

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCION MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

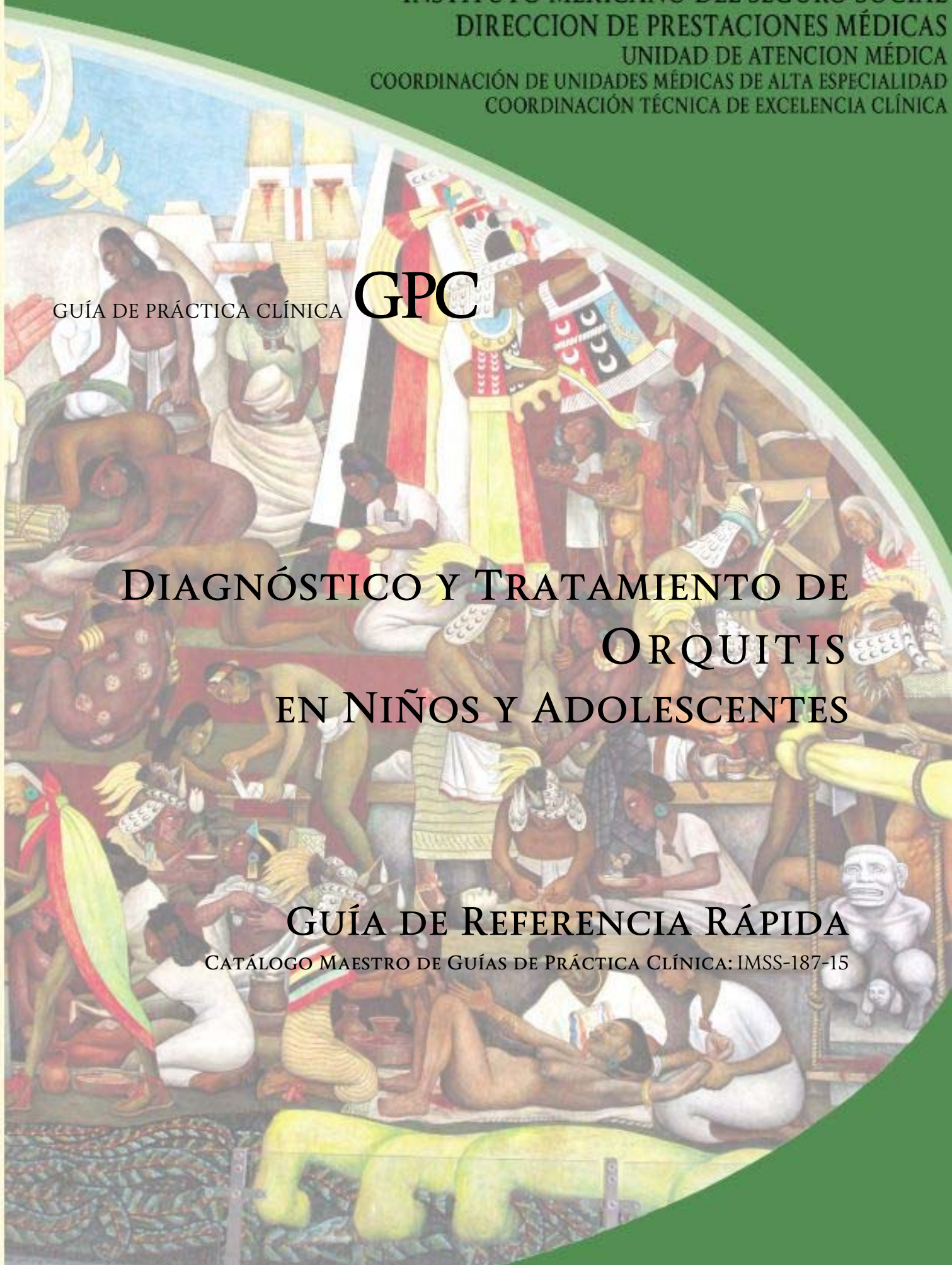
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

GPC

**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE
ORQUITIS
EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-187-15



ÍNDICE

1. Clasificación	3
2. Definición y Contexto.....	4
3. Diagnóstico y Tratamiento de Epididimitis en Niños y Adolescentes.....	5
4. Diagramas de Flujo	12

1. CLASIFICACIÓN

CIE-10: N45X EPIDIDIMITIS Y ORQUITIS

GPC: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ORQUITIS EN
NIÑOS Y ADOLESCENTES

2. DEFINICIÓN Y CONTEXTO

La orquitis es una lesión inflamatoria de uno o ambos testículos, secundaria o, no a un proceso infeccioso, el cual puede ser viral o bacteriano. En niños la mayoría de los casos de orquitis primaria aguda se asocian a infección viral (paperas), la mayoría de los casos de orquitis bacteriana están asociados con epididimitis (orquiepididimitis) y ocurren en adolescentes sexualmente activos mayores de 15 años. Entre las causas de orquitis no infecciosas se encuentran los traumatismos, usos de medicamentos y con menor frecuencia idiopática.

En Estados Unidos de América aproximadamente el 20% de los prepúberes que presentan paperas llegan a desarrollar orquitis. Esta condición se ha vuelto cada vez más común entre los hombres adolescentes y post-púberes que enferman de paperas, situación que se atribuye a que en la última década se ha reducido la aplicación de la vacuna triple viral (sarampión, paperas, rubéola). La orquitis secundaria a paperas se presenta en 4 de 5 casos de hombres prepúberes.

En un estudio prospectivo se encontró que de 50 niños con edades entre 2 meses a 14 años, que se presentaron con dolor escrotal agudo, en 22 niños se detectó orquitis u orquiepididimitis.

En México no se cuenta con estudios epidemiológicos acerca de su incidencia y prevalencia; sin embargo se sabe que la entidad que se diagnostica con más frecuencia es la epididimitis seguida de la orqui-epididimitis y con menor frecuencia la orquitis.

Las complicaciones que se pueden presentar son: cierto grado de atrofia testicular en el 60% de los testículos afectados, trastornos de la fertilidad en el 7% de los casos, la esterilidad se presenta con poca frecuencia cuando la orquitis es unilateral, y en raras ocasiones se puede presentar hidrocele o piocele que, pueden requerir drenaje quirúrgico para aliviar la presión.

3. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE EPIDIDIMITIS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

DIAGNÓSTICO

FACTORES DE RIESGO

Durante el interrogatorio de niños y adolescentes que llegan a la consulta con escroto agudo, se deberá investigar:

- Antecedente de parotiditis
- Antecedentes de aplicación de vacuna triple viral
- Antecedente de infecciones urinarias y respiratorias
- Malformaciones congénitas de la vía urinaria
- Prácticas sexuales de riesgo
- Antecedente de epididimitis

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los síntomas de orquitis se presentan por lo general entre cuarto y séptimo día después de la parotiditis.

Signos y Síntomas

En niños

- Dolor
- Edema
- Eritema escrotal
- Fiebre
- Hiperestesia
- Mialgias
- Náusea
- Cefalea
- Hipodinamia

En adolescentes con vida sexual activa

- Dolor escrotal
- Edema escrotal
- Fiebre

Exploración física

Inspección

- Edema
- Eritema
- Es más frecuente unilateral

Palpación

- Dolor
- Hiperestesia
- Induración testicular
- Elongación del epidídimo
- Tumefacción de una o ambas parótidas (en caso de parotiditis)

Maniobras especiales

- Signo de Prehn positivo (la elevación del escroto alivia el dolor en la orquitis, y lo agrava en la torsión testicular)
- Reflejo cremasteriano presente
- Exploración de parótida

AUXILIARES DIAGNÓSTICOS

El diagnóstico de orquitis es principalmente clínico, se basa en la historia clínica.

A un niño o adolescente con escroto agudo, se debiera realizar historia clínica completa, sin olvidar las maniobras especiales para esta patología

La causa más frecuente de orquitis por edad:

- Niños por infección viral
- Pre-púberes por bacterias coliformes que infectan la vía urinaria
- Adolescentes sexualmente activos, predominantemente se encuentra infección por Chlamidya Trachomatis y N. Gonorrea
- La orquitis bacteriana aislada es muy rara, por lo general se asocia con epididimitis concurrente

A lo largo del tiempo se han usado algunas pruebas diagnósticas que no han demostrado su utilidad en el diagnóstico de Orquitis:

- Examen general de orina.- se encuentra bacteriuria solo en el 1% de las muestras
- Urocultivo.- resulta negativo en más del 90% de los casos, en que se sospecha epididimitis
- Biometría hemática.- en algunas ocasiones puede reportar leucocitos entre 10,000 y 30,000

Como la mayoría de las orquitis en el niño son de etiología viral (paramyxoviridae) no se recomienda solicitar examen general de orina, urocultivo o biometría hemática, porque no son específicos.

Se solicitarán ante sospecha de agente bacteriano o cuando no hay mejoría a criterio del médico tratante

Ultrasonido testicular

El ultrasonido doppler tiene sensibilidad del 63.6-100% y especificidad del 97-100%, que lo hace mejor que el ultrasonido convencional, para el diagnóstico de torsión testicular

El ultrasonido testicular doppler debe ser reservado para pacientes con sospecha de torsión testicular.

- El ultrasonido testicular se realiza solo ante la sospecha de torsión testicular

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En la orquitis el diagnóstico diferencial se hace con:

- Torsión testicular (83% en el primer año de vida)
- Torsión de apéndice testicular (de 3 a 13 años)
- Epididimitis
- Hernia inguinal
- Tumor testicular
- Hidrocele reactivo
- Piocele
- Edema escrotal idiopático
- Trauma testicular

TRATAMIENTO

Los niños con orquitis deben recibir analgésicos, antiinflamatorios, reposo y uso de suspensorio.

El tratamiento de los niños con orquitis no complicada debe ser solo sintomático.

La mayoría de los casos de orquitis, son de origen viral, por lo que no es útil administrar antibiótico.

En niños y adolescentes con orquitis no complicada se recomienda:

- No usar antibiótico
- Analgésico (paracetamol por 7 días)

Medidas generales son:

- Reposo de la actividad física de 7 a 14 días
- Elevación escrotal con uso de suspensorio de 7 a 14 días
- Hielo local o compresa fría 3 veces al día (15 a 20 minutos) de 3 a 5 días
- En el adolescente con orquitis y práctica sexual de riesgo, se recomienda el uso de preservativo hasta el término de tratamiento.

GENERALIDADES DEL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO

El tratamiento antimicrobiano inicial en niños y adolescentes con orquitis que lo ameriten generalmente es empírico.

En los casos de Orquitis que requieran tratamiento antimicrobiano, para la elección del antibiótico se deben tener en cuenta las siguientes condiciones:

- Edad
- Historia sexual
- Antecedente de instrumentación o cateterismo vesical reciente
- Malformaciones del tracto urinario

El antimicrobiano de primera elección, en los casos que se considere necesario su uso será:

- El que no presente resistencia antimicrobiana local
- En su defecto el que presente menor resistencia antimicrobiana
- Elegir el que menos efectos secundarios tenga reportados

Para elegir el antimicrobiano adecuado, es indispensable conocer la flora bacteriana y la resistencia antimicrobiana local (de la comunidad y la nosocomial).

TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO

En niños con orquitis, el tratamiento antimicrobiano temprano, se reserva para pacientes que presentan piuria o se cuenta con urocultivo positivo.

El tratamiento antimicrobiano inicial en niños y adolescentes con Orquitis generalmente es empírico.

En adolescentes con orquitis y prácticas sexuales de riesgo el tratamiento antimicrobiano inicial será para *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*:

- Ceftriaxona o Azitromicina (dosis única), continuar con Doxiciclina durante 14 días
- Analgésico (paracetamol por dos semanas)

Ante la falta de respuesta favorable, se podrá indicar alguna quinolona como levofloxacina por 10 o 14 días

En niños y adolescentes sin práctica sexual se recomienda:

- Trimetoprima/Sulfametoxazol por 10 a 14 días

* Siempre y cuando no presente alta resistencia bacteriana local. Algunos estudios han encontrado que la resistencia antimicrobiana para Trimetoprima/Sulfametoxazol es superior al 50%.

Cuando Trimetoprima/Sulfametoxazol no es buena opción, se puede indicar alguno de los siguientes antimicrobianos:

- Amoxicilina
- Amoxicilina/ácido clavulánico
- Ceftriaxona
- Amikacina
- Cefuroxima
- Ceftriaxona
- Amikacina

Se recomienda la administración del antimicrobiano por un periodo de 10 a 14 días

Considerar lo siguiente antes de indicar un antimicrobiano en niños:

- Las quinolonas están contraindicadas en niños debido a sus efectos sobre el cartílago de crecimiento

- El uso de la doxiciclina en niños deberá justificarse plenamente, es decir que no exista otra opción de antimicrobiano, debido a la posibilidad de producir manchas permanentes en los dientes
- La o las parejas sexuales de los últimos 2 meses, de adolescentes con orquitis, deben recibir el mismo tratamiento farmacológico.

COMPLICACIONES

- Las alteraciones inflamatorias crónicas en los túbulos seminíferos interrumpen el proceso normal de espermatogénesis y alteran el número y calidad de los espermatozoides
- En la orquitis se puede encontrar atrofia testicular en el 30 a 60 % de los casos.
- La infertilidad es reportada en el 7 al 13% de los casos, la incidencia es baja por ser en su mayoría unilateral
- En algunas ocasiones la orquitis puede asociarse con hidrocele o piocele, mismos que generalmente requieren tratamiento quirúrgico para disminuir la presión de la túnica.

REFERENCIA A SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

- Los niños y adolescentes con sospecha de torsión testicular se enviarán a segundo o tercer nivel de atención, que cuente con urólogo. Con carácter de "Urgente"
- Se recomienda realizar adecuada anamnesis del dolor escrotal que se presenta en forma aguda, porque en niños la primera causa de dolor escrotal es la hernia inguino-escrotal complicada y después la torsión testicular, Aunque estos pueden encontrarse en presencia de orquitis y orquiepididimitis.
- El niño con orquitis que no presenta buena respuesta al tratamiento inicial, deberá enviarse a valoración por el urólogo o el pediatra con experiencia en estos padecimientos.

VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

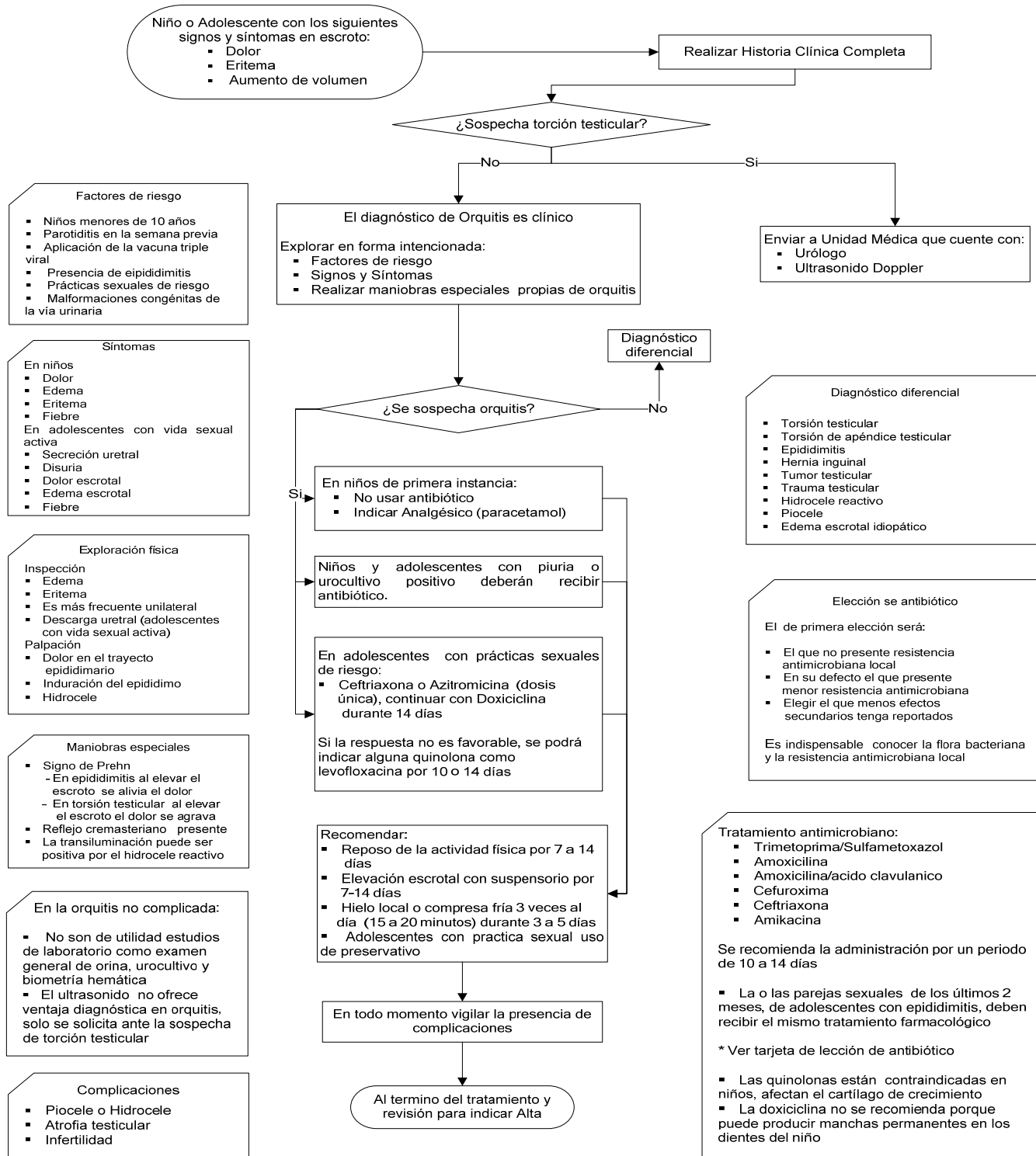
- Las complicaciones en orquitis aguda se asocian al bajo apego al tratamiento, por lo que se debe explicar al paciente la importancia de tomar el tratamiento farmacológico completo en el horario indicado, Además de apegarse al tratamiento no farmacológico
- La orquitis por parotiditis, en la mayoría de los casos se resuelve espontáneamente entre 3 y 10 días.
- La orquitis bacteriana con una cobertura antibiótica apropiada, se resuelve la mayoría de las veces sin complicaciones
- El cuadro agudo de la orquitis se resuelve entre 5 y 10 días, el dolor escrotal puede persistir hasta por 30 días

Se recomienda además:

- Los niños se valorarán cada 7 días, hasta su alta. Podrán acudir al Servicio de Urgencias en caso necesario.
- Los adolescentes con orquitis por enfermedad de transmisión sexual se valorarán a los 14 días, con resultado de cultivo uretral y cita abierta al Servicio de Urgencias.
- Los niños y los adolescentes con antecedente de cateterismo se valorarán en 14 días y podrán acudir al Servicio de Urgencias en caso necesario

4. DIAGRAMAS DE FLUJO

Diagnóstico y Tratamiento de Orquitis en Niños y Adolescentes



Durango 289- 1A Colonia Roma
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.
Página Web: www.imss.gob.mx

Publicado por Instituto Mexicano del Seguro Social

© Copyright Instituto Mexicano del Seguro Social “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General

Coordinación Técnica de Excelencia Clínica

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

ISBN en trámite