

## Orquiepididimitis aguda

Rebeca Villares Alonso<sup>a</sup>, J. Ignacio Jiménez Jiménez<sup>b</sup>.

<sup>a</sup> Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Móstoles [Servicio Madrileño de Salud], Móstoles. Madrid

<sup>b</sup> Servicio de Urología. Hospital Universitario de Móstoles [Servicio Madrileño de Salud], Móstoles. Madrid

Fecha de actualización: 27/09/2019  
(V.3.0/2019)

**Cita sugerida:** Villares Alonso R, Jiménez Jiménez JI. Orquiepididimitis aguda. En Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea]. Consultado el dd-mm-aaaa. Disponible en <http://www.guia-abe.es>

### Introducción / puntos clave

La epididimitis es un proceso infeccioso o inflamatorio limitado al epidídimo que en ocasiones puede extenderse al testículo, hablándose entonces de orquiepididimitis. Habitualmente es unilateral.

En investigaciones que emplean técnicas diagnósticas por imagen de gran poder resolutivo, se ha visto que la orquiepididimitis en la edad prepuberal es un proceso casi tan prevalente como la torsión testicular. Es más frecuente en menores de 5 años y en mayores de 10 años, siendo rara entre ambas edades. La etiopatogenia es distinta en los varones sexualmente activos<sup>1</sup>. La sintomatología<sup>2</sup> es similar a la de la torsión testicular, por lo que siempre habrá que pensar en este proceso en el diagnóstico diferencial del dolor escrotal agudo.

**Cambios más importantes respecto a la versión anterior:** tras hacer una revisión bibliográfica, se han introducido cambios en los microorganismos causales y en el tratamiento antimicrobiano empírico.

Microorganismos causales				
Situación clínica		Frecuentes	Menos frecuentes	Raros
Adolescentes y jóvenes	Varón sexualmente activo <sup>3</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Chlamydia trachomatis</i></li> <li>• <i>Neisseria gonorrhoeae</i></li> <li>• <i>E. coli</i><sup>4</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ureaplasma</li> <li>• Enterovirus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Citomegalovirus</li> <li>• <i>Cryptococcus sp</i><sup>5</sup></li> <li>• <i>Haemophilus influenzae</i></li> <li>• <i>Mycobacterium tuberculosis</i></li> <li>• Virus de la varicela</li> <li>• Virus vacunal de la parotiditis</li> </ul>
	Sin antecedentes de actividad sexual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Mycoplasma pneumoniae</i></li> <li>• <i>Enterovirus</i></li> <li>• <i>Adenovirus</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>E. coli</i> y otras enterobacterias<sup>6</sup></li> <li>• Virus de la parotiditis<sup>7</sup></li> </ul>	
Niños			<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Staphylococcus aureus</i></li> <li>• <i>P. aeruginosa</i></li> </ul>	

Estudios complementarios		
	Indicados en la evaluación inicial	Indicados en situaciones especiales
Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sistemático de orina <sup>8</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hemograma, PrCR si fiebre</li> </ul>
Microbiología	<ul style="list-style-type: none"> <li>Urocultivo <sup>9</sup></li> <li>Secreción uretral <sup>10</sup>: cultivo y Gram, PCR para <i>Chlamydia trachomatis</i> y <i>Neisseria gonorrhoeae</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hemocultivo</li> <li>Serología de virus <sup>11</sup></li> <li>Punción aspirativa del epidídimo <sup>12</sup></li> <li>Tinción de Ziehl y cultivo en medio para micobacterias <sup>13</sup></li> <li>Test de lúes y VIH <sup>14</sup></li> </ul>
Imagen		<ul style="list-style-type: none"> <li>Ecografía testicular con <i>doppler</i> <sup>15</sup></li> <li>Ecografía renal y vesical (o urografía IV) y valorar cistouretrografía miccional <sup>16</sup></li> </ul>
Otros		<ul style="list-style-type: none"> <li>Estudio urodinámico <sup>17</sup></li> </ul>

Indicaciones de ingreso hospitalario
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gran afectación del estado general, sepsis</li> <li>Enfermedad de base grave</li> <li>Sospecha de no cumplimiento terapéutico</li> </ul>

Tratamiento antimicrobiano empírico			
Situación		Tratamiento de elección	Alternativas
Epididimitis u orquiepididimitis en adolescentes y jóvenes sexualmente activos (probable causa bacteriana)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sospecha <i>Chlamydia trachomatis</i> o <i>Neisseria gonorrhoeae</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ceftriaxona (250 mg, 1 dosis, IV/IM, 1 día) + doxiciclina (100 mg/12 horas, VO, 7 días) o Azitromicina 1g dosis única</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En mayores de 18 años de edad, baja sospecha de N. gonorrea <sup>18</sup> o si alergia a cefalosporinas o tetraciclinas: ofloxacino (300-400 mg/12 horas, VO, 10 días) ó levofloxacino (500 mg/día, VO, 10 días)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sospecha organismos entéricos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ofloxacino (300-400 mg/12 horas, VO, 10 días) ó levofloxacino (500 mg/día, VO, 10 días)</li> </ul>	

Tratamiento antimicrobiano empírico			
Situación		Tratamiento de elección	Alternativas
Epididimitis u orquiepididimitis en adolescentes y jóvenes sin el antecedente de relación sexual, o niños con sospecha de causa bacteriana		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uno de los siguientes (10 días):                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cefixima: 8 mg/kg/día, en 1-2 dosis, VO</li> <li>○ Cefuroxima/axetil: 30 mg/kg/día, en 2 dosis, VO</li> <li>○ Amoxicilina/ clavulánico (4:1): 40 mg/kg/día (de amoxicilina), en 3 dosis, VO</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alternativas para los antibióticos orales (10 días):                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cotrimoxazol <sup>19</sup>: 6-12 mg de TMP/kg/día, en 2 dosis, VO</li> <li>○ Cefalexina: 25-50 mg/kg/día, en 4 dosis, VO <sup>20</sup></li> <li>○ En mayores de 18 años de edad: ciprofloxacino <sup>21</sup> (400 mg/12 horas, IV ó 500-750 mg/12 horas, VO), u ofloxacino (300-400 mg/12 horas, VO)</li> </ul> </li> <li>• Niños/adolescentes con indicaciones de ingreso inicial:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ceftriaxona (50-75 mg/kg/día, en 1-2 dosis, IV/IM) o cefotaxima (100-150 mg/kg/día, en 3 dosis, IV), 7-10 días, seguido de cefixima (o cefuroxima o amoxicilina/ácido clavulánico), VO, hasta 4 semanas de duración total</li> </ul> </li> </ul>
Orquitis u orquiepididimitis en niños prepúberes, de probable causa viral		No indicado	Igual que en casos de adolescentes sin actividad sexual y niños, con infección de probable causa bacteriana <sup>22</sup>

#### Otras medidas terapéuticas

- Medidas generales: reposo, frío local, suspensorio escrotal, antiinflamatorios/analgésicos <sup>23</sup>
- Adolescentes y jóvenes: deben recibir tratamiento las parejas sexuales de los últimos 2 meses y evitar el coito sin preservativo hasta finalizar el tratamiento
- Ante una mala respuesta terapéutica (no mejoría tras tres días de tratamiento) se debe descartar la existencia de un absceso

## Referencias bibliográficas

1. Brenner JS, Ojo A. Causes of scrotal pain in children and adolescents. In: Rose, BD (Ed). UpToDate v16.2. Wellesley, MA: UpToDate; 2019. [actualizado el 26/06/2018; consultado el 04/05/2019]. Disponible en: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
2. Evaluation of scrotal pain or swelling in children and adolescents. In: Rose, BD (Ed). UpToDate v16.2. Wellesley, MA: UpToDate; 2019. [actualizado el 07/08/2017; consultado el 04/05/2019]. Disponible en: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
3. Corretger JM, van Esso D. Epididimitis y orquitis. En: De Arístegui J, Corretger JM, Fortuny C, Gatell JM, Mensa J, eds. Guía de Terapéutica antimicrobiana en Pediatría 2007-08. 2ª edición. Madrid: Ediciones Antares, SCP; 2007. p. 71-73. [consultado el 04/05/2019]
4. Dairiki LM. Infection and inflammation of the pediatric genitourinary tract. In: Campbell-Walsh Urology. 10th edition. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2012. p. 3117-8. [consultado el 04/05/2019]
5. G. Bonkat, R. Pickard, R. Bartoletti *et al.* Guidelines on Urological Infections. European Association of Urology, 2018. [actualizado en 03/2018; consultado el 04/03/2019]. Disponible en: <https://uroweb.org/guideline/urological-infections/>
6. C. Radmayr, G. Bogaert, H.S. Dogan *et al.* Guidelines on Paediatric Urology. European Society for Paediatric Urology, European Association of Urology, 2018. [actualizado en 03/2018; consultado el 04/03/2019]. Disponible en: <https://uroweb.org/guideline/paediatric-urology/>
7. Navío Niño S. Urethritis. Epididimitis. Vaginitis. En: Navío Niño S. Patología urológica infecciosa. Madrid: Grupo Aula Médica; 1999. p. 166-172.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015;64(No. RR-3): 1-137. [actualizado el 04/12/2016; consultado el 04/05/2019] Disponible en: [www.cdc.gov/MMWR/preview/mmwrhtml/rr5511a1.htm](http://www.cdc.gov/MMWR/preview/mmwrhtml/rr5511a1.htm)
9. Gracia Romero J, González Ruiz Y. El pediatra ante los procesos más frecuentes de Urología pediátrica. En: AEPap (ed.). Curso de actualización Pediatría 2017 [consultado el 12/06/2019]. Madrid: Lúa Ediciones 3.0;2017.p.183-94
10. Guía de uso de antimicrobianos en niños en tratamiento ambulatorio v1. Madrid: Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud; Enero 2019 (consultado el 12/06/2019). Disponible en: [www.madrid.org/bvirtual/BVCM020261.pdf](http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020261.pdf)
11. Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. Grupo de expertos del grupo de estudio de SIDA de la SEIMC (GESIDA), Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA (SPNS), Grupo de estudio de ITS de la SEIMC (GEITS), Grupo español para la investigación de las enfermedades de transmisión sexual de la Academia Española de Dermatología y Venerología y de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Marzo 2017 [consultado el 12/06/2019]. Disponible en: <https://seimc.org/contenidos/gruposdeestudio/geits/pcientifica/documentos/geits-dc-ITS-201703.pdf>

**Abreviaturas:** **IM:** vía intramuscular. **IV:** vía intravenosa. **PCR:** reacción de la polimerasa en cadena. **PrCR:** proteína C reactiva. **TMP:** trimetoprim. **VIH:** virus de la inmunodeficiencia humana. **VO:** vía oral.

<sup>1</sup> La relación entre la epididimitis y alteraciones anatómicas del aparato urinario en menores de 5 años es clara (válvulas uretrales, estenosis de uretra o de meato, ectopia ureteral). Sin embargo, en prepúberes, diversos estudios han demostrado trastornos urodinámicos de inestabilidad vesical y disinergia como causa de infecciones urinarias recurrentes que podrían explicar la mayor incidencia de epididimitis en estas edades. En los varones sexualmente activos se implican como agentes causales los gérmenes transmitidos por contacto sexual.

<sup>2</sup> Afectación del estado general con molestias de tipo tensión-dolor del hemiescrotal correspondiente que se irradian por el trayecto del cordón a la parte baja del hemiabdomen. Frecuentemente existe fiebre y escalofríos. A veces existe disuria y polaquiuria. El epidídimo y/o el testículo es doloroso a la palpación y está aumentado de tamaño. El dolor aumenta llamativamente con las maniobras exploratorias y puede disminuir elevando el escrotal (signo de Prehn) a diferencia de la torsión. En ésta, el testículo suele adoptar una posición anómala y el reflejo cremastérico está ausente, a diferencia de la orquiepididimitis. Hay piuria y/o leucocitosis periférica entre el 17 y el 76% de los casos, que raramente aparecen en la torsión. Otras causas de dolor escrotal agudo son la torsión de apéndices testiculares, traumatismo escrotal, púrpura de Schonlein-Henoch, hernia inguinal incarcerada y apendicitis retrocecal.

- <sup>3</sup> Generalmente acompañada de uretritis aunque ésta puede ser asintomática. En caso de *N. gonorrhoea* con frecuencia asocia secreción.
- <sup>4</sup> En varones con sexo anal (o malformaciones urinarias).
- <sup>5</sup> En pacientes con infección por el VIH.
- <sup>6</sup> Agentes habituales relacionados con anomalías del tracto urinario.
- <sup>7</sup> La orquitis urliana es bilateral en un tercio de los casos. Suele aparecer a la semana de la parotiditis y es rara en menores de 10 años. Más frecuente en jóvenes y adolescentes y menos en niños.
- <sup>8</sup> Normal en el 40-85%. Su normalidad no excluye orquiepididimitis; tampoco su anormalidad excluye torsión testicular.
- <sup>9</sup> Positivo en pocos pacientes
- <sup>10</sup> En varones sexualmente activos.
- <sup>11</sup> Virus de la parotiditis y otros.
- <sup>12</sup> Cuando el urocultivo es negativo y la evolución clínica es mala..
- <sup>13</sup> Cuando se sospecha epididimitis tuberculosa, que cursa como masa indolora.
- <sup>14</sup> En varones con clara sospecha de transmisión sexual.
- <sup>15</sup> Para descartar torsión testicular. En general, en la orquiepididimitis hay aumento del flujo vascular y en la torsión disminución respecto del testículo contralateral.
- <sup>16</sup> Debe hacerse estudio de imagen cuando el causante de la infección es bacteriano sin antecedente de contacto sexual, para descartar malformaciones del aparato urinario (más frecuentes en menores de 5 años).
- <sup>17</sup> En niños mayores sin alteraciones anatómicas del aparato urinario.
- <sup>18</sup> Las quinolonas ya no se recomiendan para el tratamiento de *N. gonorrhoea* por el aumento de las resistencias a estos agentes antimicrobianos.
- <sup>19</sup> Si existen antecedentes de alergia a betalactámicos o el aislado es sensible al cotrimoxazol (TMP/SMX). Sin embargo no se debe prescribir de forma empírica por las altas tasas de resistencia que presenta el *E. coli* a este antibiótico
- <sup>20</sup> En niños se podría usar si la enterobacteria es sensible a cefalosporinas de 1ª generación. Otra alternativa sería cefadroxilo 30 mg/kg/día en dos dosis por su buena distribución a tejidos blandos y su presentación en suspensión oral.
- <sup>21</sup> Puede ser una alternativa en el caso de alergia a betalactámicos o enterobacterias resistentes a cefalosporinas y TMP/SMX. Está autorizado por la AEMPS en niños con infecciones complicadas de las vías urinarias y pielonefritis y la dosis sería 20-40mg/kg/día cada 12 horas.
- <sup>22</sup> El tratamiento antibiótico sólo se debe dar si hay piuria o resultado de urocultivo positivo.
- <sup>23</sup> Se recomiendan antiinflamatorios no esteroideos, especialmente el ibuprofeno.

Notas: la *Guía ABE* se actualiza periódicamente (al menos cada 2 años). Los autores y editores recomiendan aplicar estas recomendaciones con sentido crítico en función de la experiencia del médico, de los condicionantes de cada paciente y del entorno asistencial concreto; así mismo se aconseja consultar también otras fuentes para minimizar la probabilidad de errores. Texto dirigido exclusivamente a profesionales.

[✉] Comentarios y sugerencias en: [laguiaabe@gmail.com](mailto:laguiaabe@gmail.com)



Con la colaboración de:



[©] Guía\_ABE, 2019. ISSN 2174-3568