
Marzo de 2025



Inflamación testicular en lactante

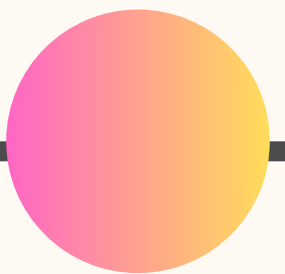


Silvia Rodríguez del Rosario
Pediatra C.S Los Realejos
Grupo de Trabajo Patología Infecciosa AEPap



➔ Varón de 1 mes y 10 días que consulta por presentar bultoma testicular derecho. ➔

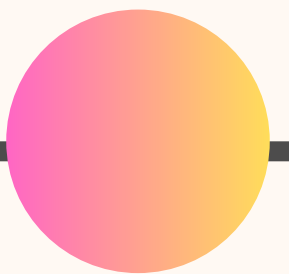
- Antecedentes Personales: Calendario vacunal no iniciado. Embarazo de curso controlado. Serologías maternas (VIH, Lúes, VHB) negativas, Rubeola inmune. Cribado SGB negativo. Parto a las 40+2 semanas de EG, eutócico. Administrada vitamina K intramuscular al nacimiento y profilaxis ocular. Pruebas metabólicas y auditivas normales.
- Antecedentes familiares: sin interés para el proceso actual.





➔ HISTORIA ACTUAL ➔

- Refiere inicio de los síntomas previo a su llegada al centro de salud. Al bañarlo, notan que la región testicular estaba eritematosa e inflamada.
- Afebril. No irritabilidad. No cuadro catarral los días previos. No vómitos. Deposiciones de consistencia normal. Moja bien los pañales. Alimentación con lactancia mixta con adecuada ganancia ponderal.





➔ EXPLORACIÓN FÍSICA ➔

TEP estable. Buen estado general. ACP normal. Abdomen blando y depresible, no impresiona de doloroso a la palpación. No signos de irritación peritoneal.

Genitales: inflamación y eritema de testículo derecho. Se palpa teste endurecido que impresiona de doloroso a la palpación Teste izquierdo normal.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1. TORSIÓN NEONATAL

Es una torsión testicular neonatal que ocurre en el primer mes de vida y es de tipo extravaginal. Representa entre el 12-15% de las torsiones testiculares en la infancia, aunque puede estar subestimada debido a diagnósticos erróneos como criptorquidia o atrofia testicular. Es bilateral hasta en el 20% de los casos.

◦ CLASIFICACIÓN SEGÚN EL MOMENTO DE APARICIÓN:

- Torsión prenatal (70-80%): Se presenta antes del nacimiento como una masa dura en el escroto o la ingle, con o sin dolor e inflamación.
- Torsión postnatal: Aparece después del nacimiento en forma de irritabilidad, dolor escrotal agudo, eritema y tumefacción.
- Torsión intermitente: Episodios breves de torsión testicular que se resuelven espontáneamente. La exploración física y la ecografía pueden ser normales si el cuadro se ha resuelto.



2. EPIDIDIMITIS, ORQUITIS Y ORQUIEPIDIDIMITIS

Consiste en la inflamación del epidídimo, testículo o ambos causando dolor y molestias escrotales.

3. TORSIÓN DE APÉNDICES TESTICULARES Y DEL EPIDÍDIMO

Es la causa más frecuente de dolor testicular agudo en niños (45%). Se debe a la torsión e inflamación de los apéndices testiculares o epididimarios

La isquemia del apéndice provoca dolor localizado que, si evoluciona, se manifiesta con la presencia del “blue dot”, una formación azulada alrededor de la piel escrotal. Puede ocurrir a cualquier edad, pero es más común entre los 7 y 12 años.



4. TRAUMATISMO ESCROTAL

Puede provocar dolor agudo e inflamación.



5. HERNIA INCARCERADA

Se manifiesta con dolor abdominal, vómitos y/o una masa escrotal cuando el intestino herniado alcanza el escroto.

6. PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH

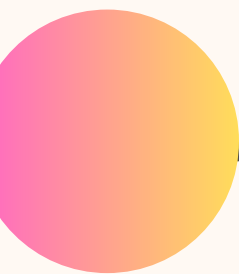
Vasculitis sistémica con púrpura no trombocitopénica, que puede causar dolor articular, abdominal, afectación renal y, ocasionalmente, dolor escrotal.

7. TUMOR TESTICULAR:

Se presenta como una masa indolora; la hemorragia intratumoral puede generar un cuadro de dolor testicular agudo con signos inflamatorios.

8. EDEMA ESCROTAL IDIOPÁTICO:

Inflamación escrotal de corta evolución, con eritema y tumefacción. Es bilateral en más del 50% de los casos y puede extenderse al periné, la ingle o el pene. La ecografía muestra hipervascularización y engrosamiento hipoecoico sin afectación testicular.





PRUEBAS COMPLEMENTARIAS



1. ANALÍTICA SANGUÍNEA:

- Hemograma: Hematíes $3.28 \times 10^6/\text{mm}^3$, Hb 10.9 gr/dL, Hto 32.8%, VCM 100 fL, Leucocitos $10.46 \times 10^3/\text{mm}^3$, neutrófilos absolutos $3.57 \times 10^3/\text{mm}^3$, Linfocitos $10.46 \times 10^3/\text{mm}^3$, plaquetas $573 \times 10^3/\text{mm}^3$. Bioquímica: glucosa 85 mg/dL, BUN 5 mg/dL, Urea 10 mg/dL, Cr 0.27 mg/dL, Sodio 135 meq/L, potasio 4.9 meq/L, Proteínas totales 5.9 gr/dL, Ca 10.7 mg/dL, PCR 5.19 mg/L.

2. ANÁLISIS DE ORINA:

- TRO (bolsa perineal) Leucocitos 2+, resto negativo.
- Urinoanálisis con sedimento (técnica Herreros) densidad 1001, pH 7, proteínas negativo, glucosa negativo, cuerpos cetónicos negativos, bilirrubina negativo, urobilinógeno negativo, eritrocitos 1+, leucocitos 3+, nitritos negativos. Leucocitos > 100, Bacterias abundantes.
- Urocultivo (técnica Herreros): positivo para *E. Coli*.
- Hemocultivo: positivo. *Micrococcus luteus/lylae*. Probable contaminación.



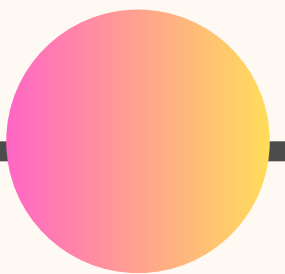
3. PRUEBAS DE IMAGEN

- ECOGRAFÍA DOPPLER TESTICULAR:

Escroto derecho: engrosamiento e hiperemia del epidídimo, de predominio en la cola. Teste homogéneo e hiperémico. Pequeña cantidad de hidrocele ligeramente ecogénico. Marcado engrosamiento de las cubiertas escrotales. Hallazgos compatibles con orquiepididimitis derecha. No se identifican áreas de abscesificación/colecciones. No se observan signos de torsión testicular.

Escroto izquierdo: teste izquierdo de tamaño normal, homogéneo, con buen doppler color. Epidídimo de aspecto conservado. No se observa hidrocele. Cubiertas escrotales no engrosadas.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: ORQUIEPIDIDIMITIS DERECHA.



→ ETIOLOGÍA ←

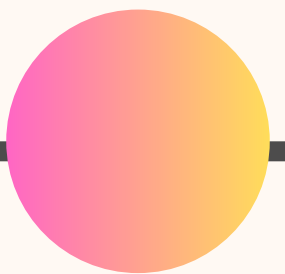
Grupo etario	Etiología más frecuente	Patógenos comunes
Neonatos (<1 mes)	Infección asociada a sepsis neonatal	<i>Escherichia coli</i> , <i>Klebsiella spp.</i> , <i>Enterococcus spp.</i>
Lactantes y niños pequeños (1 mes - 2 años)	Infección del tracto urinario con reflujo vesicoureteral asociado	<i>E. coli</i> , <i>Klebsiella spp.</i> , <i>Proteus spp.</i>
Escolares (2-12 años)	Infección viral o bacteriana secundaria a ITU	<i>Mycoplasma pneumoniae</i> , <i>enterovirus</i> , <i>adenovirus</i> . Menos frecuente: <i>E. coli</i> , <i>Enterococcus spp.</i> , virus de parotiditis (en orquitis viral)
Adolescentes (>12 años)	Enfermedades de transmisión sexual (ETS) o infecciones urinarias	<i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Escherichia coli</i>



3. PRUEBAS DE IMAGEN

- ECOGRAFÍA RENAL Y DE VÍAS URINARIAS::

Riñón derecho 4.7 cm con caliectasia aislada polar superior de 0.2 cm. Riñón izquierdo 4.5 cm con pelvis visible de 0.2 cm. Ambos riñones bien diferenciados, sin signos de uropatía obstructiva. No colecciones perirrenales. Grosor de parénquima conservado. Vejiga moderadamente distendida, con engrosamiento mural, compatible con cistitis. Mínima cantidad de líquido libre abdomino-pélvico.



→ EVOLUCIÓN ←

Ingresa en planta de pediatría en tratamiento con ampicilina endovenosa a 150 mg/Kg/día y gentamicina endovenosa 5 mg/Kg/día. Permanece afebril durante todo el ingreso. Se da alta para seguimiento por su pediatra de atención primaria y en consultas externas de nefrología infantil.

Tratamiento domiciliario: cefuroxima (250 mg/5ml) 1.1 ml cada 12 horas hasta completar 10 días.

Antibióticos	esccol-CMI
Ampicilina	R
Amoxi-clav oral (ITU no compli)	S
Amoxi-clav (IV)	S
Piperacilina/tazobactam	S
Cefuroxim-Sodio	I
Cefuroxima-Axetil	S
Cefotaxima	S
Meropenem	S
Amikacina	S
Gentamicina	S
Ciprofloxacino	S
Fosfomicina	S
Nitrofurantoina-NCCLS	S
Trimethoprim/Sulfa	R

Tratamiento antimicrobiano empírico			
Situación		Tratamiento de elección	Alternativas
Epididimitis u orquiepididimitis en adolescentes y jóvenes sexualmente activos (probable causa bacteriana)	• Sospecha <i>Chlamydia trachomatis</i> o <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	• Ceftriaxona (250 mg, 1 dosis, IV/IM, 1 día) + doxiciclina (100 mg/12 horas, VO, 7 días) o Azitromicina 1g dosis única	• En mayores de 18 años de edad, baja sospecha de N. gonorrea ¹⁸ o si alergia a cefalosporinas o tetraciclinas: ofloxacino (300-400 mg/12 horas, VO, 10 días) ó levofloxacino (500 mg/día, VO, 10 días)
	• Sospecha organismos entéricos	• Ofloxacino (300-400 mg/12 horas, VO, 10 días) ó levofloxacino (500 mg/día, VO, 10 días)	
Epididimitis u orquiepididimitis en adolescentes y jóvenes sin el antecedente de relación sexual, o niños con sospecha de causa bacteriana	• Probable causa bacteriana	• Uno de los siguientes (10 días): <ul style="list-style-type: none"> ◦ Cefixima: 8 mg/kg/día, en 1-2 dosis, VO ◦ Cefuroxima/axetil: 30 mg/kg/día, en 2 dosis, VO ◦ Amoxicilina/ clavulánico (4:1): 40 mg/kg/día (de amoxicilina), en 3 dosis, VO 	<ul style="list-style-type: none"> • Alternativas para los antibióticos orales (10 días): <ul style="list-style-type: none"> ◦ Cotrimoxazol¹⁹: 6-12 mg de TMP/kg/día, en 2 dosis, VO ◦ Cefalexina: 25-50 mg/kg/día, en 4 dosis, VO²⁰ ◦ En mayores de 18 años de edad: ciprofloxacino²¹ (400 mg/12 horas, IV ó 500-750 mg/12 horas, VO), u ofloxacino (300-400 mg/12 horas, VO) • Niños/adolescentes con indicaciones de ingreso inicial: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Ceftriaxona (50-75 mg/kg/día, en 1-2 dosis, IV/IM) o cefotaxima (100-150 mg/kg/día, en 3 dosis, IV), 7-10 días, seguido de cefixima (o cefuroxima o amoxicilina/ácido clavulánico), VO, hasta 4 semanas de duración total
Orquitis (u orquiepididimitis) en niños prepúberes, de probable causa viral		No indicado	Igual que en casos de adolescentes sin actividad sexual y niños, con infección de probable causa bacteriana ²²

→ CONCLUSIONES ←

1. La orquiepididimitis es una inflamación aguda del testículo y epidídimo, siendo una causa poco común de inflamación escrotal en lactantes.
2. Su origen no está completamente definido, aunque en la mayoría de los casos se debe a infecciones bacterianas, principalmente por E. coli, a través de diseminación hematógena.
3. Clínicamente, se manifiesta con fiebre e inflamación testicular. Para su diagnóstico, la ecografía Doppler es clave, ya que permite diferenciarla de la torsión testicular. Además, se recomienda realizar una ecografía renal debido al riesgo asociado de malformaciones urogenitales.
4. El tratamiento se basa en antibioterapia en casos con infección bacteriana confirmada. Dado que la torsión testicular es una entidad más frecuente y de mayor gravedad, siempre debe descartarse.