Orquialgia crónica

E. Peyrí Rey

Servicio de Urología. Hospital Comarcal de la Selva. Blanes. Gerona.

Actas Urol Esp 2006; 30 (2): 231

Sr. Director:

El aumento actualmente del número de varones que acuden a la consulta del urólogo por algias testiculares, en una mayoría de los casos de tipo inespecífico o caprichoso y también la poca literatura encontrada que se dedica al tema, nos ha hecho plantearnos de una manera breve, el estado actual de la etiología y tratamiento que podemos dar a las denominadas orquialgias.

La orquialgia u orquidinia o dolor escrotal crónico es un cuadro doloroso testicular intermitente o constante que suele ser unilateral pero pudiendo ser bilateral, de origen desconocido o diverso en ocasiones confuso, en el que la duración del dolor para entrar en esta definición es de 3 a 6 meses. Es más frecuente la presentación en varones de 15 a 50 años, media de 35 años. Parece que los factores emocionales, psicosociales o psicosexuales pueden tener un papel etiológico importante en esta patología. Puede que el dolor no sea exclusivo del contenido escrotal, sino de la propia bolsa. La pared anterior del escroto está inervada por el nervio ilio-inguinal y genito-femoral y la pared posterior por ramas de los pudendos. Las causas atribuidas son diversas: deferentitis y granulomas postvasectomías en ocasiones no demostradas, movilidad testicular, prostatitis no demostradas, hiperuricemia, poliarteritis nodosa y desórdenes psicológicos. Se cita también como posibles causas los estiramientos o contracturas forzadas en la columna lumbar alta, la neuropatía por atrapamiento del nervio genito-femoral, la tendinitis en la inserción pubiana del ligamento inguinal, radiculitis...

En todos estos enfermos debe realizarse previo a cualquier tratamiento quirúrgico o que presente morbilidad una exploración exhaustiva primero física, descartar patología del contenido escrotal, hernia inguinal, renovesicoprostática y retroperitoneal: ecografía (aparato testicular, doppler, aparato urinario), exploración traumatológica, TAC y resonancia abdómino-pelviana y ósea.

El tratamiento no suele ser satisfactorio, se suele iniciar con antiinflamatorios y analgésicos, junto a suspensorio escrotal durante 1 a 2 meses. Si falla se suele añadir psicoterapia con sedantes y ansiolíticos, en ocasiones bloqueo del cordón espermático con lidocaína 1% más prednisona 40 mg. En el tratamiento quirúrgico está descrita desde la orquiectomía vía inguinal, resección del deferente si se palpa algún granuloma o dolor deferencial, la denervación microquirúrgica del deferente, epididectomía o resección de su apéndice, orquidopexia o hidrocelectomía. En un trabajo de Davis BE en 1990 revisa 45 pacientes que presentan orquialgia de más de 3 meses de evolución, en 31 casos fallo el tratamiento médico, practicándoles tratamiento quirúrgico: 24 orquiectomías, 10 epididimectomías (a 9 de ellas se les practicó posteriormente orquiectomía), 5 orquidopexias, 1 hidrocelectomía curando a casi todos los pacientes, pero señalando que la orquiectomía debe realizarse vía inguinal para curar el enfermo. No obstante, parece que la orquiectomía vía inguinal no logra la desaparición total de los síntomas en todos los enfermos.

REFERENCIAS

1. Yamamoto M, Hibs H, Katsuno S, Miyake K. Management of chronic orquialgia of unknown etiology. *Int Urol* 1995 Mar;2(1):47-49.
2. Costable RA, Hahn M, McLeod DG. Chronic orchialgia in the pain prone patient: the clinical perspective. *J Urol* 1991 Dec;146(6):1571-1574.
3. Lopez Laur JD, Chiarella Menendez J. Orquialgia crónica. Una hipótesis diagnóstica y terapéutica. *Actas Urol Esp* 1997 Sep;21(8):770-772.
4. Davis BE, Noble MJ, Weigel JW, Foret JD, Meibist LVF. Analysis and management of chronic testicular pain. *J Urol* 1990 May;143(5):963-969.
5. Yang XF. Chronic orchialgia. *L Hongha Nanke Xue* 2005Feb;11(2):145-148.
5. Kocvaraa S. Orchialgia and tendoperiostosis inguinalis. *Rozhl Chir* 1984 April;63(4):295-297.
6. Lee LM, Moloney PS, Wong HC, Magil AB, Mc Lough Lin MG. Testicular pain: an unusual presentation of polyarteritis nodosa. *J Urol* 1990 May 143 (5):963-9.
7. Granatsiotis P, Kird D. Chronic testicular pain: and overview *Eur Urol* 2005 May; 47(5):430-436.
8. Hirst G, Taube M. The aetiology, pathophysiology and management of chronic orchialgia. *BJU Inter* 2005 Sep;92(4):491-494.

Dr. E. Peyrí Rey
Valencia, 247 - 1º 1ª
08007 Barcelona
E-mail: 7956epr@comb.es