

CARTA CLÍNICA

Dolor testicular como forma de presentación de un síndrome aórtico agudo



Testicular pain as a form of presentation of an acute aortic syndrome

Caso clínico

Presentamos 2 pacientes que consultan en Atención Primaria (AP) por dolor testicular izquierdo cuya causa final es un síndrome aórtico agudo.

Caso 1

Varón de 71 años sin hábitos tóxicos, con antecedentes personales de hipertensión arterial (HTA) en tratamiento con enalapril. Consulta en AP por dolor testicular izquierdo intermitente de 2 meses de evolución, sin otra sintomatología. La exploración testicular resulta normal, por lo que se pauta tratamiento antiinflamatorio. El paciente regresa a la consulta pocos días después por intensificación del dolor e irradiación a región suprapúbica. La exploración testicular y la cardiopulmonar no muestran alteraciones, la tensión arterial es 160/90 mmHg y la frecuencia cardiaca 100 latidos por minuto. Sin embargo, en la exploración abdominal se palpa una masa pulsátil en mesogastrio, por lo que se decide traslado a Urgencias para estudio. Allí se realizan estudios analíticos que resultan normales y una ecografía que revela la existencia de un aneurisma aórtico abdominal (AAA) de 10 × 8 cm con trombo mural y luz de unos 42 × 33 mm que se extiende hasta ambas arterias ilíacas. La tomografía computarizada (TC) confirma dicho hallazgo y demuestra signos de rotura retroperitoneal y pelviana contenida en ese momento (fig. 1). El paciente es intervenido mediante laparotomía urgente para colocación de prótesis de dacron; pudo ser dado finalmente de alta tras un periodo de estancia en Unidad de Cuidados Intensivos y planta de Cirugía Vasculat.

Caso 2

Varón de 80 años, sin hábitos tóxicos, con antecedentes de diabetes mellitus (DM) tipo 2, infarto agudo de miocardio,

HTA y arteriopatía periférica en tratamiento con clopidogrel, pantoprazol, metformina, bisoprolol, valsartán y simvastatina. El paciente consulta en AP por dolor testicular izquierdo irradiado a región inguinal homolateral, de 48 h de evolución, acompañado de náuseas, vómitos y sudoración. La exploración física en ese momento es normal, por lo que es dado de alta con tratamiento antiinflamatorio oral por sospecha de cólico renal. Al día siguiente, el dolor se intensifica e irradia a región periumbilical. A la exploración, el paciente presenta tensión arterial de 183/70 mmHg, frecuencia cardiaca de 97 latidos por minuto, abdomen blando, depresible, no se palpan masas ni visceromegalias y no se evidencian signos de insuficiencia cardiaca ni asimetría de pulsos. Se deriva a Urgencias para filiación etiológica. Allí se realizan estudios analíticos que muestran creatinina de 2,02 mg/dl y hemoglobina de 8 g/dl, hematocrito de 27%, siendo el resto normal. La ecografía abdominal muestra, a pesar de la mala ventana acústica, un AAA que precisa realización de TC para mejor valoración. La TC abdominal confirma la presencia de un AAA infrarrenal de 10,8 cm de diámetro con trombo mural de 2 cm y hematoma retroperitoneal en espacio pararrenal posterior izquierdo que desciende por el músculo psoas izquierdo, compatible con fisuración del aneurisma (fig. 2). Se decide intervención urgente, falleciendo el paciente en el postoperatorio inmediato.

Discusión

El dolor testicular es motivo frecuente de consulta en AP. Puede ser agudo y se considera crónico cuando se prolonga durante más de 3 meses. Puede deberse a diversas etiologías. En pacientes jóvenes es más frecuente el dolor por enfermedades testiculares, mientras que en edades más avanzadas hay que considerar además la posibilidad de dolor referido desde otras estructuras anatómicas. Entre las enfermedades que pueden causar dolor testicular destacan¹:

- Enfermedad testicular: orquitis, epididimitis, varicocele, abscesos, hidrocele, traumatismos, torsión parcial o total del conducto espermático o del apéndice testicular, espasmos musculares del músculo cremastérico o tumores.
- Enfermedad a distancia con dolor testicular referido:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.09.005>

1138-3593/© 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.



Figura 1 Corte axial y sagital de TC mostrando aneurisma de aorta abdominal con luz arterial replecionada de contraste (flecha negra) y gran hematoma alrededor conteniendo la rotura (flecha blanca).

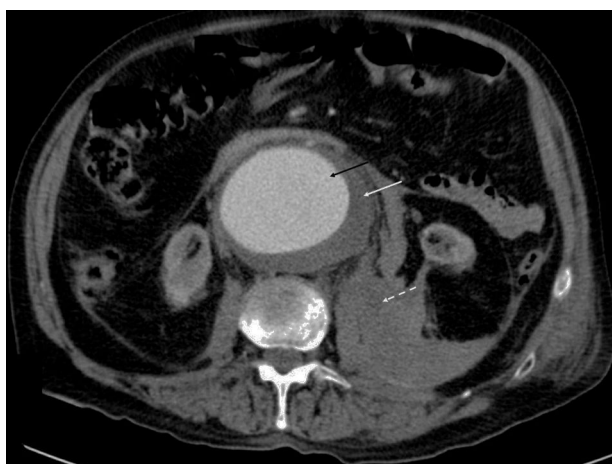


Figura 2 Corte axial de TC con aneurisma de aorta abdominal infrarenal (flecha negra) con trombo mural (flecha blanca) y hematoma retroperitoneal en espacio pararenal posterior izquierdo (flecha blanca discontinua).

- Próstata (prostatitis, absceso prostático, tumores, hipertrofia prostática con semiología obstructiva o irritativa).
- Pelvis y sacro (fractura de ramas, lesiones óseas traumáticas, infecciosas o neoplásicas).
- Vísceras abdominales (apendicitis, isquemia intestinal, diverticulitis, cólico renal, abscesos perineales, perforación encubierta de víscera hueca).
- Grandes vasos (dolencia aórtica aguda, oclusión de arteria mesentérica o de sus ramas, trombosis de venas mesentéricas, porta o sus ramas).

Respecto a la rotura de AAA conviene destacar que es más frecuente en pacientes mayores de 50 años con factores de riesgo asociados como la HTA, el tabaquismo, los traumatismos directos o el consumo de drogas (cocaína o anfetaminas)². Tiene una mortalidad del 90% y, aunque la intervención quirúrgica precoz mejora esas cifras, esta sigue siendo del 53 al 90% incluso en ese caso³. Su diagnóstico es

relativamente sencillo cuando se presenta con la sintomatología típica de dolor abdominal o lumbar acompañado de inestabilidad hemodinámica y, en ocasiones, de presencia de masa pulsátil en la palpación abdominal, especialmente en pacientes de más de 50 años de edad⁴. Sin embargo, en ocasiones la rotura de un AAA puede simular otras entidades menos graves como el cólico renal, lumbalgia mecánica, diverticulitis, apendicitis, hernia inguinal estrangulada o enfermedad testicular⁵, ocasionando un retraso diagnóstico y terapéutico de consecuencias fatales.

La presentación como dolor testicular es extremadamente rara, habiéndose reportado muy pocos casos en la literatura, y se localiza típicamente en el testículo izquierdo.

No está claro el mecanismo fisiopatológico por el que se produce el dolor testicular en la rotura de un AAA. La hipótesis más aceptada es por compresión nerviosa. La arteria aorta generalmente se apoya en el lado izquierdo de la línea media en el retroperitoneo, por lo que un hematoma retroperitoneal puede irritar el plexo lumbar y los nervios genitofemorales o ilioinguinales en su trayecto por el músculo psoas, lo que produce el dolor testicular izquierdo⁶. En algunas ocasiones, la pared aórtica puede estar contenida por el músculo psoas y el retroperitoneo, lo que lleva a una clínica más insidiosa, sin ocasionar inestabilidad hemodinámica⁷.

Llegar al diagnóstico de rotura de un AAA cuya forma de presentación es un dolor testicular aislado es complejo. Ante la normalidad de las exploraciones testiculares, debe conocerse esta posibilidad y realizar una minuciosa anamnesis y exploración física para emitir el diagnóstico de sospecha^{8,9}. En ella se debe interrogar sobre factores predisponentes antes comentados (en especial la HTA), la localización y características del dolor (abdominal y típicamente súbito, desgarrador, con sensación de gravedad) y la presencia de masa abdominal pulsátil palpable, auscultación de soplo abdominal o asimetría de pulsos o de tensión arterial entre una extremidad y la contralateral^{4,7}. No obstante, incluso en ausencia de los hallazgos típicos, conviene recordar ante un dolor testicular sin hallazgos a ese nivel que la rotura de una AAA es una etiología posible.

Los casos descritos en la literatura presentaban dolor testicular agudo, de pocas horas de evolución. En la mayoría de ellos, existía estabilidad hemodinámica, sin embargo, presentaban una evidente masa pulsátil en la palpación abdominal. El paciente de nuestro primer caso presentaba un dolor testicular de 2 meses de evolución mientras que en el segundo caso la evolución era de 48 h. Solo el primero de ellos presentaba masa pulsátil palpable en la exploración abdominal, la exploración fue anodina en el segundo. Conviene tener en cuenta que en ocasiones el dolor testicular puede ser un dolor referido por enfermedades a otro nivel y que algunas de ellas pueden tener un pronóstico fatal, como la enfermedad aórtica aguda¹⁰.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Jefferies MT, Cox AC, Gupta A, Proctor A. The management of acute testicular pain in children and adolescents. *BMJ*. 2015;350:h1563.

2. Nienaber CA, Powell JT. Management of acute aortic syndromes. *Eur Heart J*. 2012 Jan;33:26–35.
3. Karthikesalingam A, Holt PJ, Vidal-Diez A, Ozdemir BA, Poloniecki JD, Hinchliffe RJ, et al. Mortality from ruptured abdominal aortic aneurysms: Clinical lessons from a comparison of outcomes in England and the USA. *Lancet*. 2014;383:963–9.
4. Gawenda M, Brunkwall J. Ruptured abdominal aortic aneurysm: The state of play. *Dtsch Arztebl Int*. 2012;109:727–32.
5. Khalil A, Luk T. Ruptured abdominal aortic aneurysm presenting as testicular pain. *BMJ Case Reports*. 2009, bcr08.2008.0614.
6. Sufi PA. A rare case of leaking abdominal aortic aneurysm presenting as isolated right testicular pain. *CJEM*. 2007;9:124–6.
7. Regus S, Apel H, Dankeri P, Lang W. Isolated testicular pain mimicking ruptured abdominal aortic aneurysm in a nonagenarian. *Am J Emerg Med*. 2015;33:1117.
8. Crausman RS, Bravo K. Ruptured abdominal aortic aneurysm masquerading as testicular pain. *Am J Emerg Med*. 1997;15:445.
9. Forsythe RO, Lavin V, Fraser S, McNeill A. Isolated right testicular pain for 6 days: An unusual presentation of occult abdominal aortic aneurysm leak. *Ann R Surg Engl*. 2011:93.
10. McGee SR. Referred scrotal pain: Case reports and review. *J Gen Intern Med*. 1993;8:694.

C.A. Baquer-Sahún^{a,*}, L. Abad-Polo^b, M. Jordán-Domingo^a, M.C. Lahoza-Pérez^c y M.A. Valdivia Grandez^d

^a *Medicina de Familia y Comunitaria, Sector III de Zaragoza, Centro de Salud Delicias Sur, Zaragoza, España*

^b *Medicina de Familia y Comunitaria, Sector Huesca, Centro de Salud Pirineos, Huesca, España*

^c *Servicio de Urgencias, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España*

^d *Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España*

* Autor para correspondencia.

Correio electrónico: cristinabaquer@hotmail.com (C.A. Baquer-Sahún).