



Orquiepididimitis aguda

Rebeca Villares Alonso^a rebevi@yahoo.es, J. Ignacio Jiménez Jiménez^b

^a Servicio de Pediatría.

^b Servicio de Urología. Hospital General de Móstoles [Servicio Madrileño de Salud, Área 8], Móstoles. Madrid.

Fecha de actualización: 05/09/2008
(V.1.00/2008)

Cita sugerida: Villares Alonso R, Jiménez Jiménez JI. Orquiepididimitis aguda (v.2/2008). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 05/09/2008; consultado el dd/mm/aaaa]. Disponible en <http://www.guia-abe.es>

Introducción / puntos clave

La epididimitis es un proceso infeccioso o inflamatorio limitado al epidídimo que en ocasiones puede extenderse al testículo, hablándose entonces de orquiepididimitis. Habitualmente es unilateral.

En investigaciones recientes que emplean técnicas diagnósticas por imagen de gran poder resolutivo, se ha visto que la orquiepididimitis en la edad prepuberal es un proceso casi tan prevalente como la torsión testicular. Es más frecuente en menores de 5 años y en mayores de 10 años, siendo rara entre ambas edades¹. La sintomatología² es similar a la de la torsión testicular, por lo que siempre habrá que pensar en este proceso en el diagnóstico diferencial del dolor escrotal agudo.

Cambios más importantes respecto a la versión anterior: tras hacer una revisión bibliográfica, sólo se han introducido cambios menores en el texto.

Microorganismos causales				
Situación clínica		Frecuentes	Menos frecuentes	Raros
Adolescentes y jóvenes	Varón sexualmente activo ³	• <i>Chlamydia trachomatis</i> • <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	• <i>E. coli</i> • Ureaplasma • Enterovirus	• Citomegalovirus • <i>Cryptococcus sp</i>⁴ • <i>Haemophilus influenzae</i> • <i>Mycobacterium tuberculosis</i> • Virus de la varicela • Virus vacunal de la parotiditis • Adenovirus
	Sin antecedentes de actividad sexual	• <i>E. coli</i> y otras enterobacterias⁵	• Virus de la parotiditis⁶ • <i>Staphylococcus aureus</i> • <i>P. aeruginosa</i>	

			• <i>Enterococcus</i> • Enterovirus	
Niños				

Estudios complementarios				
	Indicados en la evaluación inicial		Indicados en situaciones especiales	
Laboratorio	• Hemograma, PrCR, sistemático de orina⁷			
Microbiología	• Hemocultivo • Urocultivo⁸ • Secreción uretral⁹: cultivo y Gram, PCR para <i>Chlamydia trachomatis</i> y <i>Neisseria gonorrhoeae</i>		• Serología de virus¹⁰ • Punción aspirativa del epidídimo¹¹ • Tinción de Ziehl y cultivo en medio para micobacterias¹² • Test de lúes y VIH¹³	
Imagen			• Ecografía testicular con <i>doppler</i>¹⁴ • Urografía IV y cistouretrografía miccional¹⁵	
Otros			• Estudio urodinámico¹⁶	

Indicaciones de ingreso hospitalario
• Gran afectación del estado general, sepsis • Enfermedad de base grave • Sospecha de no cumplimiento terapéutico

Tratamiento antimicrobiano empírico			
Situación		Tratamiento de elección ¹⁷	Alternativas
Epididimitis (u orquiepididimitis) de probable causa bacteriana		• Ceftriaxona (250 mg, 1 dosis, IV/IM, 1 día) + doxiciclina (100 mg/12 horas, VO, 10 días)	• En mayores de 18 años de edad, o si alergia a cefalosporinas o tetraciclinas: ofloxacino (300-400 mg/12 horas, VO, 10 días) ó levofloxacino (500 mg/día, VO, 10 días)

Tratamiento antimicrobiano empírico		
Situación	Tratamiento de elección ¹⁷	Alternativas
• Adolescentes sin el antecedente de relación sexual • Niños	• Uno de los siguientes (duración 4 semanas¹⁸): ◦ Cefixima: 8 mg/kg/día, en 1-2 dosis, VO ◦ Cefuroxima/axetil: 25 mg/kg/día, en 2 dosis, VO ◦ Amoxicilina/ácido clavulánico: 40 mg/kg/día (de amoxicilina), en 3 dosis, VO	• Alternativas para los antibióticos orales (durante 4 semanas): ◦ Cotrimoxazol: 6-12 mg de TMP/kg/día, en 2 dosis, VO ◦ Cefalexina: 25-50 mg/kg/día, en 4 dosis, VO ◦ En mayores de 18 años de edad: ciprofloxacino (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: ◦ 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

Otras medidas terapéuticas
• Medidas generales: reposo, frío local, suspensorio escrotal, antiinflamatorios/analgésicos¹⁹ • Adolescentes y jóvenes: deben recibir tratamiento las parejas sexuales de los últimos 2 meses

- y evitar el coito sin preservativo hasta finalizar el tratamiento
- Ante una mala respuesta terapéutica se debe descartar la existencia de un absceso

Referencias bibliográficas

1. Brenner JS, Ojo A. Causes of scrotal pain in children and adolescents. In: Rose, BD (Ed). UpToDate v16.2. Wellesley, MA: UpToDate; 2008. [actualizado el 31/05/2008] [consultado el 04/08/2008]. Disponible en www.uptodate.com
2. Evaluation of scrotal pain or swelling in children and adolescents. In: Rose, BD (Ed). UpToDate v16.2. Wellesley, MA: UpToDate; 2008. [actualizado el 31/05/2008] [consultado el 04/08/2008]. Disponible en www.uptodate.com
3. Corretger JM, van Esso D. Epididimitis y orquitis. En: De Arístegui J, Corretger JM, Fortuny C, Gatell JM, Mensa J, eds. Guía de Terapéutica antimicrobiana en Pediatría 2007-08. 2ª edición. Madrid: Ediciones Antares, SCP; 2007. p. 71-73.
4. Dairiki LM. Urinary Tract Infections in Infants and Children. In: Campbell's Urology. 8th edition. Philadelphia: WB. Saunders; 2002. p. 2048-9.
5. Grabe M, Bishop MC, Bjerklund-Johansen TE, et al. Guidelines on The Management of Urinary and Male Genital Tract Infections. European Association of Urology, 2008. [actualizado en 03/2008; consultado el 04/08/2008]. Disponible en www.uroweb.org/nc/professional-resources/guidelines/online/
6. Navío Niño S. Uretritis. Epididimitis. Vaginitis. En: Navío Niño S. Patología urológica infecciosa. Madrid: Grupo Aula Médica; 1999. p. 166-172.
7. Tekgül S, Riedmiller H, Gerharz E, et al. Guidelines on Paediatric Urology. European Society for Paediatric Urology, European Association of Urology, 2008. [actualizado en 03/2008; consultado el 04/08/2008]. Disponible en www.uroweb.org/nc/professional-resources/guidelines/online/
8. Workowsky KA, Berman SM. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. MMWR. 2006;55 (RR11):1-94 [consultado 04/08/2008]. Disponible en www.cdc.gov/MMWR/preview/mmwrhtml/rr5511a1.htm

Abreviaturas: **IM:** vía intramuscular. **IV:** vía intravenosa. **PCR:** reacción de la polimerasa en cadena. **PrCR:** proteína C reactiva. **TMP:** trimetoprim. **VIH:** virus de la inmunodeficiencia humana. **VO:** vía oral.

Notas aclaratorias

¹ La relación entre la epididimitis y alteraciones anatómicas del aparato urinario en menores de 5 años es clara (válvulas uretrales, estenosis de uretra o de meato, ectopia ureteral). Sin embargo, en prepúberes, diversos estudios han demostrado trastornos urodinámicos de inestabilidad vesical y disinergia como causa de infecciones urinarias recurrentes que podrían explicar la mayor incidencia de epididimitis en estas edades.

² Afectación del estado general con molestias de tipo tensión-dolor del hemiescrotal correspondiente que se irradian por el trayecto del cordón a la parte baja del hemiabdomen. Frecuentemente existe fiebre y escalofríos. A veces existe disuria y polaquiuria. El epidídimo y/o el testículo es doloroso a la palpación y está aumentado de tamaño. El dolor aumenta llamativamente con las maniobras exploratorias y puede disminuir elevando el escroto (signo de Prehn) a diferencia de la torsión. En ésta, el testículo suele adoptar una posición anómala y el reflejo cremastérico está ausente, a diferencia de la orquiepididimitis. Hay piuria y/o leucocitosis periférica entre el 17 y el 76% de los casos, que raramente aparecen en la torsión. Otras causas de dolor escrotal agudo son la torsión de apéndices testiculares, traumatismo escrotal, púrpura de Schönlein-Henoch, hernia inguinal incarcerada y apendicitis retrocecal.

³ Generalmente acompaña uretritis aunque ésta puede ser asintomática.

⁴ En pacientes con infección por el VIH.

- ⁵ Agentes habituales relacionados con la infección del tracto urinario.
- ⁶ La orquitis urliana es bilateral en un tercio de los casos. Suele aparecer a la semana de la parotiditis y es rara en menores de 10 años. Más frecuente en jóvenes y adolescentes y menos en niños.
- ⁷ Normal en el 40-85%. Su normalidad no excluye orquiepididimitis; tampoco su anormalidad excluye torsión testicular.
- ⁸ Positivo en pocos pacientes.
- ⁹ En varones sexualmente activos.
- ¹⁰ Virus de la parotiditis y otros.
- ¹¹ Cuando el urocultivo es negativo y la evolución clínica es mala.
- ¹² Cuando se sospecha epididimitis tuberculosa, que cursa como masa indolora.
- ¹³ En varones con clara sospecha de transmisión sexual.
- ¹⁴ Para descartar torsión testicular. En general, en la orquiepididimitis hay aumento del flujo vascular y en la torsión disminución respecto del testículo contralateral.
- ¹⁵ Para descartar malformaciones del aparato urinario (más frecuentes en menores de 5 años).
- ¹⁶ En niños mayores sin alteraciones anatómicas del aparato urinario.
- ¹⁷ En los casos de varones sexualmente activos el tratamiento inicial debe dirigirse sobre todo a *C. trachomatis* o *N. gonorrhoeae*. En el caso de varones sin antecedentes de actividad sexual, los agentes más usuales son las enterobacterias.
- ¹⁸ El tratamiento se mantiene hasta 4 semanas porque es frecuente la afectación del tejido prostático.
- ¹⁹ Se recomiendan antiinflamatorios no esteroideos, especialmente el ibuprofeno.