

## Masas escrotales

Fecha de la última revisión: 19/01/2012

### Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se diagnostica?](#)
3. [Bibliografía](#)
4. [Más en la red](#)
5. [Autores](#)

### ¿De qué hablamos?

Hablamos de masas escrotales para referirnos a lesiones ocupantes de espacio en el escroto detectadas durante una exploración clínica o por el propio paciente, de forma casual o por tener síntomas asociados. La variedad de patologías que afectan al escroto y su contenido varía desde hallazgos banales hasta eventos agudos o potencialmente graves que requieren un rápido diagnóstico y tratamiento (Eyre, 2008).

Toda masa escrotal dura e indolora tiene que orientarse como tumoral hasta que no se demuestre lo contrario (Fuentes Márquez, 2003). La presencia de hemorragia o infarto que causan dolor escrotal agudo no implican benignidad, ya que pueden ser secundarias a procesos tumorales de células germinales de crecimiento rápido (Eyre, 2008). Pueden clasificarse por el inicio y evolución del cuadro (tabla 1).

| Tabla 1. Clasificación de las causas según su forma de inicio                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Causas agudas                                                                                                                                                                         | Causas subagudas/crónicas                                                                                                                                                                                                                         |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Torsión testicular</li><li>• Torsión del apéndice testicular</li><li>• Orquiepididimitis</li><li>• Trauma</li><li>• Hernia inguinal</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Hidrocele</li><li>• Quiste testicular</li><li>• Hematocele</li><li>• Espermatocoele</li><li>• Varicocele</li><li>• Quiste epidídimo</li><li>• Hernia inguinal</li><li>• Neoplasias testiculares</li></ul> |

### ¿Cómo se diagnostica?

#### Exploración clínica

**Inicio y duración de la sintomatología:** agudo/subagudo/crónico. La hernia inguinal y el quiste sebáceo tienen un inicio insidioso; la epididimitis, los tumores, la orquitis y el varicocele suelen ser subagudos, aunque también pueden presentarse de forma aguda; la torsión testicular se presenta de forma aguda y requiere una intervención urgente.

#### Valorar la gravedad del dolor observando al paciente:

- ¿Adopta una posición antiálgica o está confortablemente acostado?: la hernia inguinal y el varicocele mejoran con reposo en decúbito supino.
- ¿Habla con familiares o amigos? ¿Camina sin molestias?: la epididimitis y la torsión cursan con dolor progresivo.
- ¿Qué produce alivio o empeoramiento?: la hernia empeora al movilizar la musculatura abdominal; la orquitis y la epididimitis alivian al elevar el testículo; el varicocele empeora en periodos largos en pie
- Presencia de síntomas urinarios y fiebre (epididimitis) (García-Vázquez, 2010), traumatismo previo (orquitis, torsión).

**Exploración abdominal completa:** especial atención a la distensión vesical, a la región inguinal, valorando hernias, inflamación o eritema.

**Exploración genital:**comenzando con el escroto, realizar palpación bilateral. La mayoría de patologías son unilaterales: varicocele 10-20% bilateral, generalmente unilateral izquierdo, muy raro sólo derecho. Observar la presencia de eritema (orquitis), engrosamiento de la piel (quiste sebáceo, torsión, orquitis) y la posición del testículo (tiende a subir en la torsión testicular) (Ravinowitz, 1984). La presencia de inflamación unilateral sin cambios en el grosor de la piel sugiere hernia o hidrocele. El signo de Gouverneur (horizontalización del testículo) es frecuente en las torsiones y muy raro en las epididimitis. El signo de Prehn (alivio del dolor al elevar el testículo), es negativo en las torsiones (no alivia, incluso empeora el dolor) y positivo en las epididimitis.

**Reflejo cremastérico:** se pone de manifiesto realizando un movimiento de abajo hacia arriba de la cara interna del muslo mediante un depresor, observando al mismo tiempo el escroto. Una respuesta normal es la contracción de los músculos cremastéricos ipsilaterales y la elevación unilateral del testículo. El reflejo cremastérico está abolido en la torsión testicular (sensibilidad: 100%; especificidad: 66%) pero presente en aquellos con torsión del apéndice testicular (Galejs, 1999; Ravinowitz, 1984; Tekgul, 2008).

| Tabla 2. Diagnóstico del escroto agudo (Barnhouse, 2007; Tekgul, 2008; Eyre, 2008; Leal, 2010) |                                |                        |                      |                      |                                 |                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------|----------------------|----------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------|
|                                                                                                | Instauración de síntomas       | Edad                   | Dolor                | Reflejo cremastérico | Otras características           | Pruebas útiles                                                |
| Torsión                                                                                        | Agudo<br>Intenso<br>Progresivo | Neonatos<br>Prepuberal | Difuso<br>Aumenta al | Negativo             | Elevación asimétrica testicular | Eco-doppler (S: 63,6-100%; E: 97-100%) Exploración quirúrgica |

|                                            |                                   |                       |                                                  |                                       |                                                                                 |                        |
|--------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
|                                            |                                   |                       | estirar<br>testículo                             |                                       | No alivia con la<br>elevación                                                   |                        |
| <b>Torsión<br/>apéndice<br/>testicular</b> | Subagudo                          | Prepuberal            | Polo superior<br>Coloración<br>azul (10-<br>23%) | Positivo                              | ---                                                                             | Ecografía              |
| <b>Epididimitis</b>                        | Subagudo<br>Intenso<br>Progresivo | Adolescente           | Epidídimo                                        | Positivo                              | Edema, eritema,<br>absceso, fiebre (11-<br>19%)                                 | Análisis de orina      |
| <b>Traumatismo</b>                         | Agudo                             | Adolescente<br>Adulto | Difuso                                           | En función de<br>ruptura o<br>torsión | Antecedente de<br>traumatismo                                                   | ECO doppler<br>Cirugía |
| <b>Hernia<br/>inguinal</b>                 | Subagudo                          | Adulto                | Difuso                                           | Positivo                              | Alivia en decúbito<br>supino.<br>Puede reducirse si<br>no está incarcerationada | Cirugía                |

| Tabla 3. Diagnóstico del escroto crónico (Barnhouse, 2007; Eyre, 2008; NCCN, 2009; González Ortiz, 2005; Fernández-Usagre, 2007) |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                  | Masa                                                                                                                                                                                                | Características                                                                                                                                                                                  | Pruebas útiles                                                                                                                           |
| <b>Hidrocele</b>                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>No dolorosa</li> <li>Puede crecer a lo largo del día</li> </ul>                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Puede asociarse a: neoplasia de testículo, epididimitis, orquitis o torsión</li> </ul>                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Transiluminación positiva</li> <li>Ecografía testicular (signo del sol naciente)</li> </ul>       |
| <b>Hematocele</b>                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Contenido hemático tras trauma</li> </ul>                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Transiluminación negativa</li> </ul>                                                              |
| <b>Varicocele</b>                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Habitualmente izquierdo</li> <li>"Saco de gusanos"</li> <li>En zona superior del testículo</li> <li>Se aprecia en bipedestación o con el Valsalva</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Puede ser asintomático (lo habitual), cursar con infertilidad o en forma de masa palpable</li> <li>Puede presentar dolor si es infratesticular</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Eco-doppler</li> <li>Estudio de semen</li> </ul>                                                  |
| <b>Espermatocele</b><br>(quiste epidídimo)                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Si es doloroso, se alivia con la elevación</li> </ul>                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Hallazgo incidental</li> <li>Móvil</li> <li>Localización más frecuente: cabeza de epidídimo</li> </ul>                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ecografía testicular</li> </ul>                                                                   |
| <b>Tumor testicular</b>                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Sólida</li> <li>Habitualmente no dolorosa</li> </ul>                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>10% presentación aguda con hemorragia</li> <li>18–40 años</li> </ul>                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>α-fetoproteína, β-HCG, bioquímica (inc. LDH)</li> <li>Ecografía</li> <li>Rx tórax, RMN</li> </ul> |
| <b>Quiste epidermoide testicular</b>                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>No dolorosa</li> </ul>                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Raro (1%)</li> <li>Benigno</li> <li>Diagnóstico preoperatorio difícil</li> </ul>                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ecografía testicular (capas cebolla)</li> <li>Cirugía</li> </ul>                                  |
| <b>Quiste testicular simple</b>                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>No palpable</li> </ul>                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Hallazgo incidental benigno</li> <li>Mayores de 40 años</li> </ul>                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ecografía testicular</li> </ul>                                                                   |

### Bibliografía

- Barnhouse K, Powers A, Smith PC. Clinical inquiries. How should you further evaluate an adult with a testicular mass? J Fam Pract. 2007;56(10):851-3. PubMed [PMID: 17908519 Texto completo](#)
- Eyre RC. Evaluation of non acute scrotal pathology in adult men [Internet]. En Walthman MA: UpToDate 19.3; 2008 [acceso 27/01/2012]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
- Fernández-Usagre FJ, Rangel-Villalobos ME, García de la Oliva A, Blanco Yun A. Ecografía doppler del traumatismo escrotal. Radiologia. 2007;49(3):183-7. PubMed [PMID: 17524336 Texto completo](#)
- Fuentes Márquez I, Crespo Martínez F, Jiménez Penick FJ. Tumores germinales del testículo. Enfermedades genitourinarias (VI). Medicine. 2003;8(115):6169-78.
- Galejs LE. Diagnosis and treatment of the acute scrotum. Am Fam Physician. 1999;59(4):817-24. PubMed [PMID: 10068706 Texto completo](#)
- García-Vázquez E, Hernández A, Herrero JA, Gómez J. Protocolo diagnóstico y terapeutico de las epedidimitis y orquitis. Medicine. 2010;10:3936-7.
- Gilbert DN, Moellering RC, Eliopoulos G. The Sandford guide to antimicrobial therapy; 2009.
- González Ortiz S, Sala Sastre N, Sala Barangé X. Hidrocele. Signo del «sol naciente». Med Clin (Barc). 2005;125(4):160. [Texto completo](#)
- Leal D, Fariña L, Pesqueira D, Meijide F, Quintana JL, Muller C, et al. Quiste epidermoide testicular. Actas Urol Esp. 2010;34(3):274-7. PubMed [PMID: 20416245](#)

- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Testicular cancer [Internet]. National Comprehensive Cancer Network V2; 2009 [acceso 26/1/2009]. Disponible en: [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/PDF/testicular.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/testicular.pdf)
- Rabinowitz R. The importance of the cremasteric reflex in acute scrotal swelling in children. J Urol. 1984;132(1):89-90. PubMed **PMID: 6726967**
- Sola Galarza I, Martínez Ballesteros C, Carballido Rodríguez J. Protocolo diagnóstico de las masas testiculares. Protocolos de práctica asistencial. Medicine. 2007;9(83):5376-8.
- Tekgul S, Riedmiller H, Gerharz E, Hoebeke P, Kocvara R, Nijman R, et al. Acute scrotum in children. En: Guidelines on paediatric urology. Arnhem, The Netherlands: European Association of Urology, European Society for Paediatric Urology; 2008. p. 13-9.
- Watkin NA, Reiger NA, Moisey CU. Is the conservative management of the acute scrotum justified on clinical grounds? Br J Urol. 1996;78(4):623-7. PubMed **PMID: 8944521**

Más en la red

Chang HJ. Lower abdominal swelling and scrotal enlargement. JAMA. 2011 Oct 19;306(15):1709-10. PubMed **PMID: 22009105**

Davis JE et al. Scrotal emergencies. Emerg Med Clin North Am. 2011 Aug;29(3):469-84. PubMed **PMID: 21782069**

Montgomery JS et al. The diagnosis and management of scrotal masses. Med Clin North Am. 2011 Jan;95(1):235-44. PubMed **PMID: 21095426**

Wampler SM et al. Common scrotal and testicular problems. Prim Care. 2010 Sep;37(3):613-26, x. PubMed **PMID: 20705202**

Autores

|                               |                                                     |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------|
| M. Paloma González Santamaría | Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1) |
| Lucía Carrodegua Santos       | Residente de Medicina Familiar y Comunitaria (2)    |
| Lucía Pérez Varela            | Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (3) |

(1) Servicio de Atención Primaria de Teixeiro-Curtis. Servizo Galego de Saúde. A Coruña. España.

(2) Servicio de Atención Primaria de Elviña-Mesoiro. Servizo Galego de Saúde. A Coruña. España.

(3) Servicio de Urgencias Hospitalarias. CHUA Coruña. Servizo Galego de Saúde. A Coruña. España.

**Conflicto de intereses:** No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

