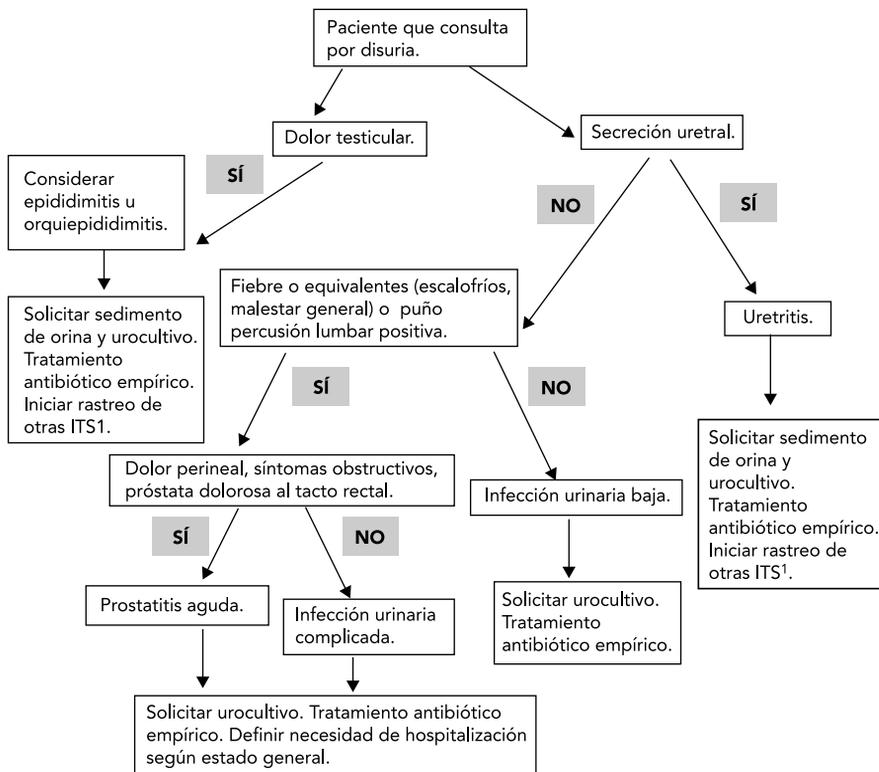


El manejo de este problema varía en hombres y mujeres por eso se describe en forma separada.

DISURIA EN HOMBRES

ALGORITMO DE MANEJO



1. Ver: "Infecciones de transmisión sexual".

GENERALIDADES

La **disuria** (dolor, ardor, quemazón o disconfort al orinar) es un síntoma irritativo del tracto urinario en el que pueden estar implicadas la vejiga, la uretra y/o la próstata. Es una causa frecuente de consulta no programada. Si aparece solo al

comienzo de la micción es posible que el compromiso sea uretral, si se prolonga durante toda la micción es más probable que haya afección vesical. Suele asociarse con otros síntomas irritativos (urgencia, polaquiuria y tenesmo vesical).

Las causas más frecuentes de disuria en la consulta no programada son: **a) la uretritis** (se asocia siempre a secreción uretral) y la **epididimitis/orquiepididimitis** (se caracteriza por dolor testicular) en pacientes jóvenes sexualmente activos y **b) la infección del tracto urinario** (ITU) y la prostatitis aguda en los adultos mayores. La **litisis renoureteral** también suele cursar con disuria, aunque se presenta generalmente como un cuadro de dolor cólico intenso asociado a vómitos.

EVALUACIÓN

• Anamnesis

Indagar sobre síntomas asociados: polaquiuria (aumento de la frecuencia miccional sin aumento del volumen), tenesmo vesical (persistencia del deseo de orinar luego de la micción), urgencia, dolor o molestia suprapúbica, testicular, pelviana o lumbar, hematuria, secreción uretral, escalofríos, fiebre, náuseas o vómitos. También es importante preguntar acerca de antecedentes de nefro o uropatía, DBT, inmunocompromiso (corticoides, VIH), instrumentación reciente de la vía urinaria y riesgo de ITS.

• Examen físico

Incluir evaluación del estado general, signos vitales, examen abdominal y puño percusión bilateral. Ante dolor pelviano, síntomas obstructivos y fiebre realizar examen rectal para palpar la próstata (suele estar muy sensible en las prostatitis agudas). Examinar los testículos si el paciente refiere dolor.

• Estudios complementarios

En todos los pacientes que consultan por disuria solicitar sedimento urinario (más de 5 leucocitos/piocitos por campo, bacteriuria y cilindros leucocitarios son sugestivos de ITU) y urocultivo (se considera positivo en pacientes sintomáticos si hay más de 10^3 /mL UFC por campo).

MANEJO

BR Los pacientes en mal estado general, sospecha de litiasis renal asociada, persistencia de la fiebre luego de 48 a 72 horas de iniciado el tratamiento antibiótico o comorbilidades importantes como inmunocompromiso, trasplante renal, insuficiencia renal avanzada, etc. deben ser derivados a un centro de mayor complejidad para reevaluación y tratamiento.

• Infección urinaria baja (cistitis)

Es una ITU que no afecta más allá de la vejiga. Puede manifestarse con disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, dolor o molestia hipogástrica y hematuria, sin afectación sistémica. Los gérmenes más frecuentes son *E. coli*, *Proteus* y *Klebsiella*.

FD Existía una tendencia a considerar a las cistitis en los hombres como ITU complicadas porque en general ocurren en pacientes ancianos y con comorbilidades. No obstante, pueden presentarse en hombres jóvenes, sin patología asociada y, en estos casos, no deben considerarse complicadas.

El diagnóstico se realiza en base a la anamnesis y el examen físico (no suele mostrar anomalías). El sedimento de orina puede orientar al diagnóstico en presencia de piuria o hematuria pero su ausencia no descarta la ITU. Esta se confirma con el resultado del urocultivo que se considera positivo si el recuento de colonias es mayor a 10^3 UFC/ml.

FD En pacientes jóvenes, sin patología asociada y con buena respuesta al tratamiento, no es necesario realizar ningún otro estudio complementario. En el resto de los casos, debe referirse al paciente a su médico de cabecera para evaluar posibles factores asociados a la ITU.

Se comienza con tratamiento antibiótico empírico y luego se ajusta en base a los resultados del urocultivo. Los fármacos de elección son **TMS, ciprofloxacina** o **levofloxacina**.

Suele verse mejoría a las 48 o 72 horas de iniciado el tratamiento antibiótico. Si esto no sucede, debe repetirse el urocultivo y rotar a un antibiótico diferente, si es posible, de acuerdo al resultado del urocultivo.

• Infección urinaria complicada

Es la ITU en la que, por los síntomas asociados (mal estado general, fiebre, escalofríos, dolor lumbar o perineal), se sospecha que puede existir un compromiso más allá de la vejiga. La pielonefritis es la ITU complicada en la que se sospecha o está documentado el compromiso renal. Además de los síntomas urinarios irritativos y los mencionados previamente, puede presentarse con hematuria, dolor abdominal, náuseas o vómitos.

El diagnóstico es clínico. El paciente suele tener fiebre, compromiso del estado general y puño percusión lumbar positiva. En todos los casos debe solicitarse sedimento urinario y urocultivo. Otros estudios, como análisis de sangre o eco-

grafía de vías urinarias, solo son necesarios en casos que requieren derivación a centros de mayor complejidad.

En los pacientes en los que se decide un manejo ambulatorio (la mayoría) debe iniciarse tratamiento antibiótico empírico. Los fármacos de primera elección son ciprofloxacina o levofloxacina. En pacientes que en los últimos 3 meses recibieron quinolonas o tuvieron un urocultivo positivo con un germen resistente a este grupo de fármacos debe optarse por TMS.

Recomendar a los pacientes control con su médico de cabecera (idealmente) o por Demanda espontánea a las 48 o 72 horas, si es posible, con el resultado del urocultivo. Verificar la sensibilidad del germen o ajustar el antibiótico en función del antibiograma.

• Prostatitis aguda

Es la inflamación aguda de la próstata. Suele presentarse con síntomas urinarios irritativos (disuria, polaquiuria, urgencia miccional, tenesmo) junto con fiebre y dolor perineal. Puede asociarse con ITU, uretritis o epididimitis. Los gérmenes más frecuentemente aislados son *E. coli* y *Proteus*, aunque en pacientes sexualmente activos también debe pensarse en *Neisseria gonorrhoeae* (gonococo) y *Chlamydia trachomatis* (clamidia).

El diagnóstico es clínico, con la anamnesis y el examen físico. Al tacto rectal suele hallarse una próstata edematosa, con aumento de la temperatura local y muy dolorosa. Se debe solicitar sedimento urinario y urocultivo. Hemocultivos y hemograma solo se solicitan en pacientes con deterioro del estado general que requieren derivación a un centro de mayor complejidad.

Los antibióticos de primera elección son TMS, ciprofloxacina o levofloxacina ya que estos alcanzan concentraciones óptimas en próstata. En pacientes con riesgo de ITS debe elegirse un esquema antibiótico que cubra al gonococo y a la clamidia (ver: "Epididimitis"). La duración del tratamiento es de 6 semanas y debe ajustarse el antibiótico según los resultados del antibiograma.

Indicar control evolutivo con el médico de cabecera dentro de la primera semana. La mejoría clínica suele verse luego de 6 o 7 días de comenzado el tratamiento antibiótico. Si los síntomas persisten, debe repetirse el urocultivo. En caso de mala evolución o falta de respuesta al tratamiento, evaluar la necesidad de derivación y/o de realización de ecografía transrectal o TAC para descartar absceso prostático.

• Epididimitis y orquiepididimitis

El manejo de la epididimitis y la orquiepididimitis es el mismo. La etiología bacteriana es la más frecuente, aunque puede deberse a traumatismos o enfermeda-

des autoinmunes. Se presenta con dolor en la región testicular y suele asociarse síntomas urinarios irritativos. En casos más severos puede haber fiebre y deterioro del estado general. En hombres jóvenes, los patógenos más frecuentemente son los de transmisión sexual (gonococo y clamidia). En pacientes ancianos, con patología obstructiva o que mantengan relaciones sexuales insertivas por vía anal, los gérmenes más prevalentes son los mismos que en la ITU.

El diagnóstico es clínico. En casos leves se puede palpar el epidídimo (cara posterior del testículo) indurado y doloroso, mientras que en casos más severos, todo el testículo se encuentra aumentado de tamaño y eritematoso y, en ocasiones, puede haber hidrocele. Se debe realizar sedimento urinario y urocultivo en todos los casos, aunque el urocultivo suele ser negativo si no hay síntomas urinarios.

Se aconseja hielo local, elevación escrotal y AINEs. En hombres jóvenes en los que se sospecha infección por gonococo o clamidia, el esquema de primera elección es **ceftriaxona** más **doxiciclina**. La **azitromicina** en única dosis es una alternativa cuando no se tolera la doxiciclina. En caso de antecedentes de relaciones sexuales insertivas por vía anal, se sugiere reemplazar la doxiciclina por **levofloxacin**a para cubrir bacterias entéricas. En pacientes en los que no se sospecha ITS o en aquellos con antecedentes de instrumentación de la vía urinaria, el antibiótico de elección es **levofloxacin**a.

Recomendar control con el médico de cabecera. La mejoría clínica suele darse en los primeros 3 días desde el inicio del ATB. En caso contrario, debe reevaluarse al paciente y descartar otras causas.

OP Ofrecer rastreo de otras ITS (HIV, sífilis, hepatitis B y, si corresponde, C).

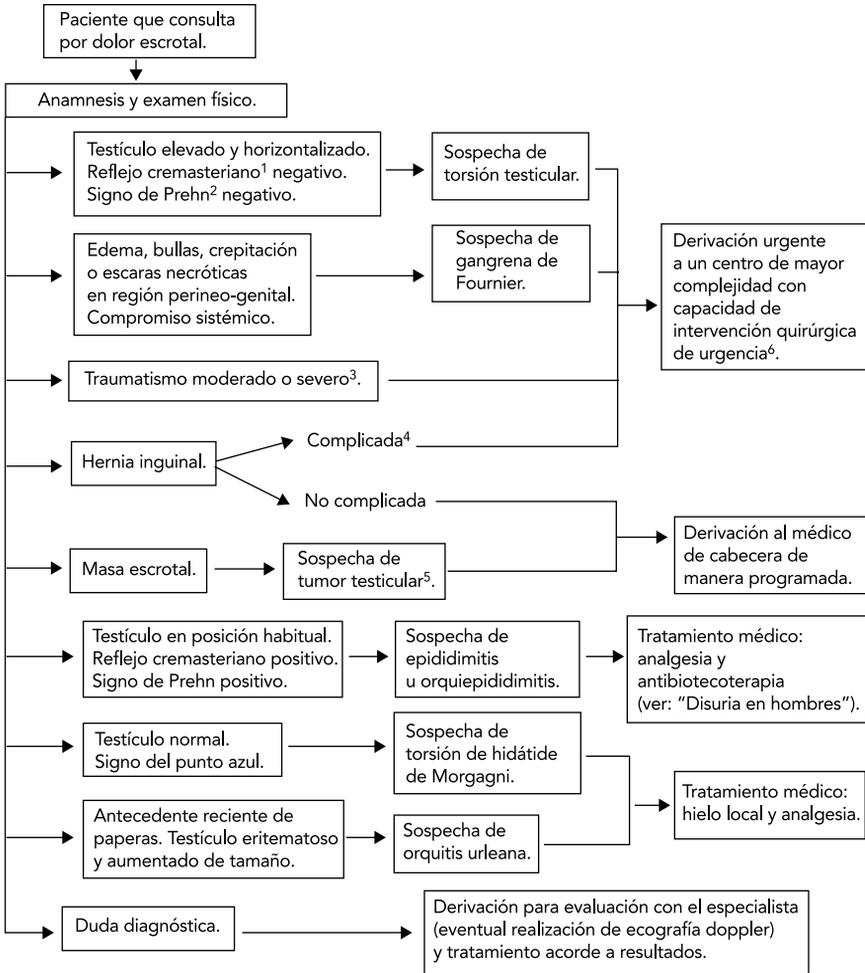
• Litiasis renoureteral

Ver “Cólico renal o ureteral” en “Dolor abdominal”.

**DOLOR
ESCROTAL**



ALGORITMO DE MANEJO



1. Reflejo cremasteriano: con el paciente en decúbito dorsal y los muslos en discreta abducción, desplazar una punta roma longitudinalmente sobre la cara superointerna del muslo. El reflejo se encuentra conservado cuando el testículo de ese lado asciende. **2. Signo de Prehn:** se realiza elevando manualmente el testículo doloroso. Si el dolor mejora se lo considera positivo. Si el dolor no se modifica o empeora, es negativo. **3.** Puede acompañarse de hematoma escrotal moderado a severo, mal manejo del dolor, hemocele o ruptura testicular. **4.** Hay compromiso del tránsito intestinal y/o vascular. **5.** Solicitar ecografía testicular ambulatoria para la consulta con el urólogo. **6.** El traslado del paciente con gangrena de Fournier debe ser con una vía periférica que posibilite la estabilización hemodinámica inicial y la oportuna reposición hidroelectrolítica.

Dolor escrotal agudo (o escroto agudo) es el dolor localizado en la zona escrotal, generalmente unilateral y de intensidad moderada a severa, que se desarrolla en el transcurso de minutos a días (1 o 2). En adultos la causa más frecuente de este problema la **epididimitis** u **orquiepididimitis aguda** (no nos extenderemos en la descripción de esta entidad ya que es desarrollada en: "Disuria aguda en hombres"). La torsión testicular y la gangrena de Fournier son causas mucho menos frecuentes pero más graves. La incidencia de la **torsión testicular** disminuye con la edad y su prevalencia varía entre el 8 y el 28% según diferentes series reportadas. Por otro lado, la gangrena de Fournier tiene una incidencia global de 1.6 casos/100.000 hombres-años, con una tasa de mortalidad alta (entre el 20-30%), a pesar del tratamiento adecuado.

EVALUACIÓN

FD Ante un paciente con escroto agudo la prioridad es identificar si requiere una intervención médica o quirúrgica de urgencia, ya que de esto dependerá la viabilidad posterior de la gónada.

• Anamnesis

Preguntar sobre las **características del dolor**, específicamente si es difuso o si se localiza en alguna región del testículo, el tiempo de aparición, la presencia de síntomas **acompañantes** (disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, fiebre, etc.) y **antecedentes** traumáticos recientes. Indagar sobre antecedentes personales que puedan relacionarse con el cuadro, entre ellos ITS, hernia inguinal, patología genitourinaria, cirugía escrotal o criptorquidia, DBT o parotiditis.

• Examen físico

Inspeccionar detalladamente los genitales externos. Constatar si hay secreción uretral y observar coloración e integridad del escroto. Palpar los genitales comenzando por el hemiescroto contralateral al que motiva la consulta. Los testículos normales son ovoides, blandos, de superficie lisa y miden entre 3 y 5 cm de longitud (con el eje largo orientado verticalmente). Uno puede ser un poco más grande que el otro o colgar un poco más sin que esto implique una patología. El epidídimo es una estructura esponjosa con forma de tubo, localizada a lo largo de la cara posterior de cada testículo. En los casos de torsión testicular, la gónada comprometida está dura, dolorosa, elevada y horizontalizada, lo que se conoce

como “testículo en badajo de campana”. Explorar el **reflejo cremasteriano**: con el paciente en decúbito dorsal y los muslos en discreta abducción, desplazar una punta roma de manera longitudinal sobre la cara superointerna del muslo. El reflejo se encuentra conservado cuando el testículo de ese lado asciende (al contraerse el músculo cremáster ipsilateral a la maniobra). Si el reflejo está abolido debe pensarse en torsión testicular. Otra maniobra a realizar es la elevación manual del testículo doloroso (**signo de Prehn**). Si el dolor disminuye (signo positivo), el diagnóstico a considerar es epididimitis. Por el contrario, si el dolor no mejora o incluso empeora, es más probable la torsión testicular (la elevación exagera la torsión). Por último, se explora el canal inguinal para descartar la presencia de hernias indirectas. El examen se realiza mejor con el paciente de pie y el médico sentado frente a él. También puede realizarse con el paciente en decúbito dorsal. Primero inspeccionar y palpar las áreas inguinales para detectar bultos. En algunas situaciones, para exponer la hernia, es preciso indicarle al paciente que realice una maniobra de Valsalva (por ejemplo, toser o pujar). Si aun así no se observa la hernia, puede realizarse la siguiente maniobra: con el dedo a través de la piel del escroto e introducido gentilmente en el trayecto inguinal, se tacta el anillo inguinal superficial y se le pide al paciente que puje o tosa. Si la hernia protruye hacia el dedo, se hace el diagnóstico. Se considera que la hernia está complicada cuando es irreductible y se acompaña de disminución o ausencia del tránsito intestinal (**hernia encarcelada**) o agrega compromiso vascular (**hernia estrangulada**). En el examen físico puede verse eritema local, dolor a la palpación, síntomas de obstrucción intestinal (náuseas, vómitos, dolor y distensión abdominal) e incluso, compromiso general, fiebre y leucocitosis si se ha producido estrangulación y necrosis intestinal.

• Estudios complementarios

Habitualmente no son necesarios ya que el diagnóstico diferencial entre las distintas entidades que producen escroto agudo es clínico. Si la presentación no es clara y se sospecha torsión testicular puede solicitarse una ecografía con doppler.

MANEJO

BR Ante la sospecha de torsión testicular, gangrena de Fournier o hernia inguinal complicada debe derivarse al paciente a un centro de mayor complejidad con capacidad de realizar un tratamiento quirúrgico de urgencia.

• Torsión testicular

La denominación correcta de la entidad es **torsión del cordón espermático** (la torsión testicular verdadera es muy rara y tiene lugar cuando el testículo se reuerce sobre el epidídimo a nivel del mesorquío). Se la considera una urgencia

quirúrgica ya que de no instaurar el tratamiento adecuado (en lo posible dentro de las primeras 6 horas) el cuadro evoluciona al infarto y la pérdida del testículo. La vitalidad de la gónada disminuye al 70% a las 10 horas de la torsión y es del 20% después de ese tiempo. Aun cuando la cirugía se realice dentro de las primeras horas, en el 8% de los pacientes, el testículo puede evolucionar a la atrofia.

El dolor en el hemiescroto afectado, con o sin irradiación a la región inguinal o hipogástrica constituye el principal síntoma de la torsión testicular. Se caracteriza por ser de aparición brusca y de gran intensidad (incluso puede estar acompañado por síntomas vagales). El edema testicular ocurre temprano, mientras que un hidrocele reactivo y un eritema suprayacente pueden ser evidentes 12 a 24 horas después del inicio de los síntomas. Los pacientes con cuadros ya evolucionados pueden tener fiebre secundaria a la necrosis testicular. Recordar que el reflejo cremasteriano abolido y el signo de Prehn negativo apoyan el diagnóstico de esta entidad. Los síntomas a menudo aparecen varias horas después de una actividad física vigorosa, una relación sexual o un trauma menor en los testículos. Otros desencadenantes mencionados son la erección nocturna y la contracción violenta del músculo cremáster por el frío, la defecación o la tos.

El tratamiento es quirúrgico. La detorsión manual no es de elección. Sin embargo, si la cirugía no está disponible dentro de las primeras 2 horas algunos expertos sugieren intentarla. Como en al menos dos tercios de los pacientes el testículo rota hacia medial durante la torsión, en la detorsión la gónada debe girarse hacia afuera, realizando uno o dos giros de 360°. La maniobra se considera exitosa cuando: 1) el dolor mejora instantáneamente; 2) el testículo desciende y se horizontaliza y 3) se constata un flujo arterial normal en la ecografía doppler. Aun cuando los resultados se consideren satisfactorios, debe realizarse la exploración quirúrgica para evaluar una eventual torsión residual y realizar una orquidopexia bilateral (asegurando ambos testículos a la pared escrotal) para prevenir la recurrencia del cuadro.

• Torsión de la hidátide de morgagni

La hidátide de Morgagni (o apéndice testicular) es un remanente embrionario del conducto de Müller. La presentación clínica de su torsión, poco frecuente en adultos, es similar a la de la torsión testicular pero con síntomas más leves. Al inicio del cuadro puede observarse el **signo del punto azul** en la piel escrotal (producto de la hidátide necrosada) y puede palparse el apéndice torsionado por delante de la cabeza del epidídimo. La exploración del testículo es normal. Pasadas las primeras horas, el derrame vaginal y la inflamación de las cubiertas testiculares impiden la correcta palpación de la bolsa escrotal obstaculizando la interpretación del cuadro.

El diagnóstico es clínico. En los casos en los que existen dudas diagnósticas puede requerirse de un ecodoppler escrotal. El tratamiento es médico. Indicar un esquema analgésico con AINEs y la aplicación local de hielo. La recuperación es gradual

pero las molestias pueden permanecer de semanas a meses. La extirpación quirúrgica del apéndice testicular se reserva para pacientes con dolor persistente, a pesar del tratamiento médico.

• **Gangrena de Fournier**

Es una fascitis necrotizante rápidamente progresiva, de origen infeccioso, en la cual participan patógenos aerobios y anaerobios. Habitualmente los pacientes tienen antecedentes de enfermedades crónicas (DBT, alcoholismo, inmunodeficiencias).

El cuadro comienza con dolor intenso en la región genitoperineal (sitio de puerta de entrada). Luego aparecen edema que se extiende rápidamente, bullas y crepitación a la palpación (enfisema subcutáneo) o escaras necróticas, acompañados por síntomas sistémicos secundarios a sepsis, como fiebre, taquicardia e hipotensión.

Ante la sospecha de este diagnóstico debe derivarse al paciente a un centro de mayor complejidad con capacidad para realizar un tratamiento quirúrgico de urgencia (ya que habrá que desbridar los tejidos afectados). Para el traslado, el paciente debe tener colocada una vía periférica que posibilite la estabilización hemodinámica inicial y la oportuna reposición hidroelectrolítica.

• **Traumatismo testicular**

Las lesiones escrotales graves ocurren cuando el testículo queda comprimido contra los huesos del pubis por un golpe directo fuerte o tras una caída a horcajadas. El espectro de complicaciones traumáticas puede variar desde un hematocele (sangre dentro de la túnica vaginal) hasta la ruptura testicular. La ecografía doppler color puede diagnosticar con precisión las diferentes entidades. Los traumatismos menores se tratan de forma conservadora con hielo local y AINEs.

BR Ante la presencia de hematoma escrotal moderado a severo, mal manejo del dolor o sospecha de hematocele o ruptura testicular debe derivarse al paciente a un centro de mayor complejidad con posibilidad de realizar un tratamiento quirúrgico de urgencia.

• **Orquitis urliana o secundaria a paperas**

La epididimoorquitis es la complicación más frecuente de las paperas en el adulto. En la mayoría de los pacientes la inflamación de las parótidas precede a la afectación testicular. Se presenta con intenso dolor, hinchazón y eritema del escroto. La afectación bilateral está presente en hasta el 30% de los casos. El diagnóstico es clínico pero puede confirmarse serológicamente (IgM antiparotiditis). Los

pacientes con orquitis por paperas se manejan sintomáticamente con la aplicación local de hielo, elevación escrotal y AINEs.

- **Tumor testicular**

Los tumores testiculares generalmente se presentan como una masa escrotal indolora. Sin embargo, 30 al 40% de los pacientes relata dolor sordo o pesadez en la parte baja del abdomen, el área perianal o el escroto y un 10% presenta dolor escrotal agudo secundario a infarto gonadal, hemorragia intratumoral o incluso torsión testicular. La ecografía es la técnica diagnóstica de elección, ya que alcanza una sensibilidad cercana al 100%. Referir al paciente a su médico de cabecera para completar su evaluación.

- **Epididimitis y orquiepididimitis**

Ver: "Disuria en hombres".