traumatisme

Orientació Diagnòstica:

- Síndrome d'escrot agut



Diagnòstic Diferencial Escrot agut:

Etiologia

Torsión testicular



Torsión de los
apéndices
testiculares

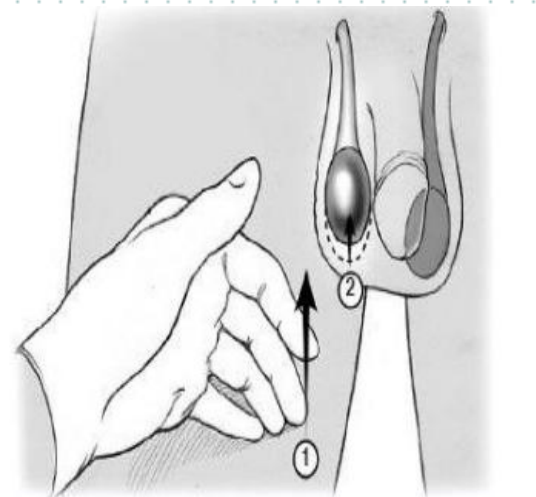


Orquiepididimitis



Exploració Física:

- Palpació dolorosa. Edema o eritema escrotal
- Testicle ascendit i horitzontalitzat
(signe de Gouverneur)
- Absència reflex cremastèric
(present no exclou diagnòstic)
- Signe Prehn negatiu.
(l'elevació del testicle no millora el dolor)



Proves complementaries:

- Sediment orina: Negatiu
- Eco-doppler testicular.
- Gammagrafia amb Tecneci-99

- Puede haber flujo arterial en:

- Fases tempranas
- Torsión parcial o intermitente

- 24% vascularización aumentada o normal

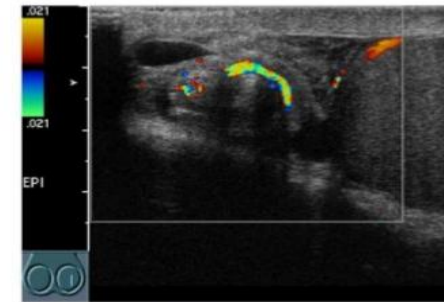


Figure 3 Mass seen in Figure 2 when evaluated with color Doppler from a different angle is revealed to be the cork-screwed spermatic cord.

Kalfa N, Veyrac C, Lopez M, et al. Multicenter assessment of ultrasound of the spermatic cord in children with acute scrotum. J Urol 2007 Jan;177(1):297-301.



Diagnòstic:

- Anamnesis
- Exploració física
- Radiològic

Si la sospita clínica és forta, no ha de retrasar-se la intervenció quirúrgica per confirmar el diagnòstic radiològic



Tractament:



ESCROT AGUT

Nicolau Carrasco Cánovas

Metge Adjunt Servei Urologia



Definició:

-Dolor agut i intens del contingut escrotal +/- signes inflamatoris a nivell escrotal



Etiologia:

Causes vasculars

- Torsió del cordó
- Torsió apèndix test.
- Infart Testicular
- Trombosis v. Esperm

Causes Sistèmiques

- Vasculitis
- Dermatitis medicatosa.

Causes infeccioses

- Orquitis
- Epididimitis
- Gangrena Fournier

Causes de veinatge

- Hernia engonal estrangulada

Causes Traumàtiques

- Penetrant
- No penetrant
- Avulsió
- Hematoma escrotal

Altres

- Picadura insecte
- Edema en la Púrpura Sh-H



Etiologia:

Causes vasculars

- Torsió del cordó
- Torsió apèndix test.
- Infart Testicular
- Trombosis v. Esperma

Causes Sistèmiques

- Vasculitis
- Dermatitis medicamentosa.

Causes infeccioses

- Orquitis
- Epididimitis
- Gangrena Fournier

Causes de veinatge

- Hernia inguinal estrangulada

Causes Traumàtiques

- Penetrant
 - No penetrant
- Avulsió
- Hematoma escrotal

Altres

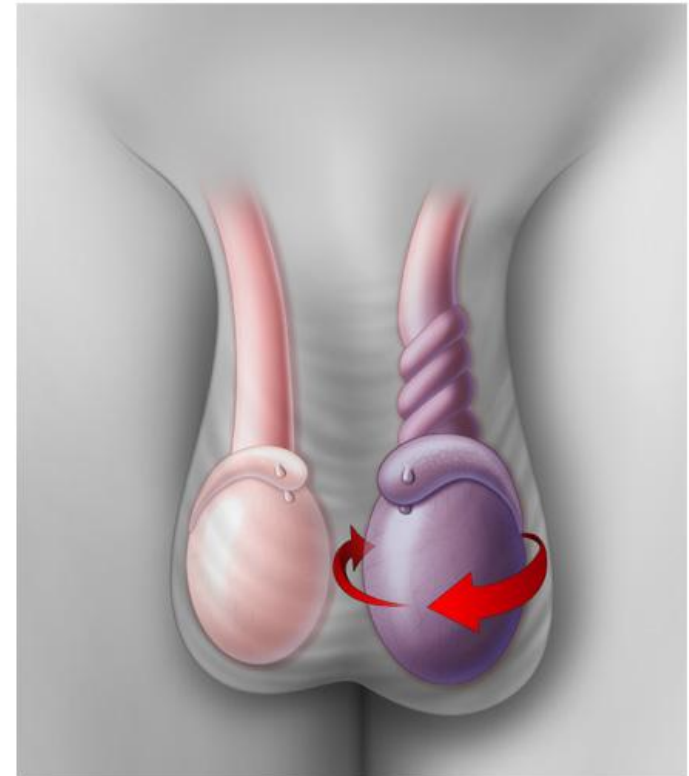
- Picadura insecte
- Edema en la Púrpura Sh-H



TORSIÓ TESTICULAR: Dolor
Escrotal agut amb obstrucció del fluxe
Sanguíni per torsió rotacional del cordó
Espermàtic.

Reversible amb un diagnòstic
oportú i un tractament ràpid.

Torsion



© 2012 The Children's Hospital of Philadelphia

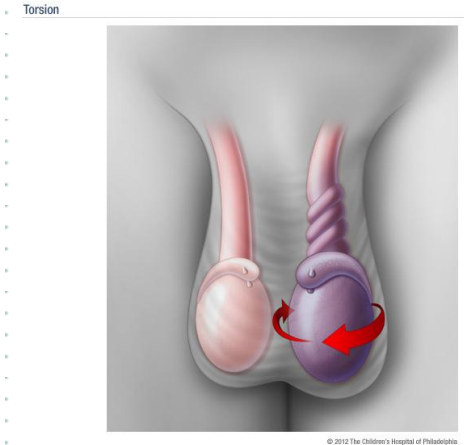


Rotació axial del cordó espermàtic:

- factors anatòmics de laxitud escrotal

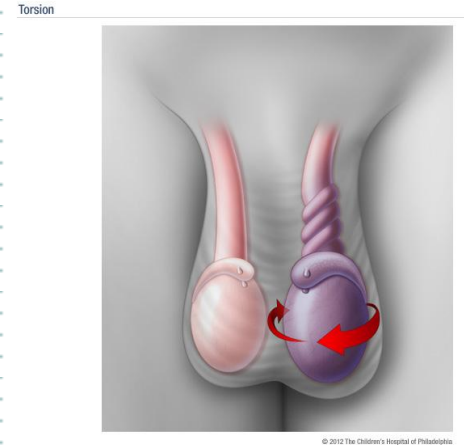
- factors desencadenants:

- Contracció cremastèrica
- Exercici físic
- Criptorquídia i tto amb Gonadotropina coriònica (HCG)
- Traumatismes



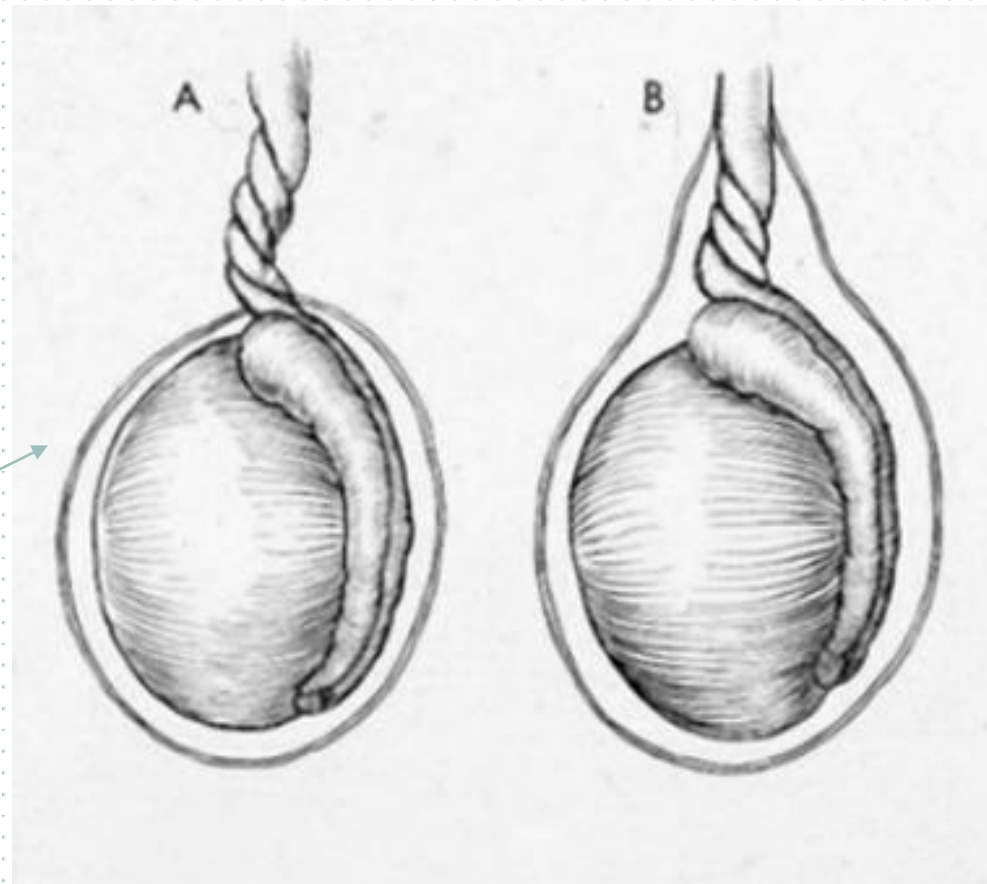
Incidència:

- 1 per cada 4.000 homes < 25 anys.
- Pot presentar-se qualsevol edat però té 2 pics
PERINATAL (1er any de vida)
ADOLESCÈNCIA (edat mitja 13-17 anys)
- Incidència testicle contralateral 4 %



Tipus:

Extravaginal:
5 % casos
nadons



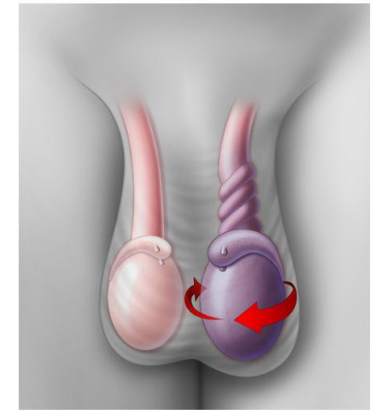
Intravaginal:
95% casos
Adolescents



Diagnòstic:

- Anannèsi
- Exploració física
- Proves complementaries

Torsion



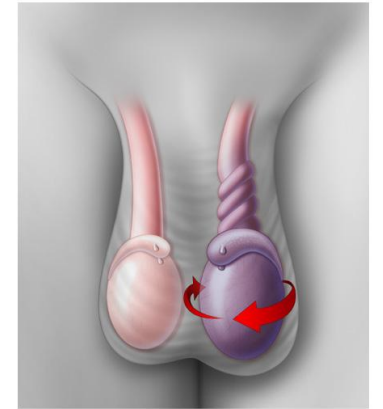
© 2012 The Children's Hospital of Philadelphia



Diagnòstic:

- Anannèsi
- Exploració física
- Proves complementaries

Torsion

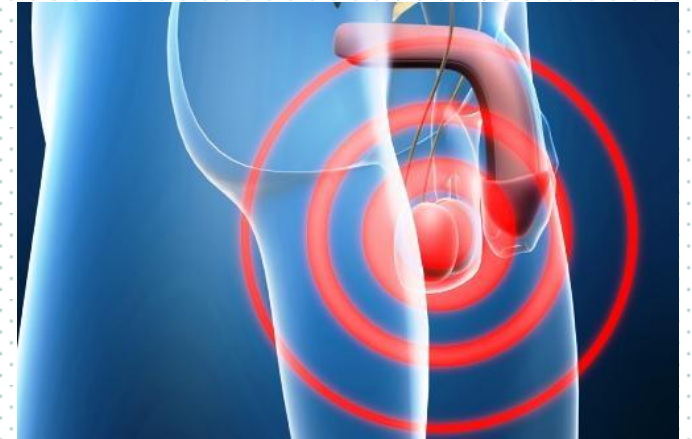


© 2012 The Children's Hospital of Philadelphia



Clínica:

- Dolor. Intensitat severa.
Aparició Brusca
Testicle i cordó espermàtic
- Pot presentar basques i/o vòmits (39%)
- No Febre. No símptomes miccionals



El pacient no sol estar agitat



Clínica:



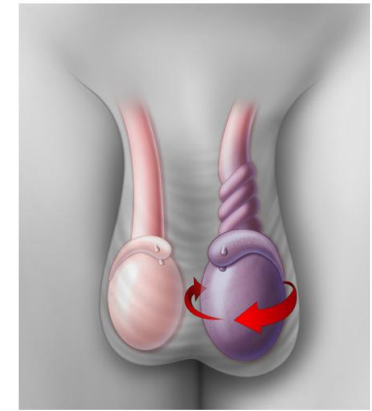
La duració del dolor determina
el risc d'isquemia prolongada i
la possible pèrdua testicular



Diagnòstic:

- Anannèsi
- Exploració física
- Proves complementaries

Torsion

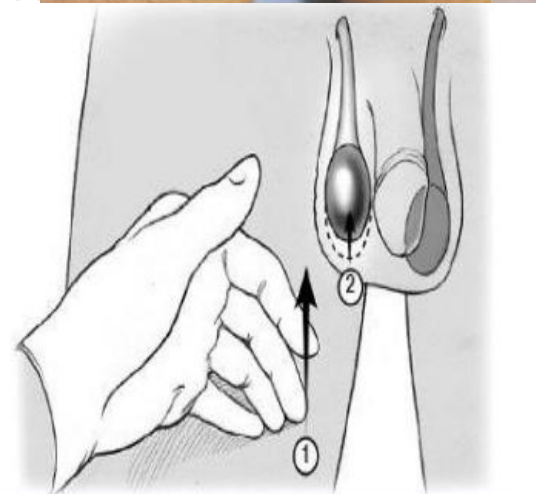


© 2012 The Children's Hospital of Philadelphia



Exploració Física:

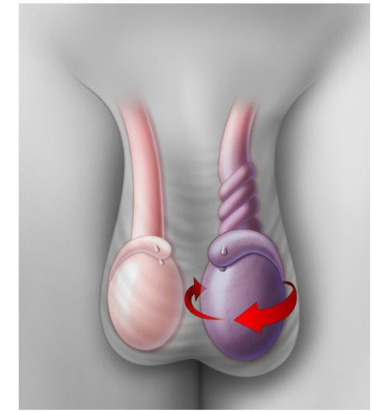
- Palpació dolorosa. Edema o eritema escrotal
- Testicle ascendit i horitzontalitzat (signe de Gouverneur)
- Absència reflex cremastèric (present no exclou diagnòstic)
- Signe Prehn negatiu. (l'elevació del testicle no millora el dolor)



Diagnòstic:

- Anannèsi
- Exploració física
- Proves complementaries

Torsion



© 2012 The Children's Hospital of Philadelphia



- Puede haber flujo arterial en:

- Fases tempranas
- Torsión parcial o intermitente

- 24% vascularización aumentada o normal

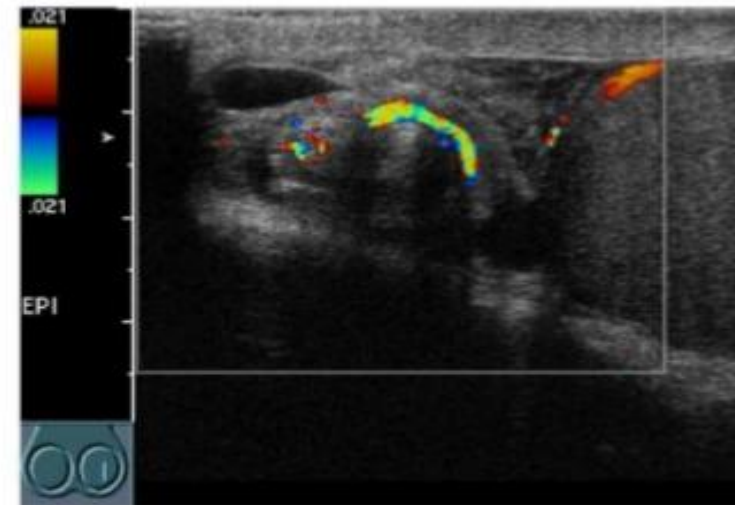
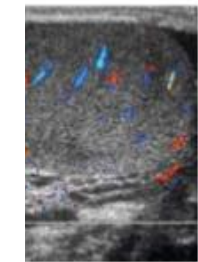


Figure 3 Mass seen in Figure 2 when evaluated with color Doppler from a different angle is revealed to be the cork-screwed spermatic cord.

Acididad 99%

neuro testicular no



t of ultrasound of the spermatic cord in
301; discussion 301.
nt of acute scrotum in children--the impact
177-80.

Kalfa N, Veyrac C, Lopez M, et al. Multicenter assessment of ultrasound of the spermatic cord in children with acute scrotum. *J Urol* 2007 Jan;177(1):297-301.



Diagnòstic:

- Clínic
- Proves complementaries:

Si la sospita clínica és forta, no ha de retrasar-se l'intervenció quirúrgica per confirmar el diagnòstic radiològic



És una Urgència. Una torsió evolucionada
Condueix a una pèrdua del testícle.

Requereix tractament Quirúrgic
abans de les 6 hores

Duración de isquemia	Probabilidad de testículo salvable
< 6 h	90-100 %
6 - 12 h	50-70 %
12 - 24 h	10-20 %



És una Urgència. Una torsió evolucionada
Condueix a una pèrdua del testícle.

Requereix tractament Quirúrgic
abans de les 6 hores

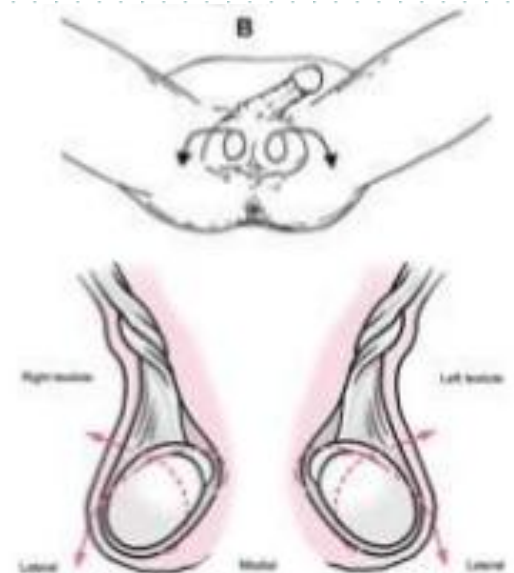
Orquidopexia contralateral

Destorsió manual ?



Destorisió manual ??

- Només com a mesura temporal
- Destorsió en sentit lateral
- (redueix torsió 180-360 graus
Resol.lució incomplerta en multiples voltes)



Etiologia

Torsión testicular



Torsión de los
apéndices
testiculares



Orquioepididimitis



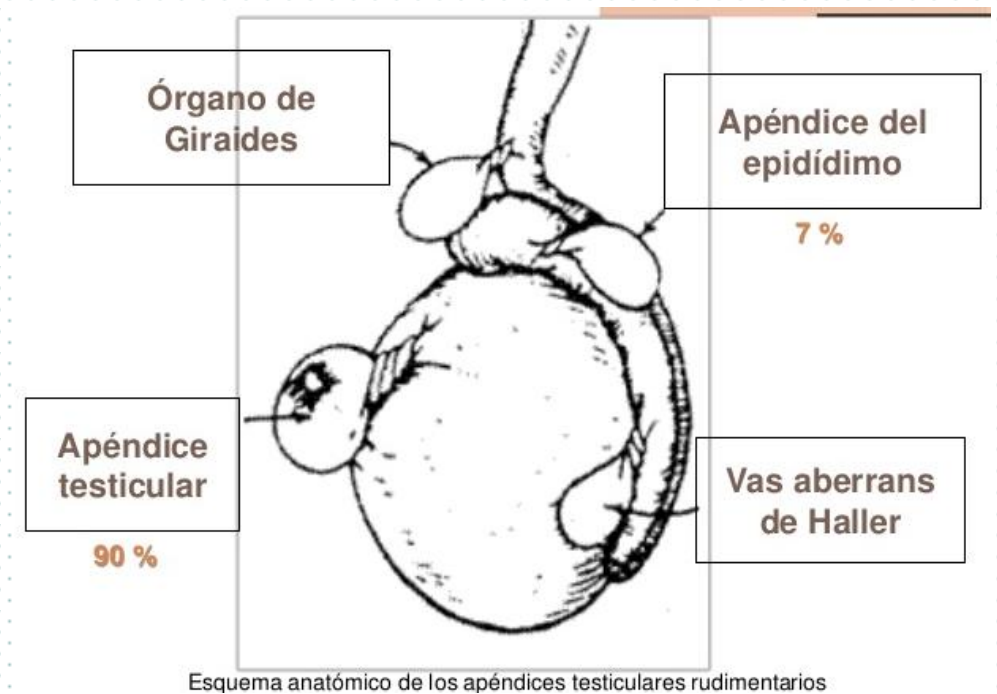
Torsió Apèndix testiculars

- Principal causa d'escrot agut a l'infància. 7-14 anys
- Rarament afecta a l'adult



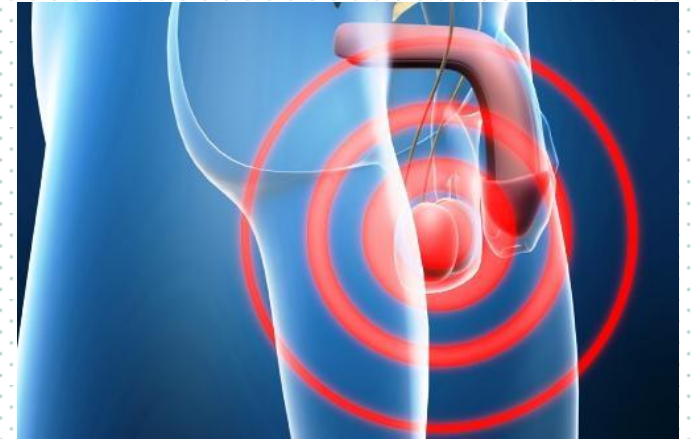
Son remanents d'estructures embrionàries:

- Apèndix testicular o **Hidàtide de Morgagni**. (Müller) pol superior. **95 % de les Torsions**.
- Apèndix epididimari cap epidídim (Wolf)
- Paradídim o òrgan de Giralvés:
Localitzada a cordó espermàtic
- *Vas aberrans* o òrgan de Haller. A la cua de l'epidídim



Clínica:

- Similar a la torsió testicular. Dolor inici sobtat. Eritema o edema escrotal
- Reflex cremastèric present
- No dolor a la palpació testicular



Exploració:

-Signe del punt blau
(23-40 %)



Diagnòstic:

- Clínic
- Sediment normal
- Eco doppler.

Tractament;

- Repòs
- Suport escrotal
- AINES



Etiologia

Torsión testicular



Orquioepididimitis



Torsión de los
apéndices
testiculares



Orquiepididimitis:

- **Inflamació testicular amb afectació de l'epidídim**
- **És la causa més freqüent de dolor escrotal al home adult**



Microorganismos causales				
Situación clínica		Frecuentes	Menos frecuentes	Raros
Adolescentes y jóvenes	Varón sexualmente activo ³	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Chlamydia trachomatis</i> ▪ <i>Neisseria gonorrhoeae</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>E. coli</i> ▪ Ureaplasma ▪ Enterovirus 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Citomegalovirus ▪ <i>Cryptococcus sp</i>⁴ ▪ <i>Haemophilus influenzae</i> ▪ <i>Mycobacterium tuberculosis</i>
	Sin antecedentes de actividad sexual	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>E. coli</i> y otras enterobacterias⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Virus de la parotiditis⁶ ▪ <i>Staphylococcus aureus</i> ▪ <i>P. aeruginosa</i> ▪ <i>Enterococcus</i> ▪ Enterovirus 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Virus de la varicela ▪ Virus vacunal de la parotiditis ▪ Adenovirus
Niños				

Guía_ABE_Orquiepididimitis aguda (v.2/2008)



Clínica:

- Dolor i tumefacció epidídim implicat
- Induració localitzada
- Hidrocel reactiu
- Febre, calfreds, dolor lumbar
- Precedit molèsties miccionals



Exploració:

- Testicle augmentat i engruiximent epididim
- Signe de Prehn positiu
(l'elevació del testicle millora el dolor)
- Refelex cremastèric conservat



Proves:

- Leucocitosis i Leucocitúria
- Eco doppler



Infancia:

- amoxi-clavulànic 25-50 mg /kg/ dia 7-10 dies

< 35 anys

- Tetraciclina 500 mg / 6 h 10 dies
- Ceftriaxona 250 mg IM + Tetraciclina 500 mg / 6 h 10 dies
- Ciprofloxacino 500 mg/12 / ofloxacino 400 mg /12 / Levofloxacino 500 mg / 12 h durant 10 dies amb o sense tobramicina 100 mg/ 12 h els primers 4 dies

> 35 anys

- Fluorquinolones 10 dies sense tobramicina
- Amoxi-clavulànic / 8h 2 setmanes

Microorganismos causales				
Situación clínica		Frecuentes	Menos frecuentes	Raros
Adolescentes y jóvenes	Varón sexualmente activo ³	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Chlamydia trachomatis</i> ▪ <i>Neisseria gonorrhoeae</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>E. coli</i> ▪ Ureaplasma ▪ Enterovirus 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Citomegalovirus ▪ <i>Cryptococcus sp</i>⁴ ▪ <i>Haemophilus influenzae</i> ▪ <i>Mycobacterium tuberculosis</i>
	Sin antecedentes de actividad sexual	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>E. coli</i> y otras enterobacterias⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Virus de la parotiditis⁵ ▪ <i>Staphylococcus aureus</i> ▪ <i>P. aeruginosa</i> ▪ <i>Enterococcus</i> ▪ Enterovirus 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Virus de la varicela ▪ Virus vacunal de la parotiditis ▪ Adenovirus
Niños				

CAS CLÍNIC 2

Nicolau Carrasco Cánovas
Metge Adunt Servei Urologia



Pacient dona de 34 anys.

- AP:
- 1 avortament
 - Còlic nefrític expulsiu als 20 anys
 - No altres AP d'interès

Motiu de consulta:

- Dolor lumbar esquerra de 2 dies evolució
- Febre, Calfreds i tremolines aquest matí
- Sd. Miccional desde fa 4-5 dies.



- AP:
- 1 avortament
 - Còlic nefrític expulsiu als 20 anys
 - No altres AP d'interès

Motiu de consulta:

- Dolor lumbar esquerra de 2 dies evolució
- Febre, Calfreds i tremolines aquest matí
- Sd. Miccional desde fa 4-5 dies.

Factors que suggereixen ITU complicada:

- Presencia de catéter, stent o dispositiu
- Presència de RPM > 100 ml
- Uropatia obstructiva
- Anomalies funcionals (refluxe, gestació)
- Anomalies morfològiques (reservori ileal, neobufeta, etc)
- Lesions de l'uroteli químiques, radioteràquiques
- Infeccions peri i post-operatòries (instrumentació)
- Malalties subjacents. IRC, Transplant, DM, Immunodeficiències

Diagnòstic ITU.

- Anànnesi
- Exàmen físic
- Sediment urinari/urocultiu.



- AP:
- 1 avortament
 - Còlic nefrític expulsu als 20 anys
 - No altres AP d'interès

Motiu de consulta:

- Dolor lumbar esquerra de 2 dies evolució
- Febre, Calfreds i tremolines aquest matí
- Sd. Miccional desde fa 4-5 dies.

Exploració Física:

- Afectació estat general
- TA 90/40
- PPL e. Positiva
- No semiologia de globus vesical



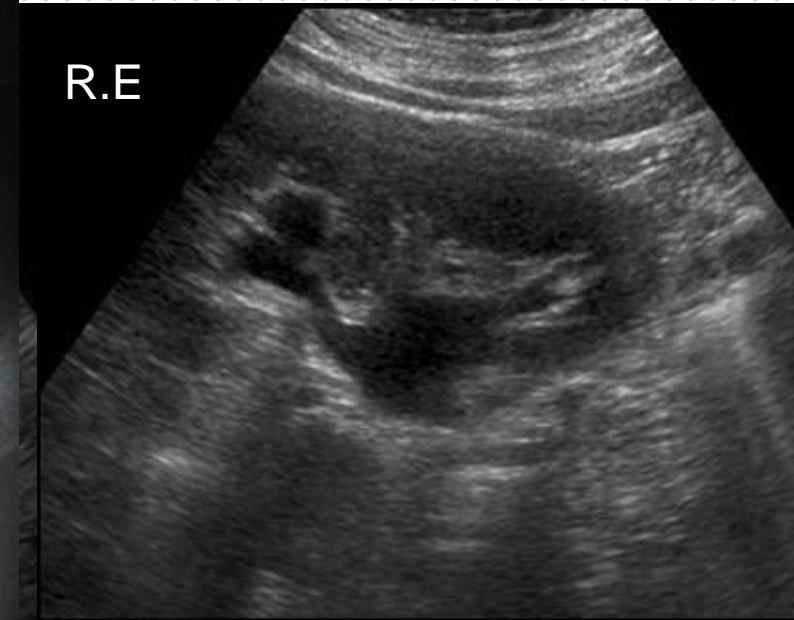
Cas clínic 2

Proves complement

- Analítica
- Ecografia
- Rx simple
- TAC



R.E



- AP:
- 1 avortament
 - Còlic nefrític expulsu als 20 anys
 - No altres AP d'interès

Motiu de consulta:

- Dolor lumbar esquerra de 2 dies evolució
- Febre, Calfreds i tremolines aquest matí
- Sd. Miccional desde fa 4-5 dies.

Orientació diagnòstica:

**-PNA OBSTRUCTIVA
(UROPATIA OBSTRUCTIVA)**

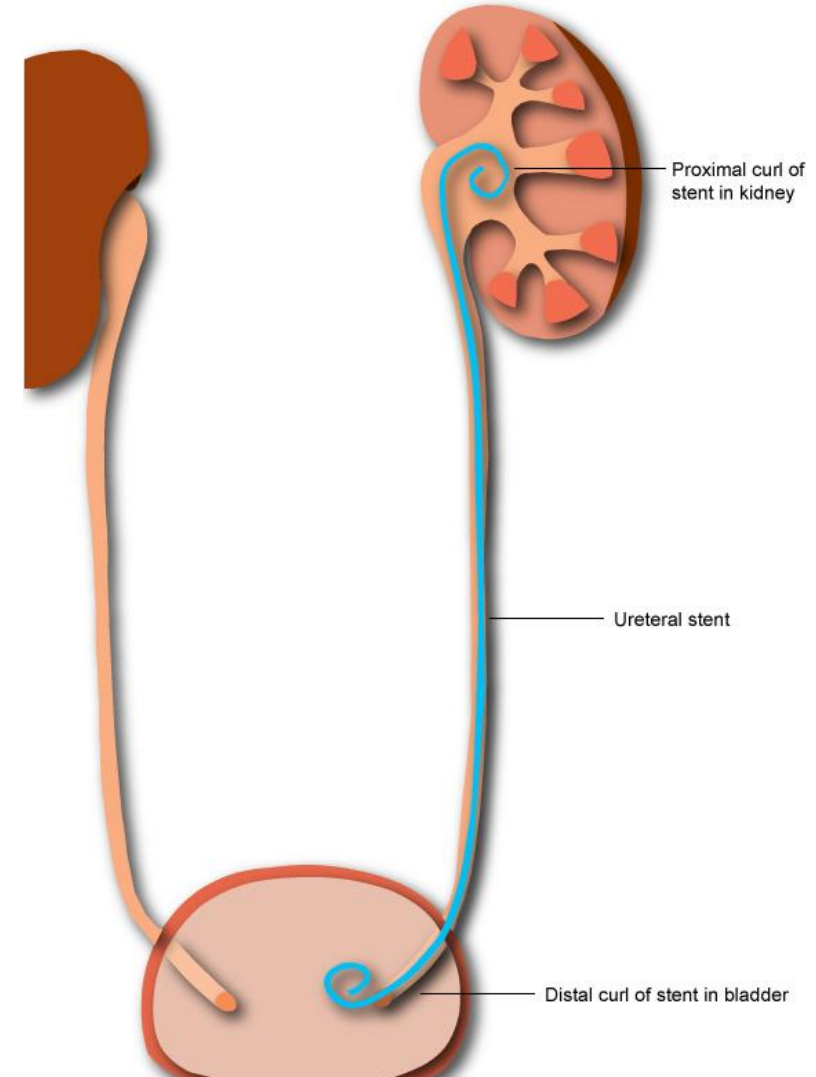


Tractament:

- Desobstrucció
- Antibioticoteràpia
 - empírica
 - cultius



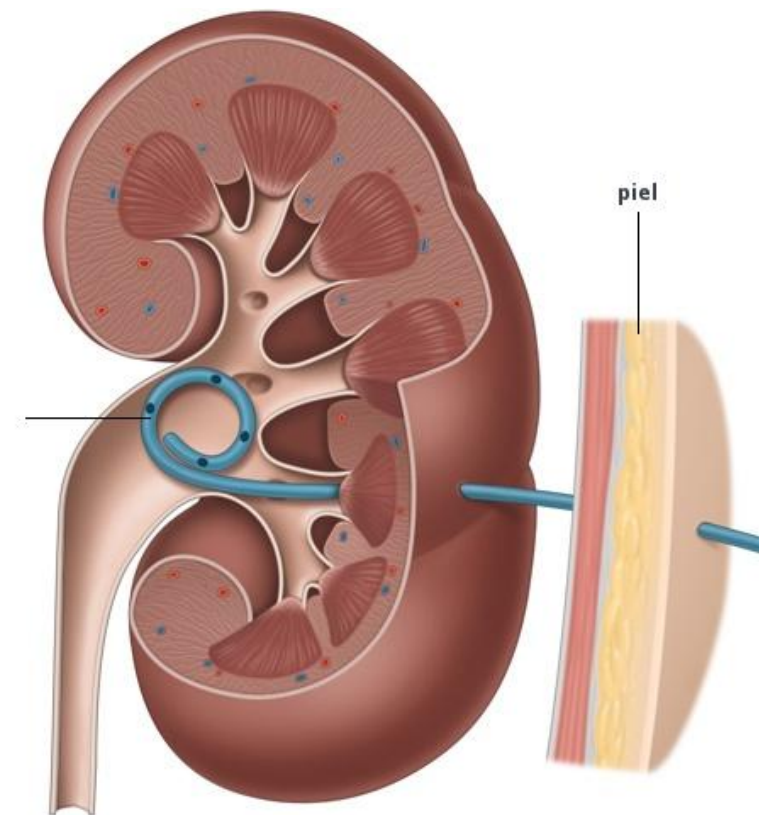
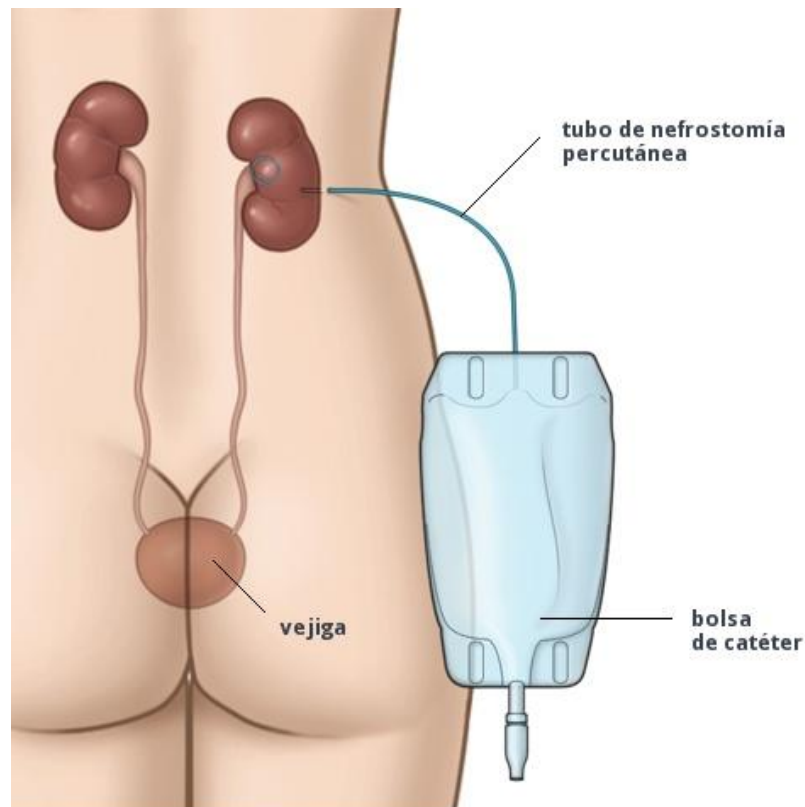
Cateter doble J



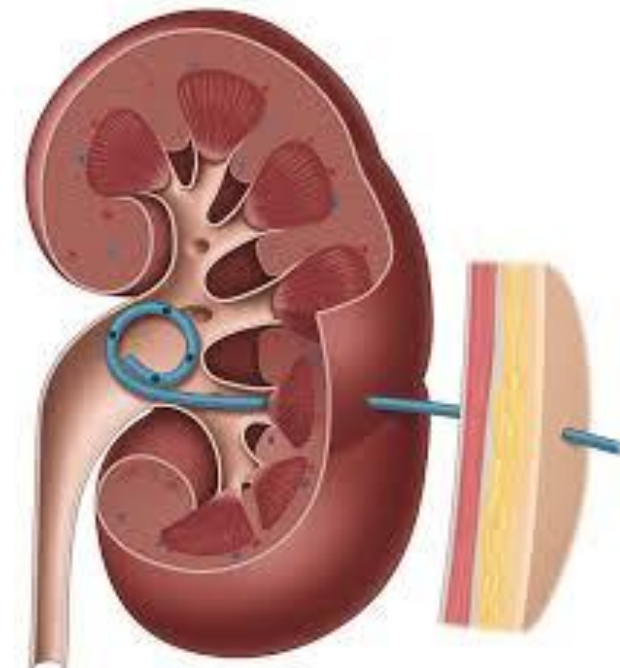
Cateter ureteral simple



Nefrostomia percutànea



Nefrostomia quirúrgica



Tractament:

- Desobstrucció

- Antibioticoteràpia
 - empírica
 - cultius



Etiologia ITU:

Tto Inicial: (recomenats)

- Fluoroquinolonas Resist > 20 %
- Cefalosporinas 2^a o 3^a
- Aminoglucòsids

No recomenats en ITU complicades

- Amoxicilina
- Trimetoprim-sulfametoxazol
- Fosfomicina

Enterobacteries 60 - 75 %.

E. Coli el més freq.

Altres Gram -

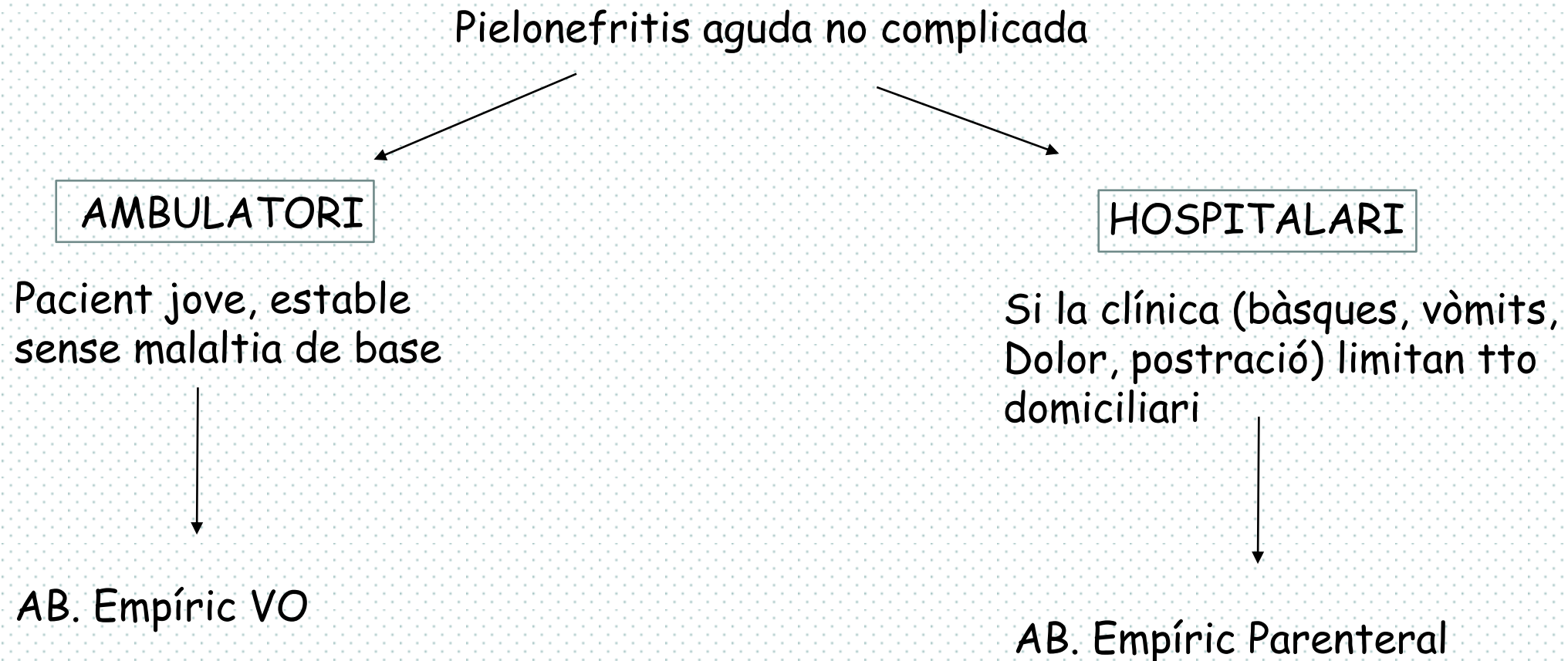
(Proteus, Klebsiella, Pseudomona,
Serratia, Enterobacter)

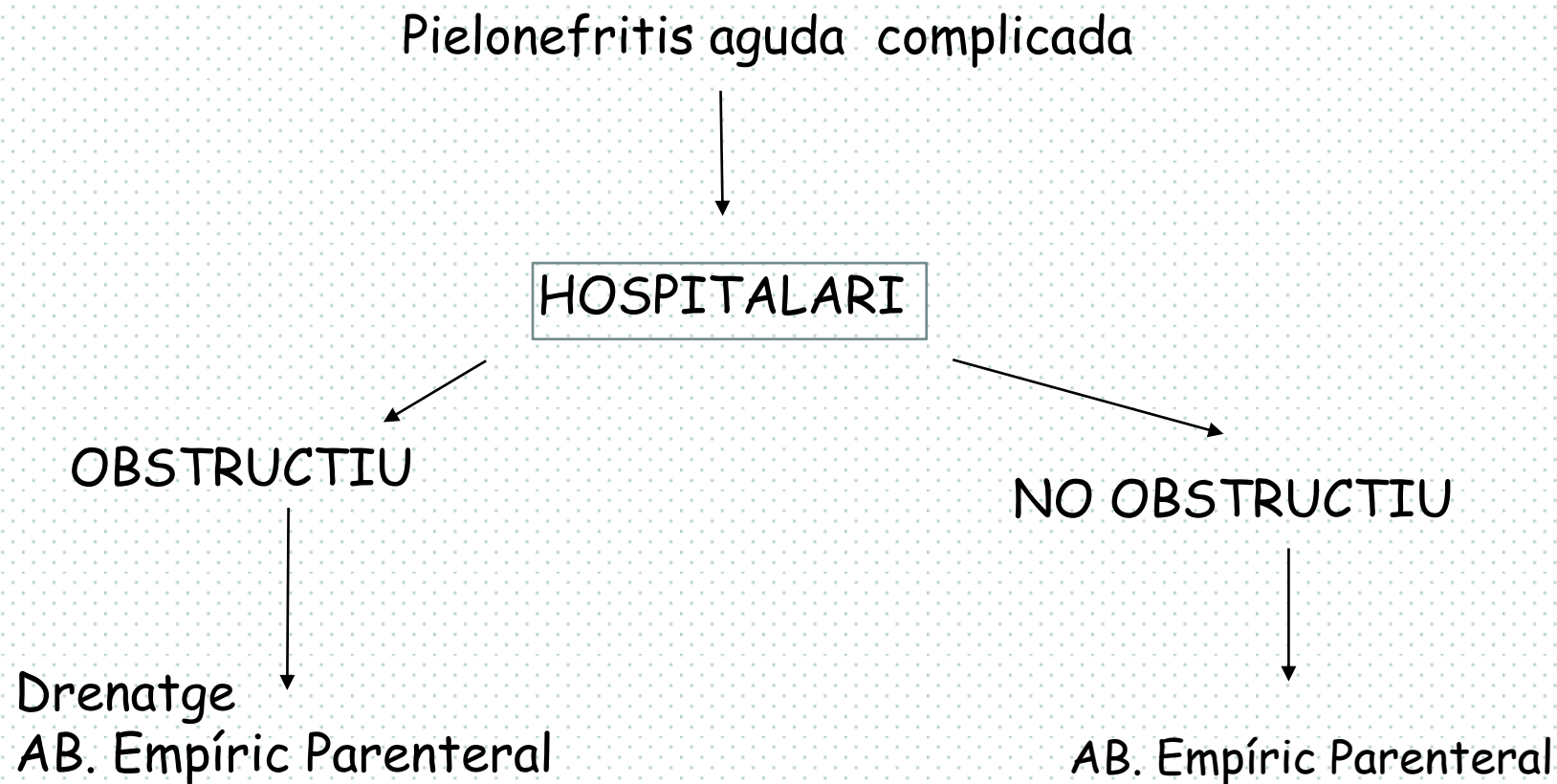
Gram +:

menys freqüens



Modalitat de tractament:





Gràcies

