

Incidencia y manejo farmacológico e invasivo de la orquialgia crónica en el Servicio de Urología del Hospital Central Militar

Mayor M.C. Julio César **López-Silvestre**,* Mayor M.C. Alejandro **Arias-Zapien****

Servicio de Urología del Hospital Central Militar. Ciudad de México.

RESUMEN

Introducción. La orquialgia crónica o dolor testicular crónico se define como el dolor testicular intermitente que dura tres o más meses afectando las actividades diarias del paciente hasta llevarlo a buscar atención médica. Algunos autores reportan que en 25% de los casos de orquialgia no se logra identificar una etiología específica.

Métodos. Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo, de pacientes con diagnóstico de orquialgia crónica en la Consulta Externa de Urología del Hospital Central Militar durante el año 2004. Se registraron 63 pacientes (0.41% de todos los pacientes atendidos), encontrándose un probable subregistro del diagnóstico.

Resultados. El grupo de edad predominante fue el de entre los 15-30 años, con diagnósticos principales el síndrome de dolor pélvico crónico y la epididimitis. La localización más frecuente fue bilateral, con intensidad leve de la escala visual numérica al momento de la valoración inicial. Las intervenciones terapéuticas disminuyeron la intensidad del dolor hasta valores de 0 de la misma escala, con un tiempo de resolución predominante entre seis y 18 meses entre los pacientes sin el SDPC.

Conclusión. No se observó incapacidad laboral importante aparente. Se propone un flujograma para la sistematización del manejo en estos pacientes.

Palabras clave: dolor testicular, orquialgia crónica, orquialgia.

Incidence and pharmacological and invasive handling of the chronic orchialgia in Urology Service of the Hospital Central Militar

SUMMARY

Introduction. The chronic orchialgia or chronic testicular pain is defined as the intermittent testicular pain that lasts three or more months affecting the daily patient's activities until look for medical attention. Some authors report that in 25% of the cases of orchialgia it is not possibly to identify a specific etiology.

Method. A descriptive, longitudinal, prospective study was made, of patients with diagnosis of chronic orchialgia in Urology External Consultation of the Hospital Central Militar during year 2004. 63 patients were registered (0.41% of all the attended patients), finding a probable subregistry of the diagnosis.

Results. The predominant age group is between 15-30 years, with main diagnoses of chronic pelvic pain syndrome and epididymitis. The most frequent location was bilateral, with slight intensity of the numerical visual scale at the time of initial valuation. Therapeutic interventions diminished the pain intensity until values 0 of the same scale, with a time of predominant resolution between six and 18 months in patients without CPPS.

Conclusion. Apparent important labor incapacity was not observed. We propose a flow chart for the systematization of the handling in these patients.

Key words: Testicular pain, chronic orchialgia, orchialgia.

Introducción

Los pacientes con dolor crónico representan un dilema de manejo en la práctica médica en general, especialmente los casos en los que no se logra identificar una etiología específica.¹

El dolor testicular crónico u orquialgia crónica se define como el dolor testicular constante o intermitente, uni o bila-

teral, que dura tres meses o más y que interfiere en forma significativa con las actividades diarias del paciente de tal manera que lo llevan a buscar atención médica.² Las causas específicas de orquialgia crónica incluyen procesos infecciosos como las uretritis y prostatitis, tumores testiculares, hernias inguinales, hidrocele, espermatocele, varicocele, dolor referido, traumatismos, torsión testicular intermitente, prostatodinia/prostatitis no bacteriana y disfunción neuromuscu-

*Alumno de 3er año del Curso de Especialización y Residencia en Urología, Escuela Militar de Graduados de Sanidad, México, D.F. **Urólogo adscrito al Servicio de Urología del Hospital Central Militar, México, D.F.

Correspondencia:

Dr. Julio César López-Silvestre

Hospital Central Militar, Blvd. Manuel Ávila Camacho Esq. Ejército Nacional s/n, Del. Miguel Hidalgo, México, D.F. C.P. 11200.

Recibido: Febrero 14, 2007.

Aceptado: Agosto 21, 2007.

lar del piso pélvico (dolor genital crónico). Algunos autores reportan que hasta 25% de los casos de orquialgia crónica no cuentan con una causa específica identificada.^{1,3}

El dolor originado en los testículos y epidídimo está mediado por fibras somáticas y autonómicas que acompañan a los vasos espermáticos internos. Estas fibras cursan en la rama genital del nervio genitofemoral y en el nervio ilioinguinal.¹ Las fibras somáticas de las capas parietal y visceral de la túnica vaginal y cremáster cursan por la rama genital del nervio genitofemoral hacia L1 y L2. Otras terminaciones nerviosas somáticas cursan desde la túnica vaginal y la piel escrotal por los nervios escrotales posteriores (S2 y S3). Los testículos reciben innervación simpática desde su descenso por los segmentos T10 a T12. Estos nervios acompañan a los vasos espermáticos internos. Después de penetrar la túnica albugínea se distribuyen en el interior del testículo entre los túbulos seminíferos. La principal función de estos nervios parece ser la innervación arterial y la estimulación del músculo liso de la túnica albugínea, aunque las terminaciones aferentes nociceptivas viajan desde los testículos por el plexo simpático para revestir la arteria y vena testicular y terminar en los segmentos toracolumbares.^{3,4}

Es sabido que el dolor en el escroto o su contenido puede ser referido prácticamente de cualquier otro sitio. Puede ser referido a los segmentos somáticos superficiales ya sea desde vísceras o estructuras somáticas profundas con la misma innervación segmentaria, siendo la litiasis ureteral de tercio medio e inferior la causa más común de dolor referido al escroto. Este dolor puede referirse a los testículos (específicamente a la túnica vaginal), pero usualmente existe una referencia asociada hacia la ingle y algunas veces a la piel sobre el triángulo femoral. Este dolor se debe a la estimulación ureteral esplácnica (L1-L2) en el mismo segmento somático vía la rama genital del nervio genitofemoral.^{3,5} Otras causas de orquialgia referida son las radiculitis, las lesiones degenerativas de columna lumbar o torácica baja, las neuropatías por compresión de los nervios ilioinguinal o genitofemoral, tendinitis a nivel de la inserción del ligamento inguinal al tubérculo del pubis o bien hernias inguinales indirectas que irriten la rama genital del nervio genitofemoral.^{1,2,6} Otras causas raras de dolor referido son los aneurismas de la arteria ilíaca común o de la aorta, además de la fibrositis glútea.³

En la evaluación inicial de los pacientes con orquialgia crónica debe realizarse una historia clínica y exploración física completas. La historia clínica debe, además de incluir los datos elementales, considerar el modo de inicio, localización y duración del dolor, actividades que lo desencadenan (ejercicio, actividad sexual, eyaculación, manejar largas jornadas, etc.), parámetros socioeconómicos y psicosociales, sintomatología urológica asociada de cualquier tipo, existencia o no de algún tipo de disfunción sexual, urolitiasis, sintomatología urinaria obstructiva baja, cirugías previas, incontinencia o disuria. La queja es generalmente de un dolor vago en los testículos, como si se hubiese recibido un traumatismo directo recientemente, con presenta-

ción bilateral alternante, intermitente, asociado en ocasiones a dolor lumbar bajo y a veces relacionado con alguna actividad en especial.^{1,3,7} El dolor escrotal no es sinónimo de patología escrotal, por lo que cuando no es posible realizar el diagnóstico mediante la exploración física y la historia clínica se recurre a los estudios de laboratorio, gabinete y a los estudios especiales, todos orientados de acuerdo a los hallazgos.^{1,7,8}

El manejo de los pacientes con dolor genital crónico es complejo. Algunos de estos pacientes típicamente cursan con ansiedad, se encuentran tensos y con frecuencia preocupados por la posibilidad de ser portadores de alguna patología grave. Habitualmente ya han sido multitratados sin lograr resultados positivos.³

Manejo médico

Al considerar las opciones de tratamiento en los pacientes con orquialgia crónica, debe iniciarse con las opciones no quirúrgicas. Se recomienda el uso de suspensorio y la modificación de hábitos posturales y del patrón de ejercicio. Se utilizan agentes antibióticos, antiinflamatorios, analgésicos o bien una combinación de éstos. Si el examen de orina y cultivo documentan un proceso infeccioso, debe darse tratamiento específico. En los pacientes con exploración física negativa y ultrasonido normal, se recomienda un ciclo de antibióticos y antiinflamatorios/analgésicos durante 14 a 28 días (aún con cultivos negativos), prefiriéndose antibióticos del grupo de las tetraciclinas (para tener cobertura contra ureaplasma o *Chlamydia*) o quinolonas. Los pacientes que no presentan mejoría con el ciclo de tratamiento antes descrito se someten a un bloqueo de cordón espermático con una mezcla de 6 mL de bupivacaína al 0.5% (5 mg/mL) con 1 mL de metilprednisolona (40 mg/mL). Este procedimiento se considera terapéutico y a la vez diagnóstico, ya que los casos de orquialgia referida no mejorarán con el bloqueo. El bloqueo de cordón espermático puede repetirse para asegurar una adecuada infiltración. Los pacientes que responden al bloqueo pueden ser manejados en forma expectante. Los pacientes que no tienen una respuesta adecuada al bloqueo, sin lograrse mejoría del cuadro doloroso, deben estudiarse y descartar la presencia de orquialgia referida, así como considerar la posibilidad de un esquema de prueba de antidepresivos tricíclicos. Puede iniciarse con dosis bajas por las noches y modificar de acuerdo con la tolerancia. La amitriptilina parece tener ventajas sobre los otros antidepresivos en el manejo de los pacientes con dolor crónico. Los pacientes con una respuesta temporal al bloqueo, pero que reinciden en la sintomatología dolorosa, son candidatos a sesiones de estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) por un lapso de 1-3 meses o bien a bloqueo nervioso del plexo pélvico guiado por ultrasonido transrectal. Respecto a esta última opción se reporta que el bloqueo nervioso periprostático con anestésico local y esteroides en la región del plexo pélvico (anterior al recto en la unión prostatovesical) es de utilidad en el manejo de la orquialgia crónica. Este plexo proporciona en ocasiones la iner-

vacación simpática y parasimpática a los testículos más que el plexo pélvico. La localización de estos nervios puede explicar la asociación entre dolor testicular e inflamación prostática o estados postoperatorios. Ocasionalmente, la tendinitis causada por la inserción del ligamento inguinal en el tubérculo del pubis puede enmascarse como dolor testicular.¹

Manejo quirúrgico

Cuando el manejo médico no resuelve el cuadro clínico, o si el paciente tiene una patología quirúrgica evidente, debe considerarse el tratamiento quirúrgico para control del dolor. A este respecto, es importante que el paciente se encuentre conciente de que la cirugía no garantiza el adecuado control sintomático y que antes de la decisión quirúrgica se ha ofrecido tratamiento médico adecuado.⁷ Las opciones quirúrgicas para el tratamiento de la orquialgia crónica incluyen los procedimientos correctivos de patologías específicas como son: cura de varicocele, cura de hidrocele, orquidopexia, vaso-vaso-anastomosis e inclusive la remoción de material de sutura no absorbible en orquialgias postoperatorias.⁷ Para los casos de orquialgia de etiología no específica, muchos urólogos prefieren la epididimectomía como tratamiento quirúrgico inicial, especialmente cuando el dolor parece estar localizado en esta estructura, el paciente tiene una historia clínica compatible y prefiere un procedimiento conservador del testículo. Otros autores han encontrado que hasta el 90% de pacientes tratados con epididimectomía han requerido posteriormente de orquiectomía para alivio de los síntomas, recomendando ésta última opción como la inicial si se considera tratamiento quirúrgico. Los mismos autores observaron una tasa de éxito en alivio sintomático superior de la orquiectomía por vía inguinal (73%) respecto al abordaje escrotal (55%). Lo anterior probablemente relacionado con la liberación inadvertida de atrapamientos de los nervios ilioinguinal o genitofemoral en la región inguinal.^{1,2} Algunos otros reportes no son tan alentadores respecto al éxito terapéutico de la orquiectomía, encontrándose hasta 80% de persistencia del dolor de intensidad importante.^{1,9} Debido a que la orquiectomía es un procedimiento irreversible y con una respuesta no predecible, se recomienda evitarla. Una alternativa propuesta por Choa y Levine^{10,11} es la denervación testicular microscópica. Para disecar la totalidad de nervios de los testículos, la fascia del cordón debe incidirse y separarse la adventicia del conducto deferente, arterias y venas más de 2 cm. Con este procedimiento se dividen las ramas terminales del nervio genitofemoral. Los autores reportan 100% de éxito, con remisión completa y permanente de la sintomatología en los pacientes sometidos a este procedimiento.^{10,11} Otros autores (Cadeddu y cols.,¹²) han descrito y evaluado la eficacia de la denervación testicular laparoscópica como una alternativa conservadora del testículo y mínimamente invasiva. A través de tres puertos, los vasos gonadales se aíslan en forma circunferencial y se dividen cefálicamente al conducto deferente y su vasculatura. Se ha reportado una mejoría significativa del

dolor en 71% de los casos. Además, si esta opción terapéutica falla puede procederse con la orquiectomía. La denervación quirúrgica microscópica del testículo debe ser precedida por un bloqueo del cordón (cuya importancia no debe ser subestimada), no solo para verificar que el dolor es de origen testicular y no referido, sino también como factor pronóstico del éxito quirúrgico.¹⁰⁻¹² Debe insistirse en que el dolor puede no remitir total ni permanentemente.¹¹

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo de los pacientes con diagnóstico de orquialgia crónica captados en la Consulta Externa de Urología del Hospital Central Militar del 1/o. de enero del 2004 hasta el 30 de abril del 2005.

Criterios de selección:

1. Criterios de inclusión:

- a) Pacientes con orquialgia crónica (definida por la presencia de dolor testicular constante o intermitente, unilateral o bilateral que dura tres meses o más, y que interfiere en forma significativa con las actividades diarias del paciente de tal manera que lo lleven a buscar atención médica).

Criterios de exclusión:

- a) Pacientes con orquialgia de menos de tres meses de evolución.
- b) Pacientes con factor obstructivo infravesical identificado. (Hiperplasia prostática obstructiva o estenosis uretral).

Se registraron las siguientes características en los pacientes captados:

1. Escala del dolor en exploración inicial (escala visual numérica).¹³
2. Dolor unilateral o bilateral.
3. Tiempo de evolución al momento de la exploración inicial.
4. Diagnóstico clínico.
5. Tratamientos recibidos (médico, bloqueo, quirúrgico) y respuesta al mismo.
6. Incapacidad funcional (excepciones).
7. Diagnóstico final o actual.
8. Tiempo de resolución o mejor respuesta.
9. Se realizó ultrasonido inguinoescrotal con medición de flujos Doppler en todos los pacientes.

Se dio tratamiento específico a los pacientes con etiología comprobada de la orquialgia, médico o quirúrgico.

Los pacientes sin una patología específica causante de la orquialgia o con sospecha de una causa inflamatoria agre-

gada, recibieron un ciclo de prueba a base de antimicrobianos, medidas generales y antiinflamatorios no esteroideos bajo el siguiente esquema:

1. Ciprofloxacina 250 mg vía oral cada 12 horas por dos semanas.
2. Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 10 días.
3. Diclofenaco 100 mg vía oral cada 12 horas por dos semanas.
4. Restricción de actividades físicas que impliquen esfuerzo por un lapso de dos semanas.

Posterior al ciclo de tratamiento específico o de prueba, los pacientes que persistieron con dolor de intensidad igual o mayor a 4 de la escala visual numérica y que causaba discapacidad funcional en sus actividades de la vida diaria, se sometieron a un bloqueo diagnóstico/pronóstico del cordón espermático (nervios ilioinguinal y la rama genital del genitofemoral) con 6 mL de bupivacaína al 0.5% (30 mg) + 1 mL de metilprednisolona (40 mg) con la siguiente técnica:

1. Se coloca al paciente en posición supina, con las rodillas ligeramente flexionadas (puede colocarse una almohada bajo las mismas).
2. Se identifica por palpación el tubérculo del pubis.
3. Se palpa el cordón espermático con la mano no dominante.
4. Se realiza antisepsia de la zona a puncionar.
5. Se punciona en un punto lateral al tubérculo del pubis con una aguja 25 g dirigiéndola en un ángulo oblicuo hacia la sínfisis del pubis.
6. Se inyecta el anestésico en el cordón a este nivel, dirigiendo la aguja en abanico con ángulos ligeramente diferentes.

En todos los casos, los pacientes fueron valorados nuevamente dos a cuatro semanas después de las intervenciones terapéuticas (tratamiento médico, tratamiento quirúrgico o bloqueo del cordón espermático).

A los pacientes que persistieron con dolor de intensidad suficiente como para limitar las actividades de la vida diaria, pero que tuvieron mejoría con el bloqueo, se les propuso realizar una exploración inguinal, con el propósito de realizar denervación quirúrgica de cordón espermático, epididimectomía u orquiectomía según el caso.

En los pacientes que no mejoraron con el bloqueo, se consideró hacer énfasis en la búsqueda de una causa de dolor referido.

Al término del estudio se propuso un flujograma de manejo de los pacientes con orquialgia crónica de acuerdo a lo mencionado en antecedentes (literatura) y a las observaciones realizadas.

Resultados

De los 15,025 pacientes atendidos en el año 2004 en la Consulta Externa de Urología del Hospital Central Militar,

se identificaron un total de 63 pacientes con orquialgia crónica, estimándose una incidencia de 0.41%.

El *cuadro 1* se puede observar la distribución de la frecuencia de orquialgia crónica por grupos de edad.

La localización bilateral fue la más común, seguida por el lado izquierdo (*Cuadro 2*).

El tiempo de evolución del dolor testicular durante la valoración inicial de este estudio fue predominantemente de tres a seis meses (*Cuadro 3*).

Se obtuvieron varias etiologías durante la valoración inicial, las cuales se presentan en el *cuadro 4*.

Con respecto a la intensidad en forma global, se observó que la mayor parte de los pacientes se ubicaban en la categoría de dolor leve (*Cuadro 5*).

De acuerdo con cada diagnóstico, la intensidad en la valoración inicial se presenta en los *cuadros 6-10*.

Los 20 pacientes con diagnóstico inicial de orquialgia crónica por epididimitis, recibieron tratamiento médico con un ciclo de antiinflamatorios y antimicrobianos, cursando con mejoría (*Cuadro 11*).

La mejoría en la intensidad del dolor fue sólo temporal en 50% de los pacientes (10 pacientes), ya que la sintomatología recurrió al término del tratamiento. Estos pacientes fueron sometidos a un bloqueo diagnóstico/pronóstico del cordón espermático con la técnica ya descrita y teniéndose buena respuesta (*Cuadro 12*).

La disminución de la sintomatología dolorosa persistió entre 2-4 semanas en 80% de los pacientes, siendo mayor de cuatro semanas en un paciente y sin identificarse respuesta al bloqueo en otro paciente (no mejoró).

Todos los pacientes sometidos a bloqueo del cordón espermático presentaron recurrencia del dolor en los lapsos comentados; de éstos: dos pacientes persistieron con dolor muy leve y optaron por la vigilancia; un paciente tuvo el diagnóstico de SDPC y se encuentra en tratamiento del mismo; y siete pacientes fueron sometidos a tratamiento quirúrgico mediante exploración inguinoescrotal con los siguientes hallazgos (*Cuadro 13*):

Después del tratamiento quirúrgico de los pacientes comentados en el apartado anterior, la intensidad del dolor se representa en el *cuadro 14*.

De los 12 pacientes con diagnóstico de varicocele, se observó la respuesta (*Cuadro 15*) cuatro semanas después del tratamiento médico.

Posterior al tratamiento médico en los pacientes con diagnóstico de varicocele, hubo recurrencia de la sintomatología dolorosa en los siguientes lapsos: tres pacientes a las cuatro semanas, un paciente a los tres meses, tres pacientes a los cuatro meses, un paciente a los seis y otro a los nueve meses.

Ante la recurrencia de la sintomatología dolorosa en todos los pacientes, con similar intensidad a la previa, se propuso tratamiento quirúrgico para resolver el varicocele: dos pacientes no aceptaron debido a que manifestaron sintomatología mínima que se mantenía estable sólo con síntomas (intensidad 1); el resto fue sometido a cura de varicocele.

Cuadro 1.

Grupo de edad (Años)	Frecuencia (No. de pacientes)
15-30	35
31-45	25
46-60	03

Cuadro 2.

Localización	Frecuencia (No. de pacientes)
Bilateral	27
Izquierda	21
Derecha	15

Cuadro 3.

Evolución (Meses)	Frecuencia (No. de pacientes)
3-6	27
7-12	17
13-18	3
19-24	5

Cuadro 4.

Diagnóstico	Frecuencia (No. de pacientes)
SDPC	26
Epididimitis	20
Varicocele	12
Quiste de epidídimo	7
Hidrocele	2
Hipotrofia	1

Cuadro 5.

Categoría (Escala visual numérica)	Frecuencia (No. de pacientes)
Nulo (0)	0
Leve (1-3)	46
Moderado (4-6)	16
Fuerte (7-10)	1

Cuadro 6. Epididimitis.

Categoría (Escala visual numérica)	Frecuencia (No. de pacientes)
Nulo (0)	0
Leve (1-3)	8
Moderado (4-6)	11
Fuerte (7-10)	1

Cuadro 7. Varicocele.

Categoría (Escala visual numérica)	Frecuencia (No. de pacientes)
Nulo (0)	0
Leve (1-3)	7
Moderado (4-6)	5
Fuerte (7-10)	0

Cuadro 8. Quiste de epidídimo.

Categoría (Escala visual numérica)	Frecuencia (No. de pacientes)
Nulo (0)	0
Leve (1-3)	6
Moderado (4-6)1	1
Fuerte (7-10)	0

Cuadro 9. Hidrocele.

Categoría (Escala visual numérica)	Frecuencia (No. de pacientes)
Nulo (0)	0
Leve (1-3)	1
Moderado (4-6)	1
Fuerte (7-10)	0

Cuadro 10. Hipotrofia testicular.

Categoría (Escala visual numérica)	Frecuencia (No. de pacientes)
Nulo (0)	0
Leve (1-3)	1
Moderado (4-6)	0
Fuerte (7-10)	0

Cuadro 11.

Categoría (Escala visual numérica)	Frecuencia (No. de pacientes)
Nulo (0)	0
Leve (1-3)	15
Moderado (4-6)	5
Fuerte (7-10)	0

Cuadro 12.

Categoría (Escala visual numérica)	Frecuencia (No. de pacientes)
Nulo (0)	3
Leve (1-3)	7
Moderado (4-6)	0
Fuerte (7-10)	0

Cuadro 13.

Procedimiento	Frecuencia (No. de pacientes)
Esqueletización del cordón espermático y reparación de hernia inguinal	4
Esqueletización del cordón espermático Por operarse	1 2

Cuadro 14.

Categoría (Escala visual numérica)	Frecuencia (No. de pacientes)
Nulo (0)	2
Leve (1-3)	1
Moderado (4-6)	2
Fuerte (7-10)	0

Cuadro 15.

Categoría (Escala visual numérica)	Frecuencia (No. de pacientes)
Nulo (0)	2
Leve (1-3)	9
Moderado (4-6)	1
Fuerte (7-10)	0

Cuadro 16.

Categoría (Escala visual numérica)	Frecuencia (No. de pacientes)
Nulo (0)	2
Leve (1-3)	7
Moderado (4-6)	1
Fuerte (7-10)	0

Cuadro 17.

Categoría (Escala visual numérica)	Frecuencia (No. de pacientes)
Nulo (0)	1
Leve (1-3)	6
Moderado (4-6)	0
Fuerte (7-10)	0

le, con los siguientes resultados a las ocho semanas, estando pendiente de valoración postoperatoria dos pacientes y de valorar si aceptan bloqueo del cordón otros dos pacientes por la persistencia de dolor de intensidad 3-4 (*Cuadro 16*).

Los siete pacientes con diagnóstico de quiste de epidídimo (cinco del lado derecho y dos del lado izquierdo), recibieron también un ciclo de tratamiento médico, encontrando la siguiente respuesta a las cuatro semanas (*Cuadro 17*).

Ante la persistencia de dolor leve y moderado en los pacientes con quistes después de tratamiento médico, un paciente aceptó tratamiento quirúrgico (resección de quiste del epidídimo), cursando a los tres meses con intensidad de 2. Otros dos pacientes aceptaron la realización de bloqueo del cordón espermático, cursando asintomáticos (dolor nulo) a las cuatro y ocho semanas respectivamente.

De los dos pacientes con diagnóstico de hidrocele, ninguno aceptó tratamiento quirúrgico debido a que a los cuatro meses después de tratamiento médico la intensidad de la orquialgia persistía en 1.

El paciente con hipotrofia testicular tuvo mejoría sintomática mínima con el tratamiento médico, sometiéndose a tratamiento quirúrgico y cursando asintomático a las ocho semanas.

Las complicaciones que se tuvieron durante el desarrollo de este trabajo fueron en cuatro pacientes, como a continuación se especifica: un hematoma leve posbloqueo de cordón espermático; tres hematomas postexploración inguinoescrotal. Todos resueltos sin secuelas sólo con tratamiento médico.

Discusión

La orquialgia crónica es una entidad poco frecuente según lo observado en nuestro grupo de estudio, encontrándose 63 casos de un total de 15,025 consultas anuales de la especialidad, lo que corresponde al 0.41%. El resultado anterior puede verse influenciado por un subregistro de este diagnóstico, ya que no disponemos de datos en la literatura.

El grupo de edad con mayor incidencia de orquialgia crónica fue el de 15-30 años, constituyendo 55% de todos los casos. Los diagnósticos más frecuentes fueron el SDPC (41%) y la epididimitis (31%), que se correlacionan con el grupo de edad con mayor incidencia de la patología.

Respecto a la localización, la presentación bilateral fue la predominante, con 43% de los casos, seguido de la izquierda (33%) y de la derecha (24%). Lo anterior se correlaciona con los diagnósticos ya mencionados (SDPC en primer lugar).

Un total de cinco pacientes sin diagnóstico específico no respondieron adecuadamente al manejo conservador y se sometieron a exploración inguinoescrotal, encontrándose en todos una hernia inguinal subclínica.

La intensidad del dolor en su presentación inicial fue leve (1-3 de la escala visual numérica del dolor), encontrándose a 73% de los pacientes en este grupo. Lo anterior coincide con lo descrito en la literatura respecto a que se trata de un dolor vago, como después de un traumatismo reciente.

Después de las intervenciones terapéuticas establecidas se observó un cambio significativo en la intensidad del dolor, registrándose la mayoría de los pacientes entre los valores de dolor nulo (0) o leve (1-3 de la escala del dolor).

Haciendo el análisis por diagnósticos, la recurrencia del dolor testicular después del tratamiento médico fue

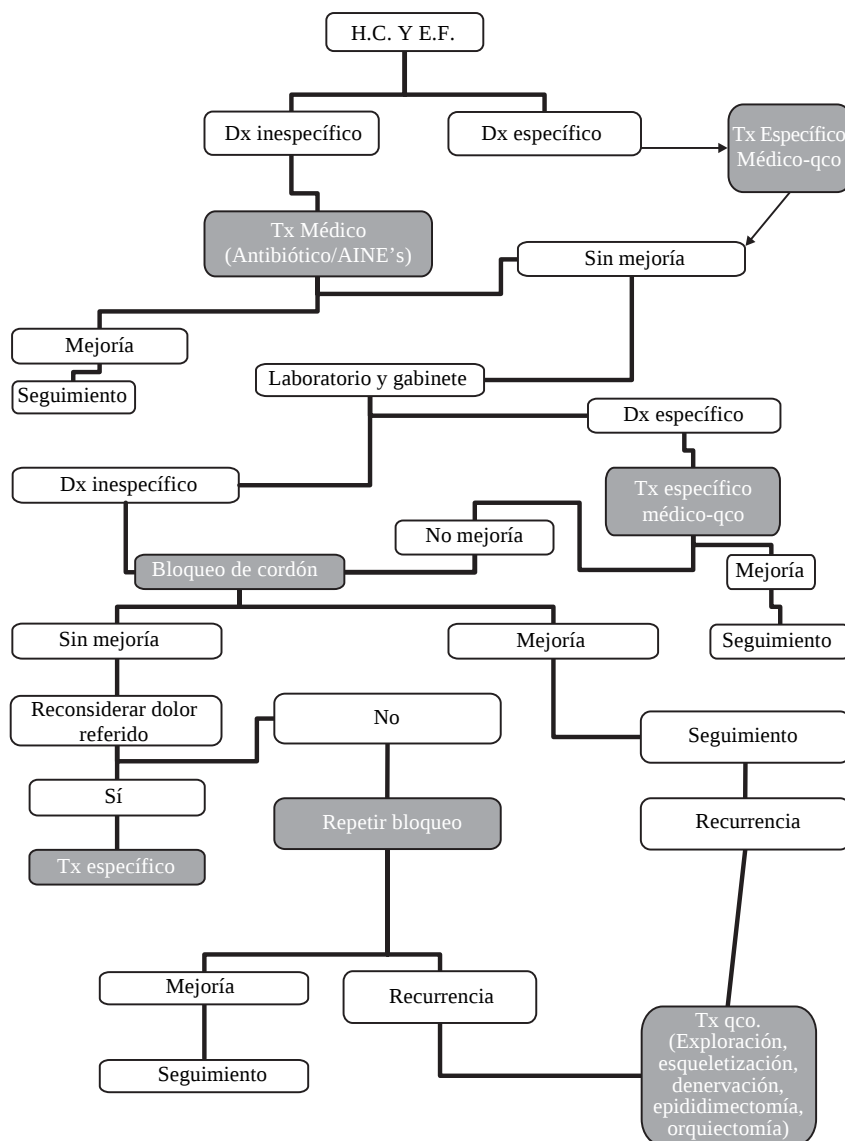


Figura 1. Flujograma de manejo de pacientes con orquialgia crónica.

de 50% para los pacientes con diagnóstico de epididimitis, 100% para los de varicocele, 42% para los de quiste de epidídimo y sin recurrencia hasta la última valoración para los pacientes con hidrocele y con hipotrofia (operado de orquiectomía y prótesis). Lo anterior en un lapso apenas superior a la duración del tratamiento.

De los pacientes que recurrieron, requirieron de bloqueo del cordón espermático el 100% de los de epididimitis, ninguno de los de varicocele, 28% de los de quiste de epidídimo y ninguno de los de hidrocele y de hipotrofia. La duración habitual del efecto analgésico del bloqueo fue de cuatro semanas, oscilando desde la respuesta nula al mismo hasta una duración de cinco meses. Posterior a la recurrencia se sometieron a tratamiento quirúrgico mediante exploración inguinoescrotal un total de siete pacientes, realizándose esqueletización del cordón en los siete y plástica inguinal por hallazgo de hernia en cinco. Su respuesta a

las cuatro semanas fue de dos pacientes sin dolor, uno con dolor leve, dos con dolor moderado y dos más pendientes de valorarse en el postoperatorio.

De los pacientes con varicocele, aceptaron cirugía sólo 10, disminuyendo discretamente la orquialgia en 50%, desapareciendo en 20% y manteniéndose sin cambios importantes en 30% (pendientes de valorar bloqueo del cordón postoperatorio).

Se tuvo un porcentaje de resolución de la sintomatología de menos de 50%, ya que persisten con síntomas y en tratamiento por SDPC, en vigilancia postoperatoria o se encuentran pendientes de revaloraciones el resto. En los casos en los que se tuvo resolución de la sintomatología, el tiempo promedio de la misma fue de 6-18 meses para 40% de los pacientes, aunque se observó también que en 30% fue de más de 24 meses.

A pesar de la sintomatología no se registraron muchas excepciones, ya que se relacionaron con las intervencio-

nes terapéuticas realizadas (dos semanas para el tratamiento médico, una semana para el bloqueo del cordón y dos semanas para el tratamiento quirúrgico).

Referencias

1. Masarani M, Cox R. The aetiology, pathophysiology and management of chronic orchialgia. *BJU International* 2003; 91(5): 435.
2. Davis BE, Noble MJ, Weigel JW, et al. Analisis and management of chronic testicular pain. *J Urol* 1990; 143: 936-9.
3. Kursh ED, Schover LR. The dilemma of chronic genital pain. *AUA Update Series. Lesson 37. Vol. XVI. 1997: 290-5.*
4. Zorn B, Rauchenwald M, Steers WD. Periprostatic injection of local anaesthesia for relief of chronic orchialgia. *J Urol* 1994; 151: 411, A 735.
5. Brown FR. Testicular pain; its significance and localization. *Lancet* 1994; 1: 994-5.
6. Holland JM, Feldman JL, Gilbert HC. Phantom orchialgia. *J Urol* 1994; 152: 2291-3.
7. Davis BE, Noble MJ, Weigel JW. Analysis and Management of Chronic Orchialgia. Lesson 2. Vol. XI. *AUA Update Series*; 1992, p. 10-15.
8. Walsh PC, Retik AB, Wein AJ. "Chronic orchialgia". In: *Campbell's Urology. 8th. Chap. 44. Ed. Saunders; 2002, p. 1582-3.*
9. Costabile RA, Hahn M, McLeod DG. Chronic orchialgia in the pain prone patient: the clinical perspective. *J Urol* 1991; 146: 1571-4.
10. Chooa RG, Swami KS. Testicular denervation. A new surgical procedure for intractable testicular pain. *Br J Urol* 1992; 70: 417-19.
11. Levine LA, Matkov TG, Lubenow TR. Microsurgical denervation of the spermatic cord. A surgical alternative treatment for chronic orchialgia. *J Urol* 1996; 155: 1005-7.
12. Cadeddu JA, Bishoff JT, Chan DY, Moore RG, Jarret TW. Laparoscopic testicular denervation for chronic orchialgia. *J Urol* 1999; 162: 733-6.
13. Pain in children: comparison of assessment scales. *Pediatric Nursing* 1988; 14(1): 9-17.

