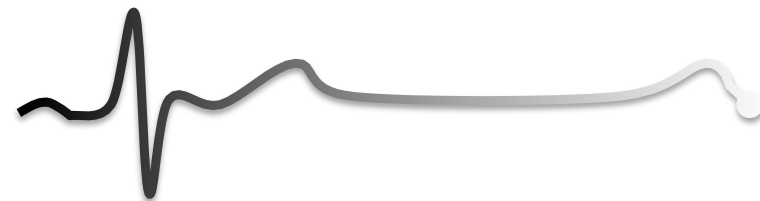


URGENCIAS UROLÓGICAS

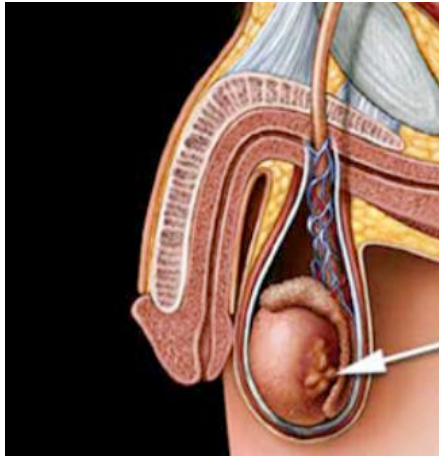
1. TESTÍCULO AGUDO
2. CÓLICO RENOURETERA
3. RAO

Profesor Dr Quintana
Facultad de Medicina
UAM

Dra. Marina Nogueroles Gutiérrez
Médico Adjunto
Servicio de Urgencias. HULP
Octubre 2011

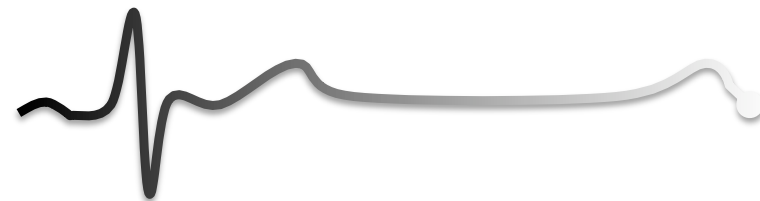


TESTÍCULO AGUDO



NOCIONES ANATÓMICAS:

- El escroto es la bolsa anatómica que aloja los testículos, los cuales se encuentran localizados en posición anterior al epidídimo, suspendidos por el cordón espermático
- La irrigación arterial (art. Espermaticas) del testículo tiene su origen en la aorta, al mismo nivel que las arterias renales, siendo vehiculizadas a través del cordón espermático. El retorno venoso es conducido por la vena gonadal, drenando su contenido a la vena cava si es el derecho y en la renal izquierda si es el teste izquierdo. La glándula se encuentra cubierta por la tunica vaginal



TESTÍCULO AGUDO

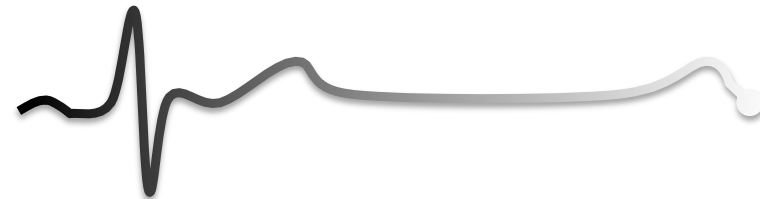
CONCEPTO:

- El Testículo Agudo o Síndrome del Escroto agudo es una **urgencia urológica** cuyo principal síntoma es el **dolor intenso** en el contenido escrotal.
- Su importancia viene definida por la necesidad de descartar precozmente un cuadro de **TORSIÓN TESTICULAR**, considerado como una **emergencia quirúrgica**.
- Para ello hay que establecer un **diagnostico diferencial** y determinar otras causas de escroto agudo no subsidiarias de tratamiento quirúrgico urgente.



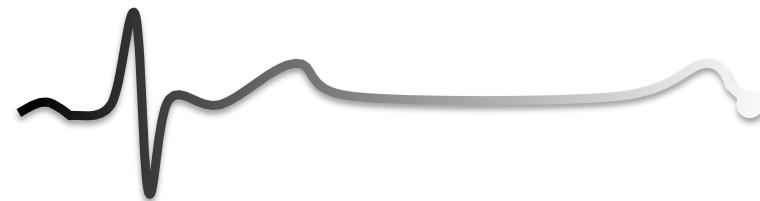
TESTÍCULO AGUDO: Causas

- Por compromiso vascular:
 - **Torsión de cordón espermático o Torsión Testicular**
 - **Torsión de apéndices o anejos testiculares**
 - Infarto testicular
- De origen infeccioso
 - **Orquitis-Epididimitis**
 - Gangrena de Fournier
- De origen Paraescrotal
 - Hernia Inguinal
 - Hidrocele comunicante
 - Vaginalitis meconial
- De origen Traumático
 - Hematocele, Hematoma, Avulsión
- De origen sistémico-dermatológico
 - Edema escrotal idiopático, Dermatitis medicamentosa, Eritema multiforme, Purpura de Schölein-Henoch, Eccema de contacto.



TESTÍCULO AGUDO

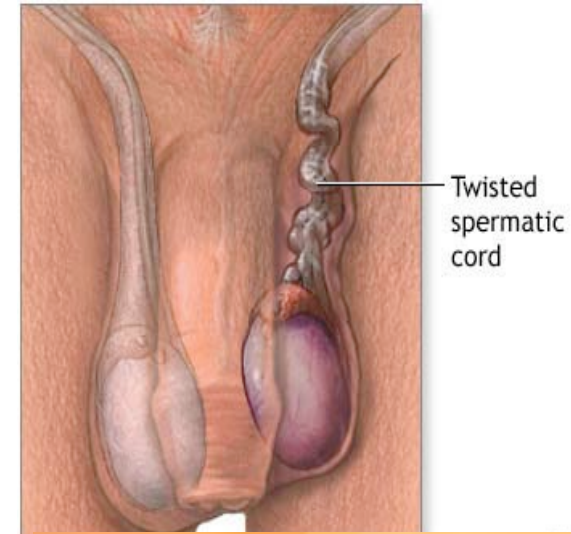
- **TORSIÓN TESTICULAR (E.U.Q.) 6H.**
- **TORSIÓN APÉNDICES TESTICULARES**
- **ORQUI-EPIDIDIMITIS**



TESTICULO AGUDO

TORSIÓN TESTICULAR, FUNICULAR O DEL CORDON ESPERMATICO.

- Es la causa mas importante del dolor testicular o escroto agudo.
- El omitir este diagnostico lleva de manera inequívoca a la perdida de la gónada.
- Por lo tanto, siempre se debe considerar como primera opción diagnostica y hacer el diagnostico diferencial con otras patologías de escroto agudo no subsidiarias de tratamiento quirúrgico.



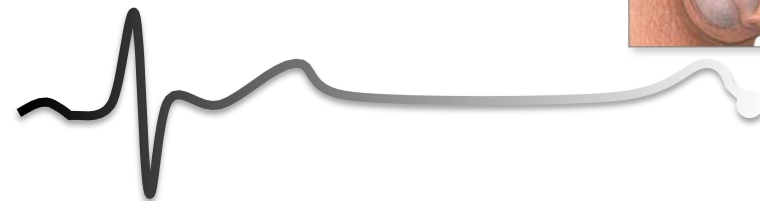
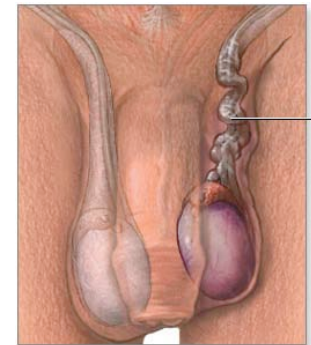
TESTICULO AGUDO: TORSIÓN TESTICULAR, FUNICULAR O DEL CORDON ESPERMATICO

FISIOPATOLOGÍA.

El accidente ocurre por una mala implantación de la vaginal del testículo. Esto permite al testículo quedar suspendido dentro de la bolsa escrotal como prenda una fruta de un tallo, y por lo tanto pueda girar sobre si mismo sin restricciones

Al girar el testículo sobre el pedículo se condiciona una oclusión **venosa** que con el transcurso de las horas lleva a **edema**, y subsiguiente **oclusión arterial** que lleva a una **necrosis**. El proceso ocurre rápidamente y por lo general esta instaurado a las 6 horas del accidente, en la medida que transcurre el tiempo las oportunidades de que sea reversible son menores y en general a mas de 24 horas de ocurrido el accidente la gónada esta necrosada y perdida.

- Puede desaparecer la torsión de forma espontánea desapareciendo la clínica.

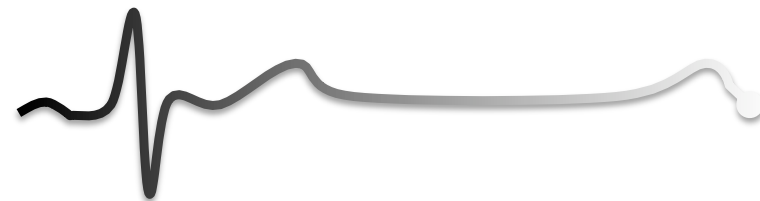


TESTICULO AGUDO

TORSIÓN TESTICULAR, FUNICULAR O DEL CORDON ESPERMATICO

CLÍNICA

- La presentación suele ser aguda
- Con dolor severo localizado a nivel del testículo comprometido.
- Se puede o no irradiar a la región inguinal
- Se pueden asociar síntomas neurovegetativos, tales como las náuseas y vómito.
- En la medida que transcurren las horas, el dolor puede ir disminuyendo de intensidad, y los signos inflamatorios aumentando.
- Puede desaparecer la torsión de forma espontánea desapareciendo la clínica.

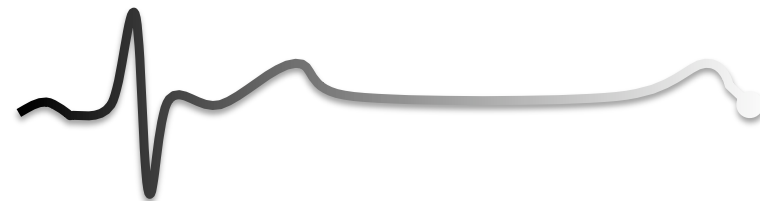


TESTICULO AGUDO: T.T

- **Exploración física:**
- **Paciente en bipedestación**
 - Piel del escroto edematizada o normal
 - Testículo ascendido y horizontalizado (signo de Gouverneur).
 - Si el contralateral (sano) esta en la misma posición (Signo del Angell)
 - La palpación es muy dolorosa, incrementa el dolor la elevación del testículo hacia el anillo inguinal. (Signo de Prehn)
 - Epidídimo se palpa en posición anterior y aumentado de volumen
 - Desaparece el reflejo cremasterico
 - Tacto rectal no doloroso.

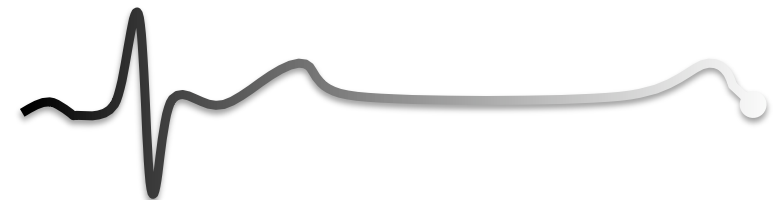
TESTICULO AGUDO: T.T.

- Pruebas Complementarias:
 - Hemograma
 - Bioquímica básica
 - Coagulación (alta sospecha de TT)
 - Sistemático de Orina
 - Eco-Doppler
 - Rx torax y ECG si TT
- Diagnostico es CLÍNICO



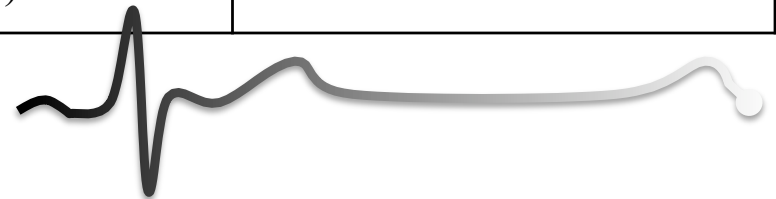
TESTICULO AGUDO: D.D

	TORSIÓN TESTICULAR	TORSIÓN APENDICES TESTICULARES	ORQUI-EPIDIDIMITIS
Edad de presentación	- P. Neonatal - Pubertad 1 de cada 4000 hombres < 25 años	3-13 años	> 18 años adultos. Causa más frecuente de dolor testicular en adulto.
DOLOR	- Aparición brusca - Intenso - Referido a zona inguinal y abdomen	- Inicio Brusco - < intensidad - Localizado en polo superior de testículo	Comienzo insidioso. 2-7 días Gonococo. 2-3 sem. Chlamydias. Referido a ingle y flanco
Síntomas miccionales	NO	NO	SI Uretritis, ITU, ETS
Nauseas vómitos	SI	NO	NO
Fiebre	NO (salvo torsión evolucionada)	NO	SI Afectación general
Eritema Edema escrotal	SI cuanto más tiempo de evolución	SI cuanto más tiempo de evolución	-Muy importante -Síntomas locales de inflamación, hidrocele



TESTICULO AGUDO: D.D.

	TORSIÓN TESTICULAR	TORSIÓN APENDICES TESTICULARES	ORQUI-EPIDIDIMITIS
Posición Testicular	Teste ascendido y horizontalizado (Signo de Gouverneur) Cordón acortado	NORMAL	NORMAL Aumento consistencia que persiste tiempo
Relación Epididimo-testicular	Se pierde, epidídimo en anterior	NORMAL	-Se borra el limite normal entre epidídimo y testículo
Signo de Prehn (Elevación del teste hacia canal inguinal)	AUMENTO DEL DOLOR	INDIFERENTE	DISMINUCIÓN DEL DOLOR
REFLEJO CREMASTERICO	ABOLIDO	PRESENTE	PRESENTE
MANCHA AZULADA	NO	Signo del Azul Punto (Patognomónico)	NO



TESTICULO AGUDO

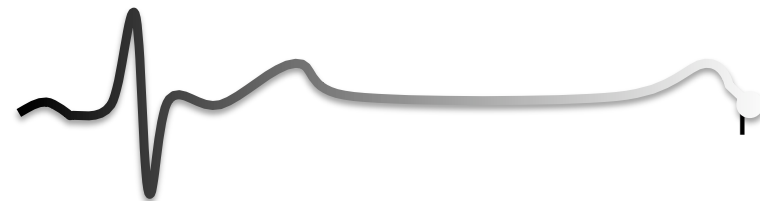
- **TRATAMIENTO:**

- Torsión Testicular: Qco. antes del la 6 h.
- Torsión Anejos Testiculares: AINES y analgesicos, si dudas Qco..
- Orqui-epididimitis: reposo, suspensorio, analgésicos y antiinflamatorios.

NIÑOS:, durante 7-10 días Trimetroprin/Sulfametoxazol 160/800 mg cada 12 h.

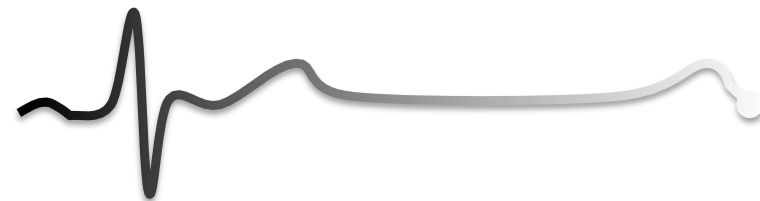
ADOLESCENTES y ADULTOS: (posible enfermedad de transmisión sexual):

- - Ceftriaxona i.m. dosis única de 250 mg y Doxiciclina 100 mg/12h10 días.
- - Ciprofloxacino v.o. a dosis de 500 mg cada 12 horas, 10-14 días.
- - Ofloxacino v.o. a dosis de 400 mg cada 12 horas, 10-14 días.



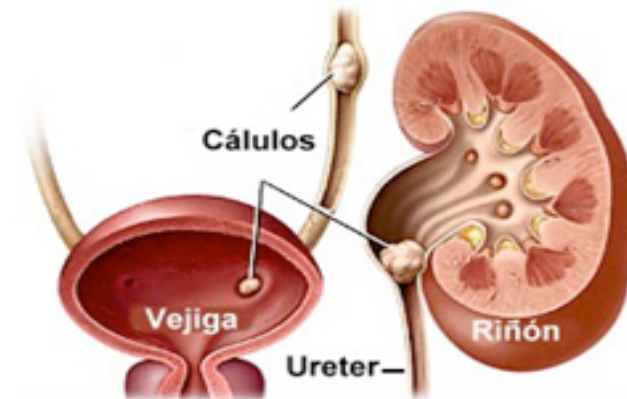
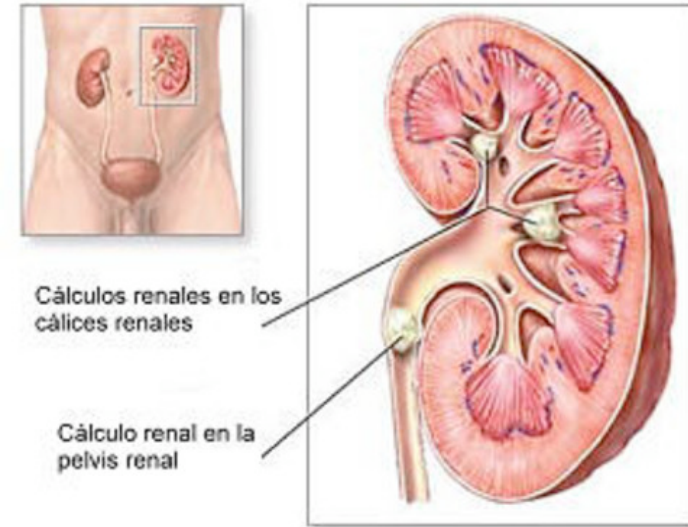
TESTICULO AGUDO: ¿Que no debo olvidar?

- 1.- Todo escroto agudo **es una torsión testicular** hasta que no se demuestre lo contrario y se debe proceder de acuerdo.
- 2.- **El diagnostico es clínico**, las ayudas por imágenes, Ecografías, Eco-Doppler son solo herramientas adicionales, no se debe condicionar el diagnostico y aún menos la conducta a seguir con estas ayudas diagnosticas.
- 3.- Ante la sospecha de una torsión testicular la conducta debe ser la exploración escrotal inmediata por vía escrotal y la fijación del testículo contralateral. **Ttº. Qco.**



CÓLICO NEFRÍTICO

- **Concepto:**
- Se denomina Cólico Nefrítico o Cólico Renoureteral, al dolor originado en el riñón o vías urinarias por el paso de un cuerpo sólido a su través.
- Suele ser un cálculo si bien puede ser un coagulo sanguíneo o un fragmento de papila en el curso de una necrosis papilar.



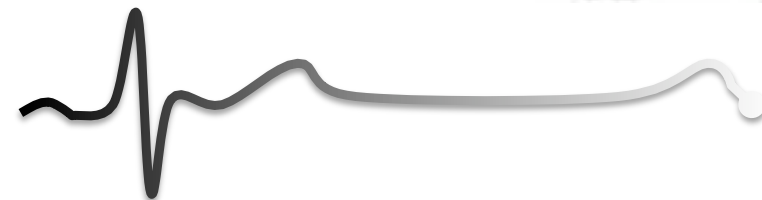
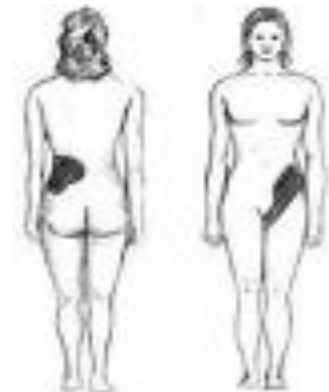
CÓLICO NEFRÍTICO

- **Cuadro clínico:**

- Dolor en fosa renal irradiado por el trayecto ureteral hasta los genitales y acompañado de síntomas vegetativos (nauseas, vómitos, diaforesis, palidez)
- Clínica urinaria baja (disuria, tenesmo vesical, polaquiuria)

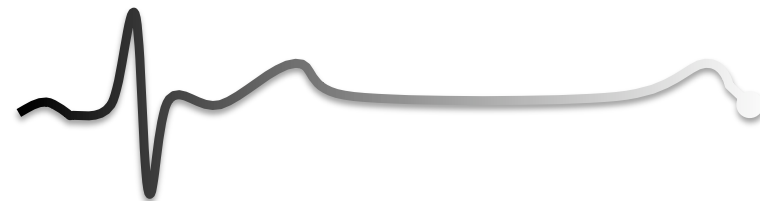
- **Exploración física:**

- PPR +, dolor en Hemiabdomen af



CÓLICO NEFRÍTICO

- **Exploraciones Complementarias:**
 - Confirmación de hematuria microscópica
 - Posibilidad de visualizar el cálculo en RX abdomen simple.(cálculos de Cistina, Fosfato Amónico pequeños y de Ácido Úrico, NO son visibles)
- **Diagnostico:** se deben cumplir 2 de los 3 Criterios
 - Cuadro clínico compatible
 - Exploración física positiva
 - Hematuria microscópica.

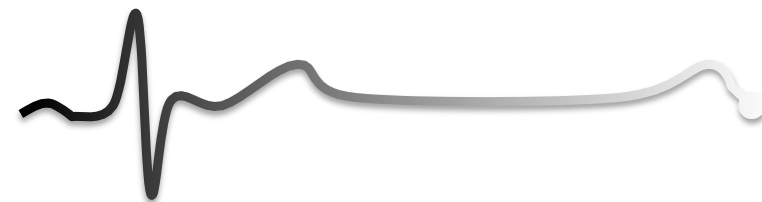


CÓLICO NEFRÍTICO



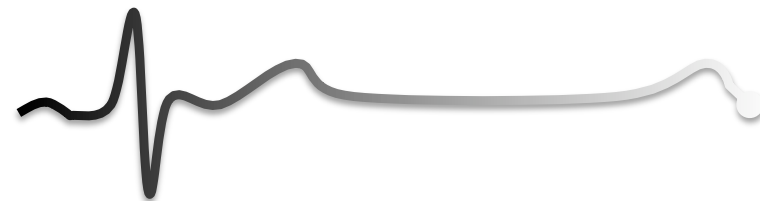
CRITERIOS DIAGNOSTICO DE URGENCIAS.

- 1.- Cuadro clínico
- 2.- Exploración física
- 3.- Pruebas complementarias



CÓLICO NEFRÍTICO

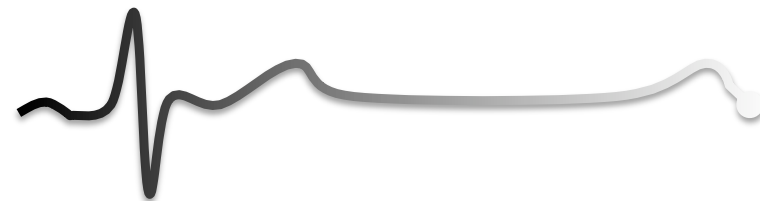
- **Diagnostico Diferencial:**
 - Procesos renales: Embolismo renal
 - Procesos digestivos: Apendicitis, Diverticulitis aguda, Pancreatitis aguda
 - Procesos Ginecológicos: Embarazo extrauterino, Anexitis, Torsión de quiste de ovario
 - Procesos vasculares: Embolismo renal, Trombosis mesentérica, Disección de aorta abdominal.
 - Procesos extraabdominales: IAM, Neumonías basales



CÓLICO NEFRÍTICO

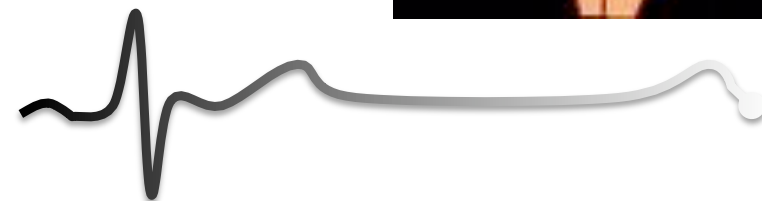
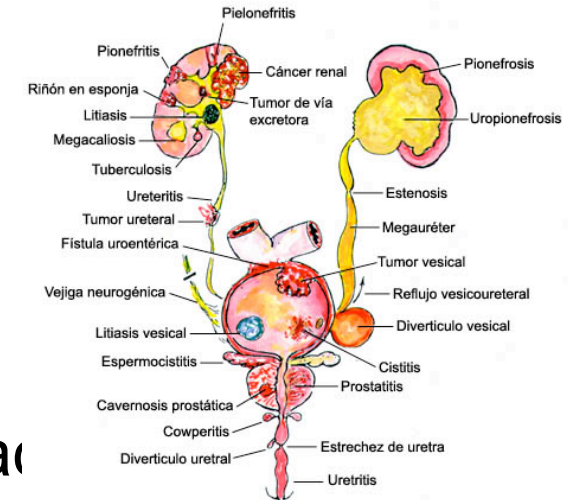
- **Pruebas complementarias:**

- Tira reactiva de orina:
- Rx abdomen simple:
- Si ingresa:
 - Hemograma, formula y recuento leucocitario
 - Bioquímica s.: urea, creatinina, Na⁺, K⁺ y glucosa
 - Orina Completa con sedimento
 - Ecografía renal si se sospecha uropatía obstructiva o pionefrosis.



CÓLICO NEFRÍTICO

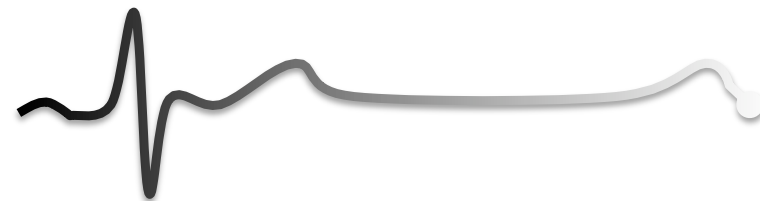
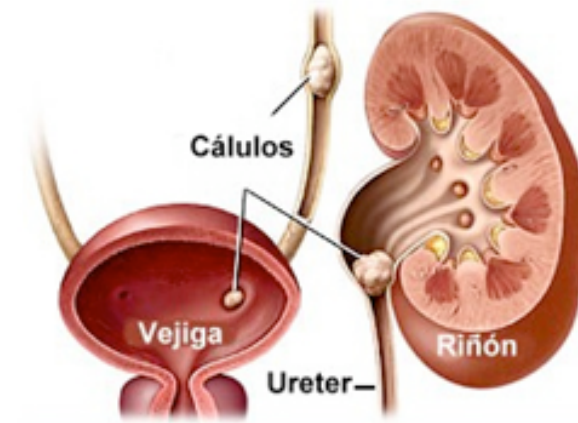
- **Criterios de ingreso:**
 - Dolor rebelde al tratamiento
 - Dolor recidivante en breve espacio de tiempo
 - Sospecha de uropatía obstructiva
 - Sospecha de piodonefrosis



CÓLICO NEFRÍTICO

Tratamiento:

- Si el paciente está muy sintomático
 - V.I.: AINES+Metimazol, si no cede Tramadol o meperidina.
 - Metoclopramida 10mg.
 - Diacepan 5-10 mg.
 - Suero fisiológico 500cc a 1000cc.
 - Abundantes líquidos



RETENCIÓN AGUDA DE ORINA. R.A.O.

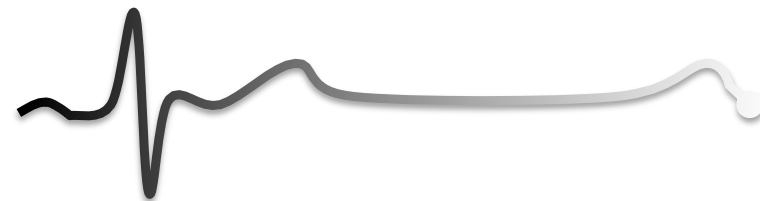
- La urgencia urológica mas frecuente junto con la hematuria.

CONCEPTO:

- Se considera UROPATÍA OBSTRUCTIVA (UO) el cese de paso de orina en alguna parte del tracto urinario por un obstáculo mecánico o funcional, de causa congénita o adquirida.
- La UO puede ser aguda o crónica, completa o incompleta, infravesical o supravesical.

DEFINICIÓN R.A.O.:

- Obstrucción infravesical que impide el adecuado vaciado de la vejiga



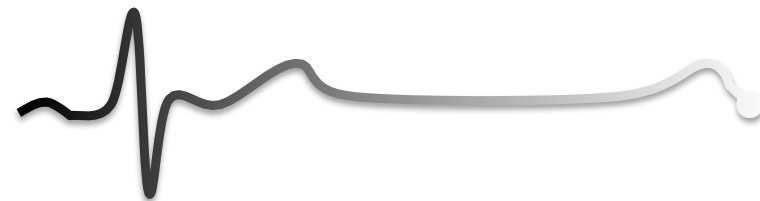
RETENCIÓN AGUDA DE ORINA. R.A.O.

ETIOLOGÍA:

- Renal: litiasis, estenosis pieloureterales, neoplasias.
- Uréter: litiasis, compresiones extrínsecas, estenosis, embarazo.
- Vejiga y uretra posterior: hipertrofia prostática, esclerosis de cuello, carcinoma de próstata, litiasis, vejiga neurógena, neoplasias.
- Uretra: estenosis, fimosis, litiasis.

Por orden de frecuencia:

- HBP: 53%
- Impactación fecal: 7,5%
- Carcinoma prostático: 7%
- Estenosis uretrales: 3,5%
- Vejiga neurógena, retenciones postoperatorias, por litiasis y las medicamentosas: 2%



RETENCIÓN AGUDA DE ORINA. R.A.O.

CLASIFICACIÓN

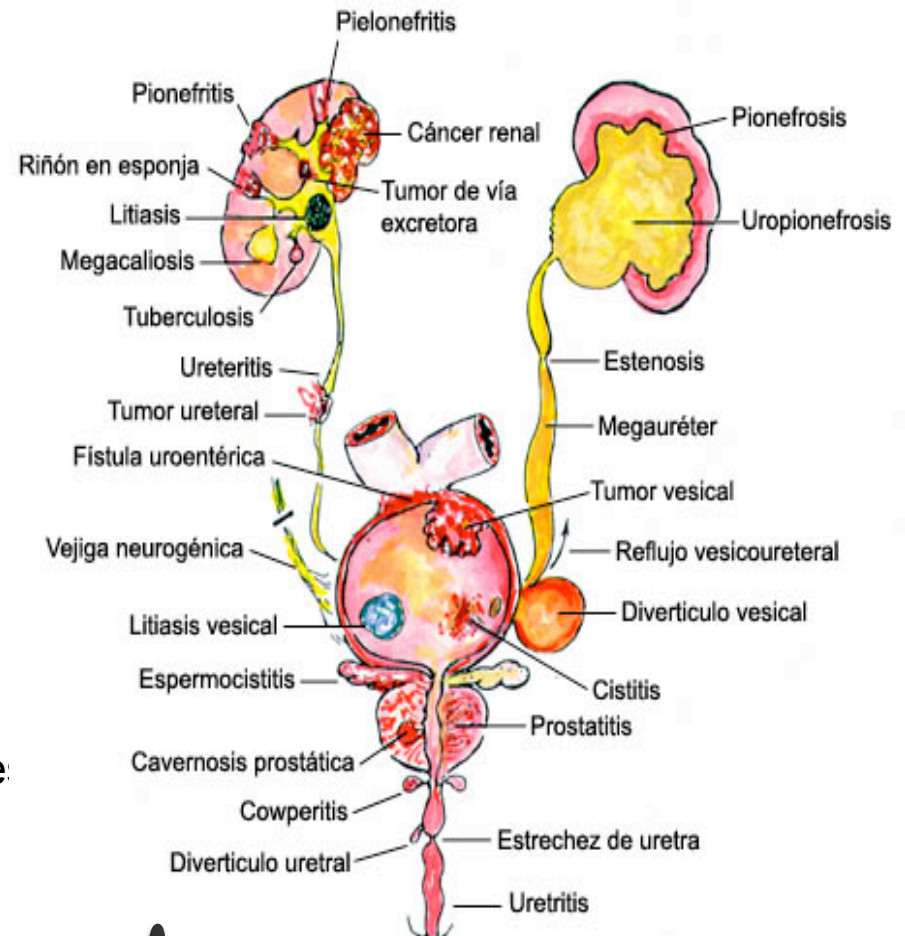
UO de tracto urinario superior:

- Aguda:
 - Cólico nefrítico.
 - Anuria excretora.
- Crónica:
 - Hidronefrosis.
 - Megauréter
 - Caliectasia,
 - Pielocaliectasia,
 - Ureteropielocaliectasia.

UO de tracto urinario inferior: (infra/vesicale)

Retención aguda de orina.

Retención crónica de orina.

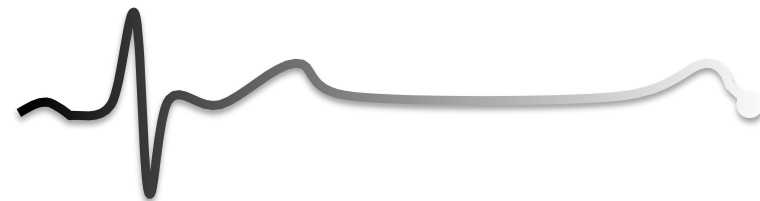


RETENCIÓN AGUDA DE ORINA. R.A.O

Sistema Urinario Infravesical:

Causas Vesicales y de Uretra Posterior:

1. **Hiperplasia Benigna de Próstata.** Es, la primera causa de RAO. En la séptima década de la vida es responsable del 50% de los casos.
2. **Neoplasias Vesicales/Uretrales**
3. **Litiasis vesical/Uretral**
4. **Estenosis de uretra:** Causa más frecuente de estenosis uretral en nuestro medio es la manipulación uretral
5. **Valvas de uretra posterior.**
6. **Fimosis extremas**
7. **Los agonistas alfa-adrenérgicos, anticolinérgicos, neurolépticos y antidepresivos tricíclicos**
8. **El dolor postoperatorio**
9. **Retenciones agudas de origen psicógeno**

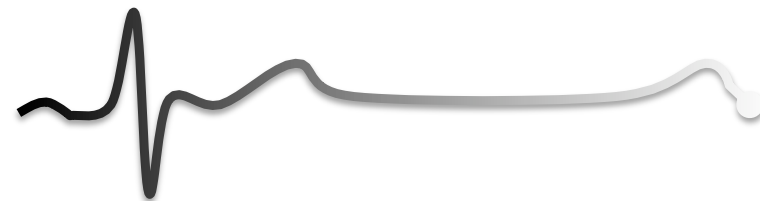


RETENCIÓN AGUDA DE ORINA. R.A.O.

Sistema Urinario Infravesical:

Causas Vesicales y de Uretra Posterior:

4. ***Esclerosis***: complicación de la cirugía de próstata
5. ***Carcinoma prostático***: 7% de los diseminados o localmente avanzados debutan como RAO.
6. ***Prostatitis sin HBP y vejiga neurógena.***



RETENCIÓN AGUDA DE ORINA. R.A.O.

Clínica: intenso dolor en hipogastrio con imperiosa necesidad de orinar sin conseguirlo.

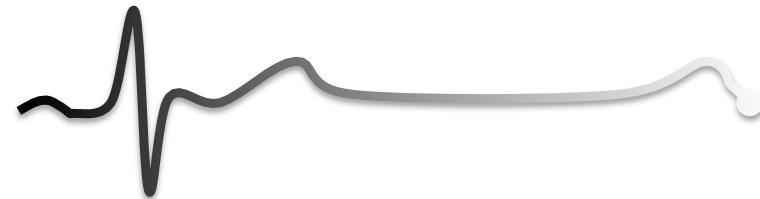
Pruebas complementarias (en Urgencias):

- Exploración física: globo vesical (masa en hipogastrio, dolorosa a la palpación que despierta el deseo miccional).
- En caso de dudas: radiografía simple de abdomen o ecografía abdominal.
- Ecografía abdominal: que, además, permite hacer el **diagnóstico diferencial** entre RAO, anuria obstructiva y fracaso renal.

Tratamiento:

Cateterismo vesical: **sondaje uretral**. Si fuera imposible el sondaje vesical avisad al urólogo para cistostomía suprapúbica percutánea. Cuidado con la hematuria ex-vacuo. La vejiga se debe de vaciar poco a poco.

Criterios de ingreso: si se produce hematuria ex-vacuo intensa, IRA.



RETENCIÓN AGUDA DE ORINA.

R.A.O.

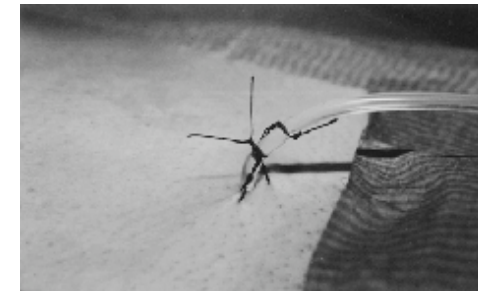
RETENCIÓN CRÓNICA DE ORINA

Mucho más grave e insidiosa que la aguda, ya que puede llegar a dañar de forma irreversible la función renal.

Clínica: incontinencia urinaria por rebosamiento, globo vesical bien tolerado por el paciente.

Pruebas complementarias (en Urgencias):

- Exploración física: globo vesical.
- Analítica sanguínea.
- Radiografía simple de abdomen.
- Ecografía abdominal.

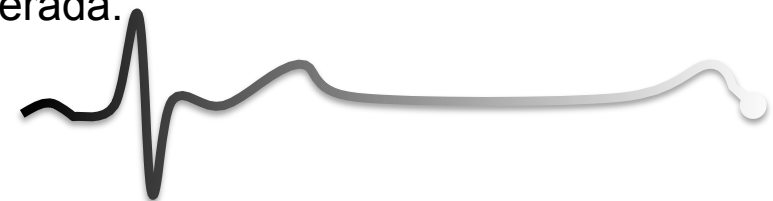


Tratamiento:

Evacuar la vejiga como en el caso anterior.

Etiológico (por el urólogo): esclerosis de cuello vesical, prostatismo, estenosis de uretra, etc.

Criterios de ingreso: si la función renal está muy alterada.



Dra. Marina Nogueroles Gutiérrez
Médico Adjunto
Servicio de Urgencias. HULP
Octubre 2011

