

ORQUIEPIDIDIMITIS AGUDA

Enfermedades del aparato genito-urinario

INTRODUCCIÓN

Síndrome clínico caracterizado por inflamación, dolor y tumefacción del epidídimo consecuencia de la propagación de la infección desde la uretra o la vejiga. Por lo general la inflamación de epidídimo y de testículos se presenta conjuntamente. Su comienzo es agudo y se acompaña con frecuencia de síntomas urinarios, escalofríos y fiebre.

Epidemiología: los patógenos predominantemente aislados son *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* y enterobacterias (*E.coli*, *Klebsiella*, *Pseudomonas* y *Proteus*).

Puede deberse a enterobacterias en varones con alteraciones anatómicas de las vías urinarias o a cateterizaciones repetidas y a infecciones de transmisión sexual en las que los microorganismos más comúnmente implicados son *Neisseriae gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*, frecuentemente asociados (hasta un 40-50% de los casos tienen una etiología mixta). El tratamiento debe ser indicado lo más pronto posible tras el diagnóstico de sospecha.

Los varones homosexuales pueden presentar infecciones por todos los microorganismos implicados.

Solicitar urocultivo (primer chorro para búsqueda de *N.gonorrhoeae* y *C.trachomatis* y chorro medio para cultivo bacteriano) y exudado uretral antes de iniciar el tratamiento empírico y considerar el antecedente epidemiológico. Cuando se documente exudado uretral se aconseja establecer el diagnóstico microbiológico a partir del mismo. Además, si se documenta ETS se debería solicitar una determinación serológica frente a los VIH, virus de las hepatitis y *Treponema pallidum*.

Se recomienda pautar el antibiótico con menor impacto ecológico (cefuroxima < cefixima).

Para confirmar el tratamiento, guiarse por el resultado del antibiograma. Esperar al antibiograma y cambiar a fluoroquinolona como primera opción (mejor penetración), si el microorganismo es sensible.

En áreas donde las resistencias de las enterobacterias a quinolonas son < 10 % pueden usarse como primera elección cuando no hay sospecha de transmisión sexual.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ORQUIEPIDIDIMITIS AGUDA	Véase Situación Específica	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Sospecha de transmisión sexual	<p>Antes de iniciar tratamiento solicitar urocultivo y exudado uretral.</p> <p>Ceftriaxona 250 mg im, DU</p> <p>○</p> <p>Cefixima 400 mg vo, DU</p> <p>+</p> <p>Doxiciclina 100 mg/12h vo, 10 días</p> <p>○</p> <p>Azitromicina 1 g vo, DU (en caso de intolerancia a doxiciclina)</p>	<p>Alérgicos a cefalosporinas:</p> <p>Ofloxacino 200 mg/12h vo, 14 días</p> <p>○</p> <p>Ciprofloxacino 500 mg/12h vo, 14 días</p>
Sin sospecha de transmisión sexual	<p>Antes de iniciar tratamiento solicitar urocultivo y exudado uretral.</p> <p>Cefuroxima axetilo 500 mg/12h vo, 14 días</p> <p>○</p> <p>Cefixima 400 mg/24h vo, 14 días</p>	<p>Alérgicos a cefalosporinas o resistencia a quinolonas < 10%:</p> <p>Ofloxacino 200 mg/12h vo, 10 días</p> <p>○</p> <p>Ciprofloxacino 500 mg/12h vo, 10 días</p>

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Las siguientes medidas alivian el dolor: el reposo en cama, la elevación y sujeción testicular y aplicación de frío local.
Se recomienda la abstención de relaciones sexuales hasta la resolución del cuadro o bien la utilización de preservativo.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

En caso de sospecha o confirmación de transmisión sexual, se debería tratar a la pareja sexual y descartar otras enfermedades de transmisión sexual.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Reevaluar al paciente en 3 días si no existe mejoría.

SEGURIDAD

Quinolonas. Utilizar para el tratamiento de infecciones leves o moderadamente graves exclusivamente cuando otros antibióticos recomendados no resulten eficaces o no sean tolerados. Los pacientes de edad avanzada, trasplantados o aquellos en tratamiento con corticoides presentan un mayor riesgo de sufrir lesiones tendinosas. Indicar a los pacientes que interrumpan el tratamiento con este tipo de antibióticos y acudan al médico en caso de que se presenten reacciones adversas de tipo musculoesquelético o del sistema nervioso arriba mencionadas.

Fluorquinolonas y azitromicina: deben ser usadas con precaución en pacientes con factores de riesgo para la prolongación del intervalo QT.

Ofloxacino está contraindicado en epilepsia, déficit de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa y niños o adolescentes en periodo de crecimiento. Entre sus posibles efectos secundarios destacan disminución del umbral convulsivo, prurito y fotosensibilización. Puede aumentar el efecto de la glibenclamida. Puede dar falsos negativos en el cultivo de *Mycobacterium tuberculosis*. La FDA advierte del riesgo de trastornos psiquiátricos e hipoglucemias graves (precaución en ancianos diabéticos)

Cefixima puede dar reacción cruzada en un 10% de casos de hipersensibilidad a penicilinas. Entre sus posibles efectos secundarios destacan, prurito y nefrotoxicidad.

Cefuroxima puede producir prurito, hepatotoxicidad y eosinofilia.

Doxiciclina entre sus posibles efectos secundarios destacan, fotosensibilización, esofagitis y hepatotoxicidad.

Azitromicina entre sus posibles efectos secundarios destacan, eosinofilia y hepatotoxicidad, puede aumentar los niveles de digoxina

Todos ellos pueden producir colitis pseudomembranosa y aumentar el efecto de los anticoagulantes orales.

PRECAUCIONES

La doxiciclina se debe tomar en el transcurso de una comida, acompañado de un vaso grande de agua y dejando transcurrir al menos una hora antes de tumbarse o acostarse.

La azitromicina se debe evitar su uso concomitante con derivados ergotamínicos (ergotamina o dihidroergotamina).

La cefuroxima debe tomarse después de las comidas para su absorción óptima.

DERIVACIÓN

Se debe derivar al hospital si existe afectación testicular, sospecha absceso y/ o repercusión sistémica, sospecha etiología micótica o tuberculosa o si persisten los síntomas tras 3 días de tratamiento.

OTROS

Ceftriaxona está calificado actualmente como medicamento de “Diagnóstico Hospitalario” (DH). Requiere visado de inspección previo a su dispensación, lo que podría retrasar el inicio de tratamiento en Atención Primaria.

Administrar tratamiento analgésico y/o antiinflamatorio si procede.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área del Aljarafe [en línea][consulta: abril de 2018]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/guiaterapeuticaaljarafe/guiaTerapeuticaAljarafe/>
2. Eyre RC. Evaluation of acute scrotal pain in adults. Waltham (MA): UpToDate; [consulta: abril 2018]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-acute-scrotal-pain-in-adults>
3. Swygard H, Seña AC, Cohen MS. Treatment of uncomplicated Neisseria gonorrhoeae infection. Waltham (MA): UpToDate; [consulta :abril 2018]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-uncomplicated-neisseria-gonorrhoeae-infections>
4. European Association of Urology (EAU). Guidelines on urological infections. Arnhem: EAU; 2018. [en línea][consulta: abril de 2018]. Disponible en: <http://uroweb.org/guideline/urological-infections/#3>
5. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Manual de Enfermedades Infecciosas en Atención Primaria. 4ª ed. Barcelona: semFYC Ediciones; 2017

6. Molina Gil-Bermejo JM, Cabello V, Campoy Martínez P y Barrera Chacón J. Guía PRIOAM: [en línea][consulta: abril de 2018]. Disponible en: <http://guiaprioam.com/indice/orquiepididimitis-aguda/>
7. Grupo Proa Macarena. Guia de antibioterapia Hospital virgen de la macarena [en línea][consulta: abril de 2018]. Disponible en: <http://hospitalesmacarenayrocio.es/activos/antibioterapia/index.php/temprico/16-infecciones-urinarias>
8. Grupo de estudio del Sida- SEIMC. Gesida. Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. Disponible en: <http://gesida-seimc.org/category/guias-clinicas/otras-guias-vigentes/>
9. Street E et al. The 2016 European guideline on the management of epididymo- orchitis. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1258/ijsa.2011.011023>