

ESCROTO AGUDO: LA ECOGRAFÍA COMO HERRAMIENTA DECISIVA EN LA URGENCIA ESCROTAL

Ángela Guitián Pinilla^{1,2}, Pilar Cifrián Casuso^{1,2}, Álvaro Sánchez Mulas^{1,2}, César Antonio López López^{1,2}, Celia Cantolla Nates^{1,2}, Silvia Revuelta Gómez^{1,2}, Zenova Zailen González Rodríguez^{1,2}, Álvaro Ruiz Serrano¹.

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander; ²Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla, Santander.

1. OBJETIVOS DOCENTES

- Revisar las **principales causas de dolor escrotal agudo**, destacando aquellas que precisan de una **atención inmediata** para preservar la función testicular.
- Describir los **hallazgos ecográficos característicos** de cada patología mediante ecografía escrotal (en modo B, modo Doppler color y espectral).
- Presentar **casos representativos** que evidencian la importancia del diagnóstico por imágenes en la toma de decisiones clínicas.

2. ANATOMÍA ESCROTAL

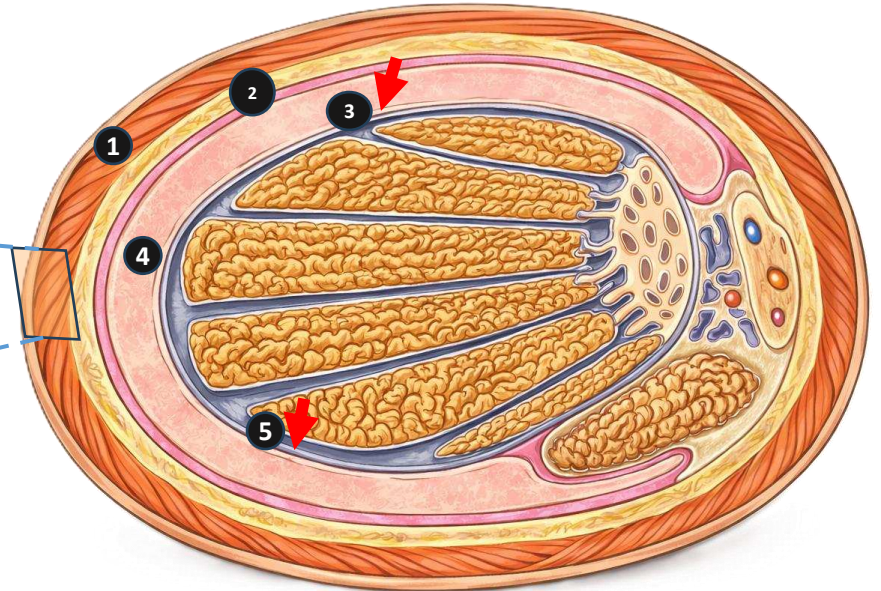
El escroto es un saco cutáneo dividido en dos compartimentos – **hemiescrotos** –, separados entre sí por el **rafe medio**. Cada hemiescroto alberga **un testículo** junto con sus estructuras asociadas.

1 PARED O CUBIERTAS ESCROTALES

- Piel
- Fascia superficial
- Músculo dartos
- Fascia espermática externa
- Fascia cremastérica
- Fascia espermática interna



- EDEMA
- CELULITIS
- GANGRENA DE FOURNIER



1. Cubiertas escrotales
2. Túnica vaginal parietal
3. Túnica vaginal visceral
4. Espacio virtual
5. Túnica albugínea

2 TÚNICA VAGINALIS

Capa serosa derivada del peritoneo.

- **Capa parietal** (externa): tapiza la superficie interna de la pared escrotal.
- **Capa visceral** (interna): recubre directamente la túnica albugínea. No envuelve la parte posterior del teste.

Espacio virtual



- HIDROCELE
- PIOCELE
- HEMATOCELE

2. ANATOMÍA ESCROTAL

3 TÚNICA ALBUGÍNEA (O CÁPSULA)

Capa fibrosa externa al teste, incluido su cara posterior.

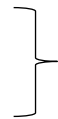
- Forma el **mediastino testicular**.
- Septos fibrosos que subdividen el parénquima en **lobulillos**.



• ROTURA TESTICULAR

4 TESTE

- Unos 250 – 400 **lobulillos**.
- En cada lobulillo:



- 1-3 túbulos seminíferos (1)
- Túbulos rectos (2)
- Rete testis (3)
- Conducto eferente (4)
- Epidídimo



• ORQUITIS
• TORSIÓN DEL TESTE

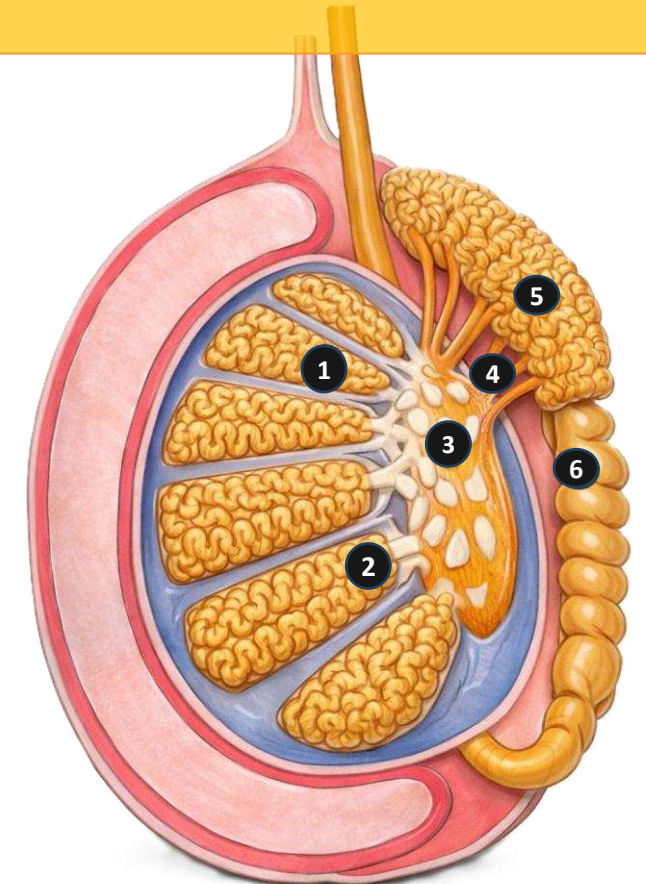
5 EPIDÍDIMO

Situado postero-lateral al teste.

- **Cabeza:** en el polo superior del testículo (5)
- **Cuerpo:** se extiende a lo largo de su cara posterior (6)
- **Cola:** en el polo inferior, se continúa con el conducto deferente



• EPIDIDIMITIS



- | | |
|------------------------|-------------------------|
| 1. Túbulos seminíferos | 4. Conducto eferente |
| 2. Túbulos rectos | 5. Cabeza del epidídimo |
| 3. Rete testis | 6. Cuerpo del epidídimo |

2. ANATOMÍA ESCROTAL

6

CORDÓN ESPERMÁTICO

Conecta el testículo con la cavidad abdominal.

- Conducto deferente (4)
- Arteria testicular (6), cremastérica y deferencial
- Plexo pampiniforme (3) y vena testicular (5)
- Nervio genito-femoral
- Vasos linfáticos

- TORSIÓN
- FUNICULITIS
- COLECCIONES

7

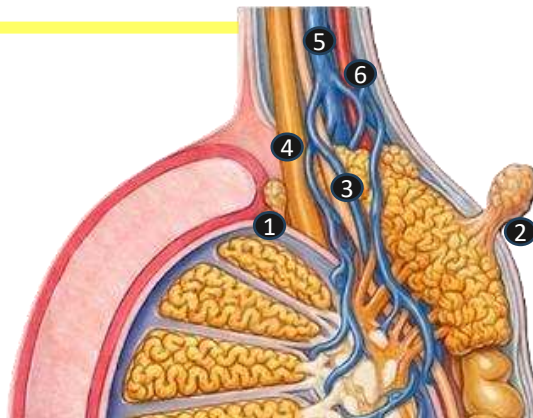
APÉNDICES TESTICULARES

Remanentes embrionarios.

- Apéndice testicular o hidátide de Morgagni (1)
- Apéndice del epidídimo.(2)
- Otros: vas aberrante y paradídimo.



- TORSIÓN DE APÉNDICES



8

ESTRUCTURAS VASCULARES

a. Arterial:

- **Arteria testicular** (rama de aorta infrarrenal):
 - Ramas capsulares: por debajo de la túnica albugínea y forman la túnica vascularosa.
 - Ramas centrípetas: atraviesan el parénquima siguiendo los septos.
 - Ramas recurrentes o centrífugas.
- **Arteria deferente** (arteria vesical superior, rama de la ílica interna)
- **Arteria cremastérica** (epigástrica inferior): irriga el epidídimo, conducto deferente y tejido peritesticular.

b. Venoso: venas testiculares forman por la confluencia del **plexo pampiniforme**:

- **Lado derecho**: desemboca en la vena cava inferior.
- **Lado izquierdo**: desemboca en la vena renal izquierda.



- INFARTO ARTERIAL / VENOSO
- TROMBOSIS VENOSA
- SANGRADO ESCROTAL

3. PATOLOGÍA TESTICULAR

1 TORSIÓN TESTICULAR

Rotación del testículo alrededor del cordón espermático en su eje longitudinal (antihorario).

- 1) Compromiso venoso → congestión testicular.
- 2) Compromiso del flujo arterial → isquemia y necrosis del parénquima **(máximo a las 6 – 8 h)**.

EXTRAVAGINAL	INTRAVAGINAL
Neonatos	Adolescentes
Rotación conjunta del teste y de la túnica vaginalis	Rotación del teste dentro de la túnica vaginalis
Ausencia de fijación del gubernaculum	Mala fijación del teste a la túnica vaginalis
Testículo habitualmente fijo (giro del cordón)	Testículo horizontalizado y móvil ((deformidad en campana)

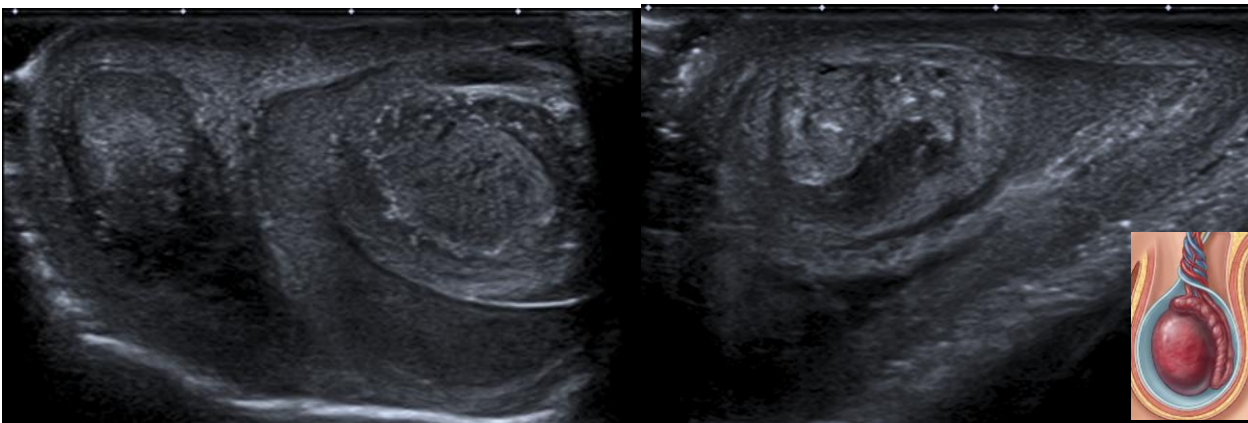


Figura 1: Recién nacido a término con teste izquierdo indurado. Torsión testicular izquierda **extravaginal**, objetivándose un giro tanto del cordón espermático como de la túnica albugínea.

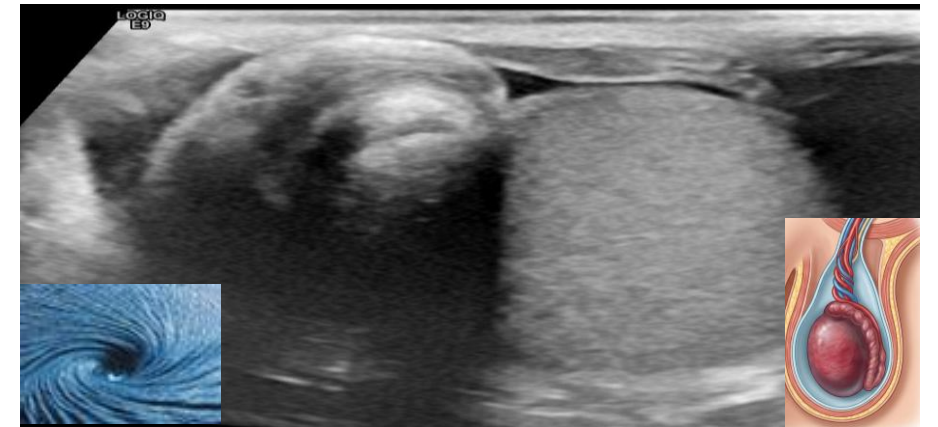


Figura 2. Torsión testicular **intravaginal** con el signo del remolino.

3. PATOLOGÍA TESTICULAR

1 TORSIÓN TESTICULAR

¿HALLAZGOS ECOGRÁFICOS ESPERABLES?

Dependen del TIEMPO y
del GRADO DE TORSIÓN

ECOGRAFÍA MODO B

- Parénquima testicular
- Masa extratesticular con el **SIGNO DEL REMOLINO O WHIRLPOOL (específico)** (figura 2)
- Hidrocele reactivo.
- Cubiertas escrotales +/- afectadas.

Fase temprana
(generalmente < 6 H)
(figura 2)

Fase evolucionada (> 6 H)

- **Tamaño del teste normal o aumentado** +/- del epidídimo.
- Ecoestructura homogénea.

- Ecoestructura **heterogénea** con:
 - Áreas **hipoecoicas de morfología en cuña**, sugestivas de infartos testiculares
 - Áreas **hiperecoicas**, en relación con áreas hemorrágicas intraparenquimatosas.
- **Hipoecoico global** sugiere necrosis.
- En casos crónicos, el testículo necrosado puede **calcificarse** – punteado o imágenes lineales hiperecogénicas (figura 4)

ECOGRAFÍA DOPPLER
COLOR Y ESPECTRAL

La técnica más específica

- **Torsión completa** (más frecuente): ausencia de flujo intratesticular (Figura 4).
- **Torsión incompleta:**
 - Disminución de flujo.
 - Aumento del índice de resistencia (IR) de las arterias intraparenquimatosas > 0,75 e incluso inversión de la diástole.

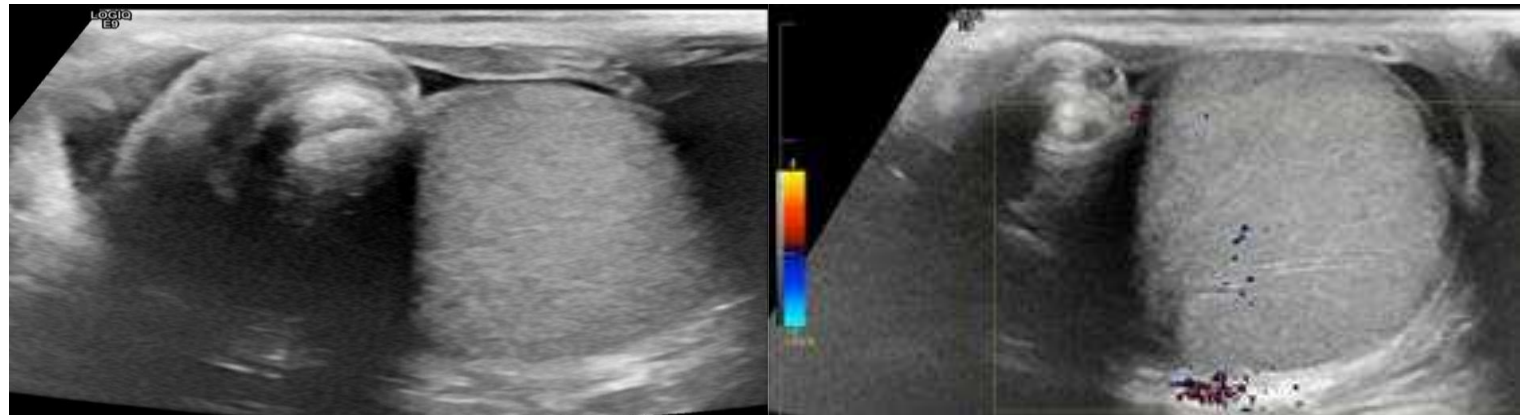
3. PATOLOGÍA TESTICULAR

1 TORSIÓN TESTICULAR

¿HALLAZGOS ECOGRÁFICOS ESPERABLES?

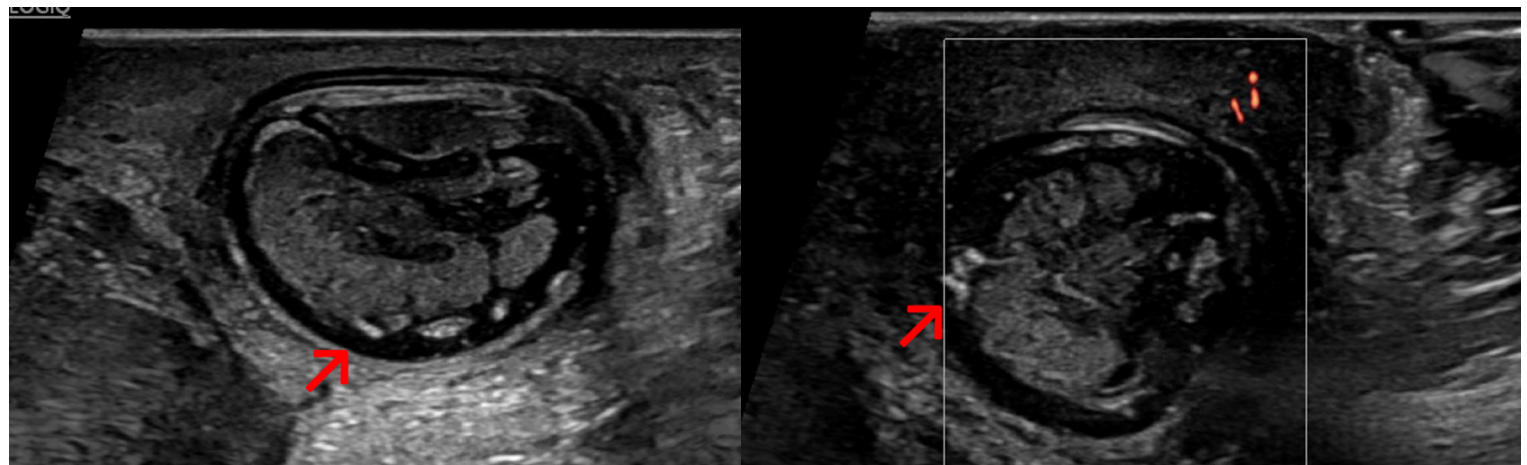
Fase temprana

Figura 3. Torsión testicular con ecogenicidad preservada del teste y ausencia de vascularización.



Fase evolucionada

Figura 4. Torsión testicular izquierda intraútero en recién nacido a término. Disminución del volumen del teste, con parénquima testicular heterogéneo de aspecto mixto e imágenes lineales hiperecogénicas compatibles con calcificaciones periféricas (↗).



3. PATOLOGÍA TESTICULAR

2 INFARTOS TESTICULARES

Interrupción del flujo sanguíneo:

- **Origen venoso:** más frecuente en la torsión
- **Origen arterial:** afectación de arterias testiculares, cremastérica y arteria del conducto deferente.

TIPOS DE INFARTO SEGÚN SU EXTENSIÓN:

- **Global:** más frecuente, y generalmente en relación con la torsión.
- **Segmentario:** menos común, y su etiología puede ser variada: traumatismo, anemia drepanocítica, vasculitis, orquitis, cirugías pélvicas (herniorrafía), vasectomías.

¿HALLAZGOS ECOGRÁFICOS ESPERABLES?

Área hipoeoica con morfología en **cuña** (segmentario) o que afecta a la totalidad del parénquima (global) (*figura 5*) con ausencia de vascularización Doppler.

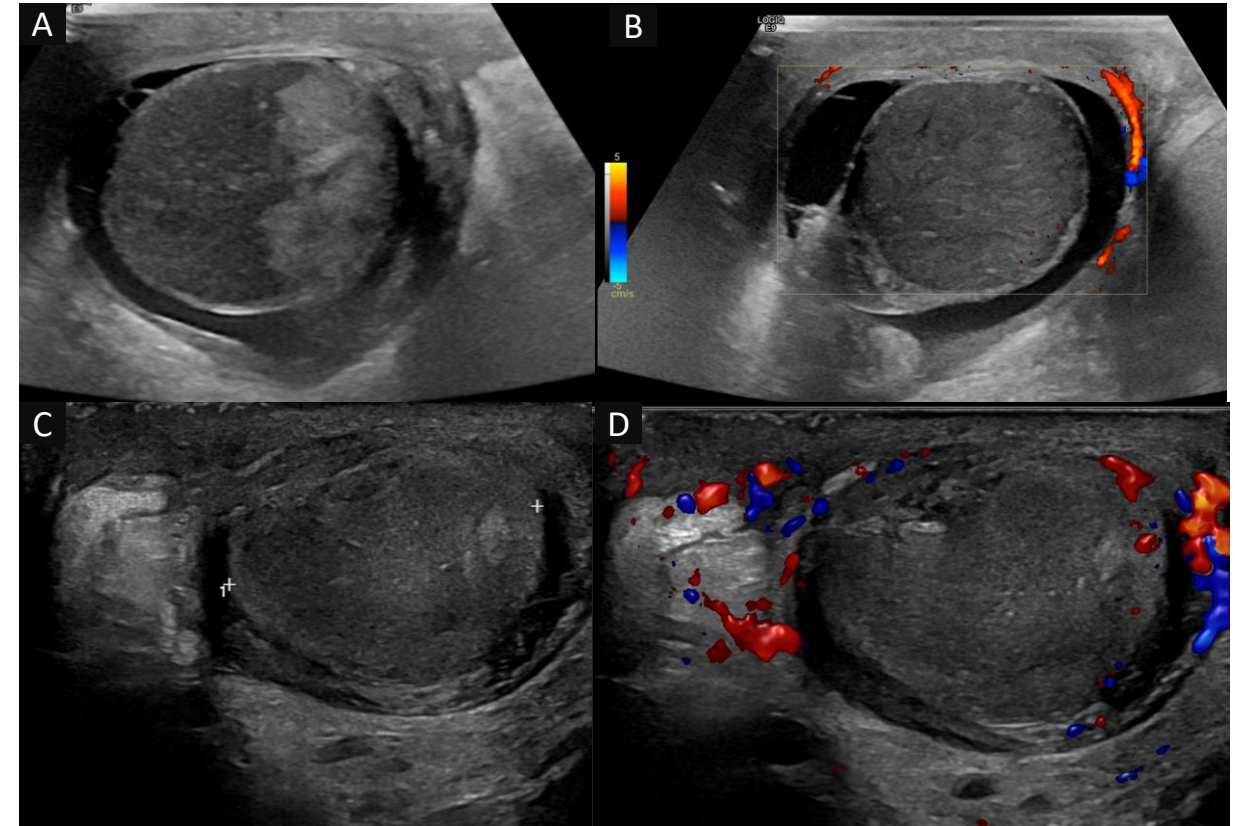


Figura 5. A – B) Infarto segmentario del teste derecho en paciente con vasectomía 4 días antes. C-D) Ecografía testicular al mes con disminución del volumen y de la ecogenicidad del teste derecho (signos de atrofia), con persistencia únicamente del Doppler color en su polo inferior.

3. PATOLOGÍA TESTICULAR

3 TRAUMATISMO TESTICULAR

Es la **tercera causa** de dolor escrotal en urgencias. Tras un traumatismo cerrado o penetrante podemos encontrar las siguientes alteraciones:

- Contusión testicular (*figura 6*).
- Hematoma intratesticular (*figura 6*), en cubiertas o en epidídimo.
- Hematocele.
- Torsión testicular.
- Isquemia / infarto testicular (por aumento de la presión intratesticular).
- Rotura testicular (*figura 7*).

HALLAZGOS ECOGRÁFICOS ESPERABLES EN UNA ROTURA TESTICULAR

- **Disrupción de la túnica albugínea** (normalmente línea ecogénica lisa): entre ellos se incluye la pérdida de continuidad o contorno anormal por arrugamiento o retracción.
- Extrusión de los túbulos seminíferos, que simula un hematocele complejo, pero a diferencia de este último conservan aporte sanguíneo con Doppler.
- Hematocele.

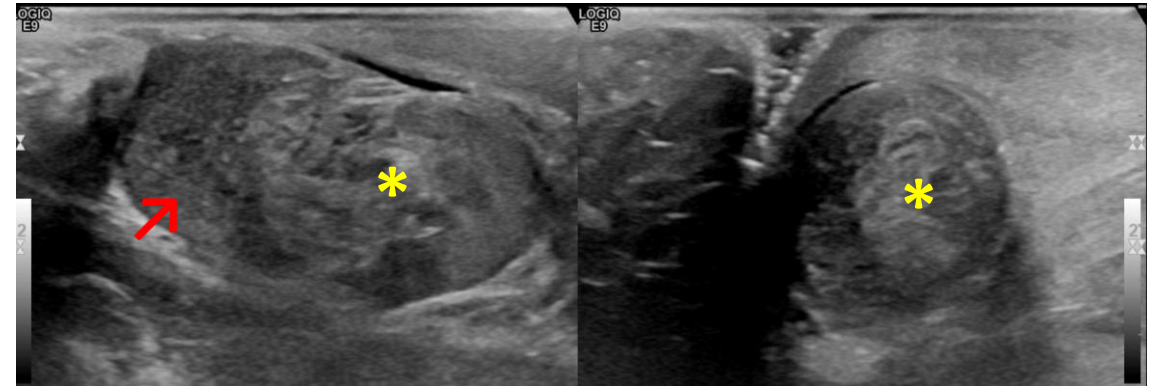


Figura 6. Traumatismo escrotal con una silla. Lesión heterogénea con efecto masa, avascular, en el polo anterior compatible con **hematoma testicular** (*), y alteración de la ecogenicidad en el polo posterior compatible con cambios de **contusión testicular** (↗).

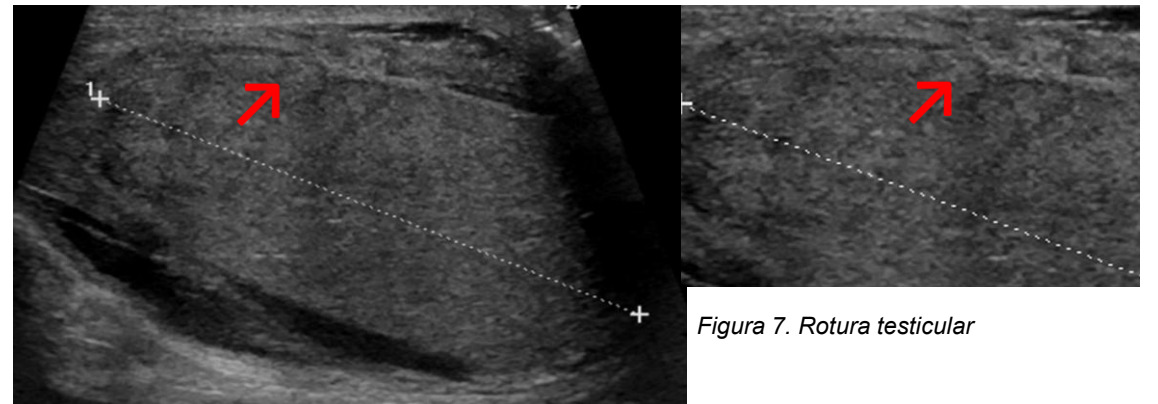


Figura 7. Rotura testicular

4. PATOLOGÍA EPIDIDIMARIA

1

EPIDIDIMITIS - ORQUIEPIDIDIMITIS

Primera causa de dolor testicular agudo en **postpuberes**.

Inflamación del epidídimo focal o difusa, que generalmente comienza en la cola o cabeza, y puede progresar al testículo en un 20-40 % de los casos – **orquiepididitis**.

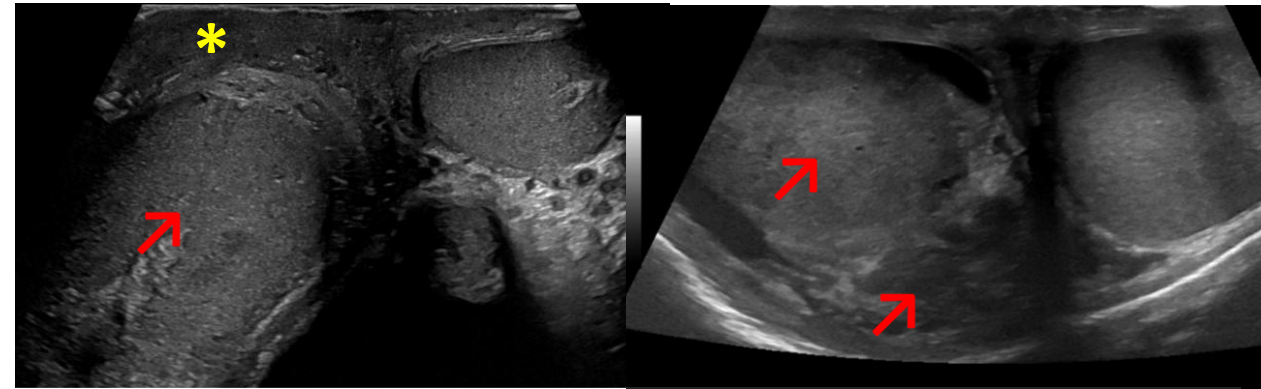
HALLAZGOS ECOGRÁFICOS

MODO B

- Signos directos: **Incremento del volumen del epidídimo +/- teste** (figura 8), con una ecogenicidad variable, **hipoecoico**, es lo más frecuente, o **heterogéneo** (mezcla de edema + hemorragia) (figura 9).
- Signos indirectos: **engrosamiento de las cubiertas escrotales** (figura 8) e hidrocele reactivo o piocele.

MODO DOPPLER
COLOR Y ESPECTRAL

Doppler: **aumento de la vascularización** (figuras 10 y 11) en estos territorios con un patrón de alto flujo y baja resistencia (PSV: > 15 cm/s, IR < 0,5).



Figuras 8 y 9: Orquiepididitis. Incremento del volumen del testículo y del epidídimo, con alteración de su ecogenicidad (1°). Engrosamiento de las cubiertas escrotales de forma reactiva (*).

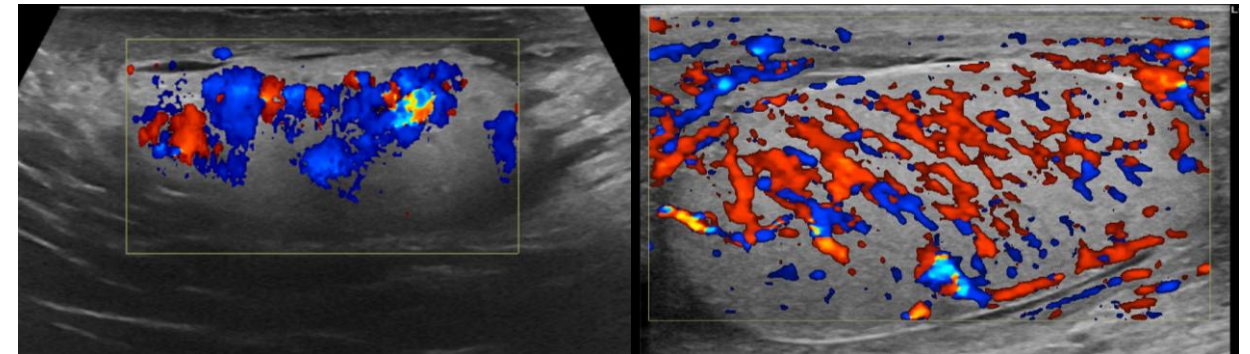
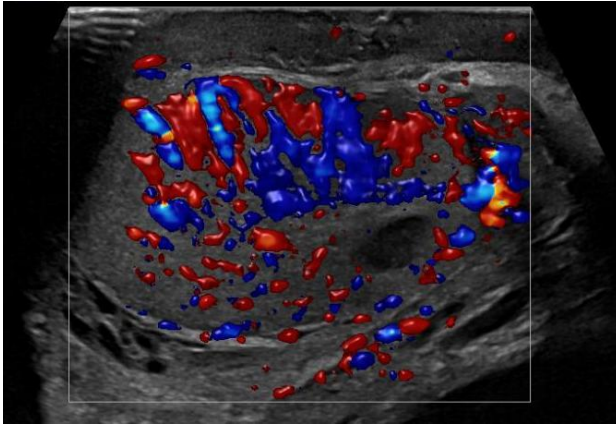


Figura 10: Incremento de la vascularización Doppler en toda la extensión del epidídimo - epididimitis.

Figura 11: Incremento de la vascularización en el modo Doppler color en el teste – orquiepididitis.

4. PATOLOGÍA EPIDIDIMARIA



COMPLICACIONES

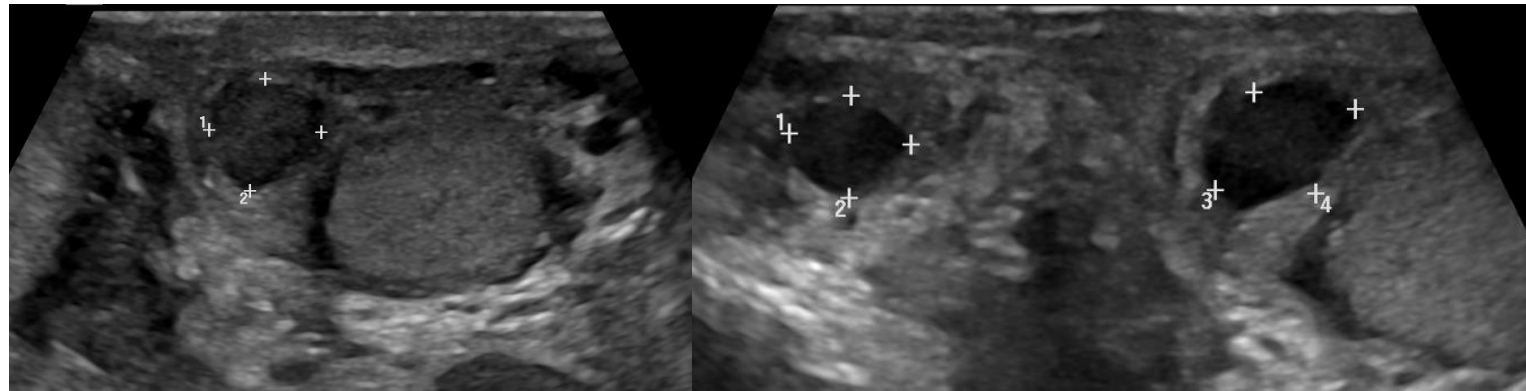
- **Infartos testiculares:** áreas hipoeoicas con ausencia de Doppler color de forma focal (origen venoso - $\uparrow$ presión).
- **Abscesos intraparenquimatosos** (epidídimo o testículo): (*Figura 12*)
 - Área hipoeoica de morfología irregular con ecos internos.
 - Lesiones quísticas complejas, de paredes gruesas, trabeculadas y vascularización periférica.

2 EPIDIDIMITIS – NODOSA (GRANULOMA ESPERMÁTICO)

Epididimitis crónica tras un proceso inflamatorio, trauma o vasectomía secundaria a la extravasación de células espermáticas (40 % tras vasectomía). Generalmente indolora, pero en un 3-5 % produce dolor.

HALLAZGOS ECOGRÁFICOS ESPERABLES

- Lesión hipoeoica, bien definida, y avascular de localización intraepididimaria (*figura 13*).



5. PATOLOGÍA APENDICULAR

1 TORSIÓN DE LOS APÉNDICES TESTICULARES Y EPENDIDIMARIO

APÉNDICE TESTICULAR (O HIDÁTIDE DE MORGAGNI)

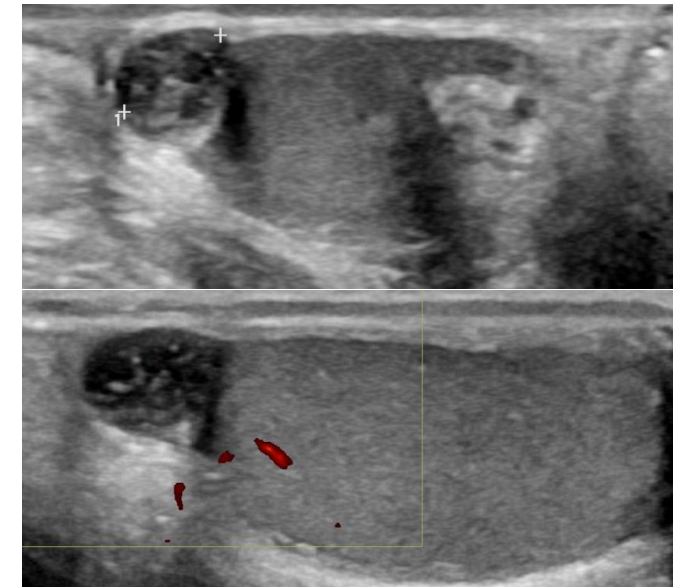
Es la causa más frecuente de dolor testicular agudo en la edad pediátrica (+ blue spot sign).

HALLAZGOS ECOGRÁFICOS ESPERABLES

- **Modo B:**
 - Signos directos: **Aumento del tamaño del apéndice testicular (> 5 mm)** localizado entre el teste y la cabeza del epidídimo con descenso (+ frecuente) de su ecogenicidad (*figuras 14*).
 - Signos indirectos: hidrocele y engrosamiento de cubiertas escrotales.
- **Doppler color:** ausencia de flujo (*figura 15*) y vascularización periférica.

APÉNDICE EPENDIDIMARIO

Modo B: Aumento del tamaño del apéndice localizado en la cabeza del epidídimo con descenso (+ frecuente) o aumento de su ecogenicidad (*figura 16*).



Figuras 14 y 15. Torsión de apéndice testicular.

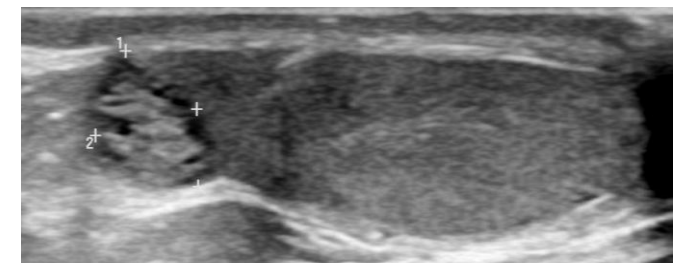


Figura 16. Torsión de apéndice, en este caso por la localización se orientó como el apéndice epididimario.

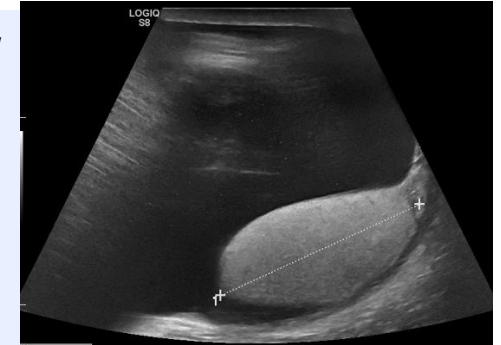
6. PATOLOGÍA DE LA BOLSA ESCROTAL

1 HIDROCELE

Es la causa más frecuente de inflamación escrotal **indolora**.
Incremento anormal del líquido entre las capas de la *túnica vaginalis* (congénito – fallo en el cierre del peritoneo; en adultos – idiopático o asociado a patología).

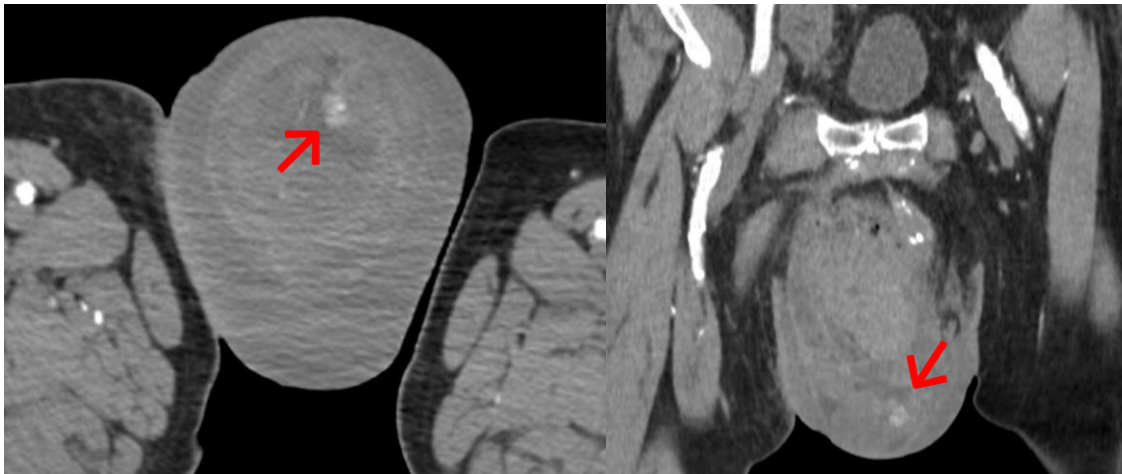
HALLAZGOS ECOGRÁFICOS

Colección anecoica +/- punteado ecogénico (proteínas / colesterol) entre la capa parietal y visceral (*Figura 17*).



2 HEMATOCELE

Acúmulo de contenido hemático en el espacio entre las capas de la *túnica vaginalis*. Suele ser de causa traumática o post-quirúrgica.



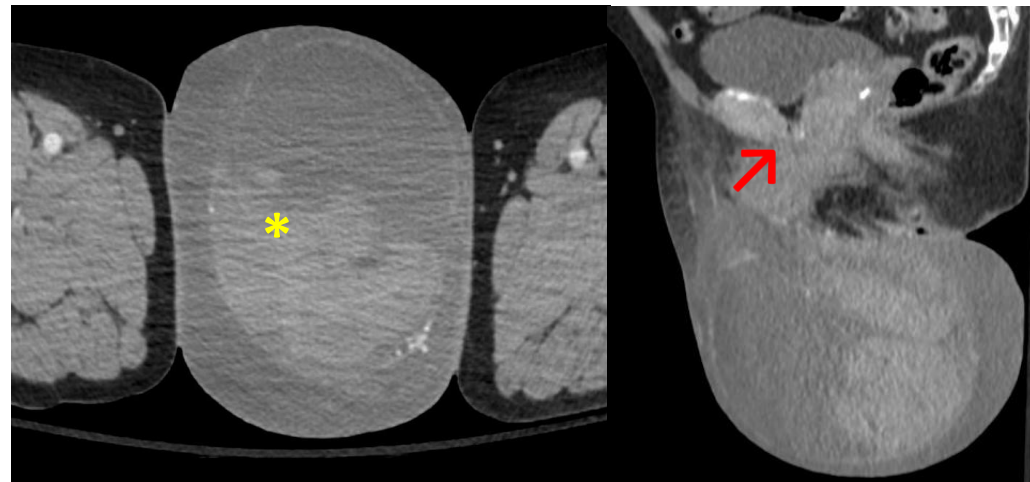
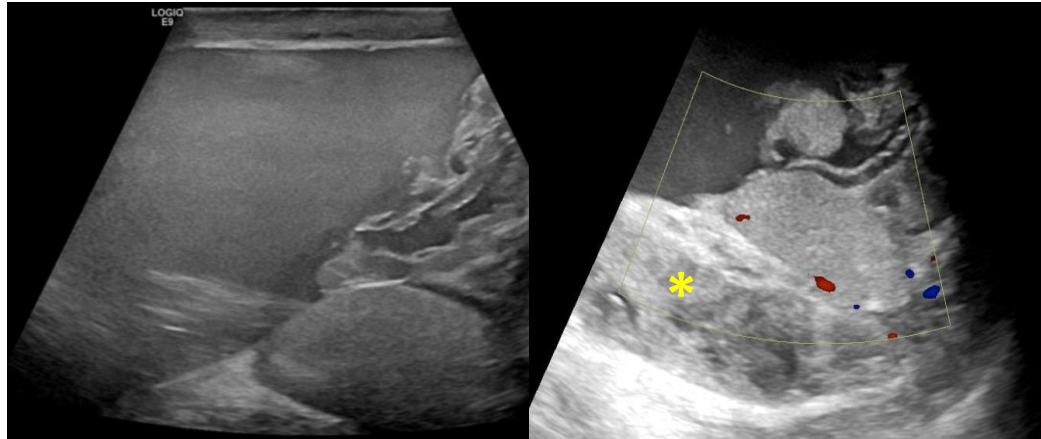
HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

Tanto el hematocele como el piocel se observan como colecciones complejas con septos internos y loculaciones.

Figura 19: Paciente sometido a hernioplastia derecha hace 6 horas que comienza con incremento del tamaño y dolor testicular.

TC abdomino-pélvico (A: axial y B: coronal) que muestra un voluminoso hematocele y hematoma testicular con un pequeño foco de **sangrado activo** (flecha roja) con progresión entre las fases arterial y venosa.

6. PATOLOGÍA DE LA BOLSA ESCROTAL



3 PIOCELE

Acúmulo de pus en el espacio entre las capas de la *túnica vaginalis*, secundario a una orquiepididimitis no tratada o rotura de un absceso intratesticular.

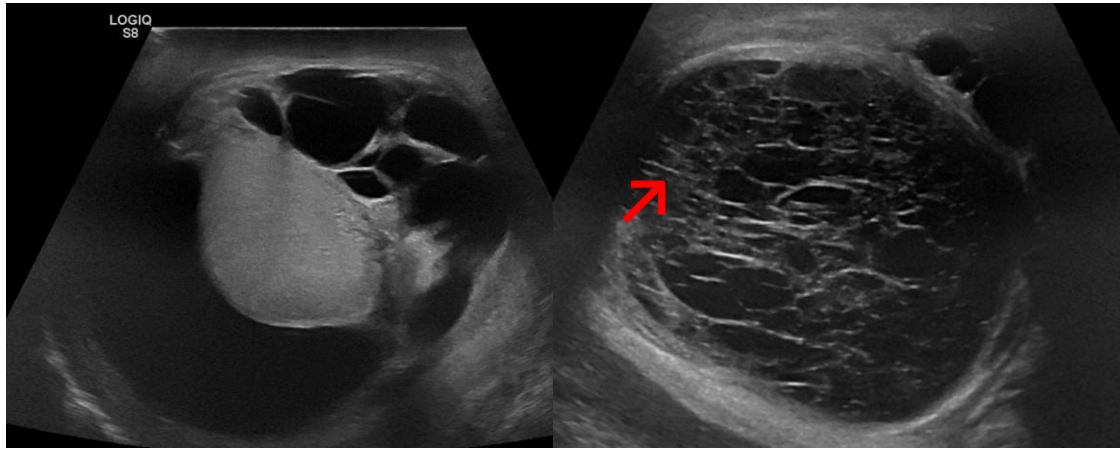
HALLAZGOS ECOGRÁFICOS

- Colección intravaginal hipoeoica con ecos en su interior, tabiques finos / gruesos o irregulares.
- Engrosamiento de la túnica vaginalis y del resto de cubiertas escrotales.
- Puede haber gas, que se verá hiperecogénico con sombra acústica.

Figuras 18 y 19: Paciente de la figura 17 pendiente de hidrocelectomía izquierda que acude por empeoramiento de síntomas consistente en aumento escrotal, enrojecimiento y dolor a la presión.

- Ecografía modo B y Doppler color: Colección intravaginal mixta, un componente líquido hipoeoico (A) con ecos en su interior y un componente sólido, con tabiques irregulares (B), hallazgos sugestivos de **piocoele con abscesificación**.
- TC pélvico en fase portal con contraste intravenoso, cortes axiales y sagital: Piocoele y absceso escrotal (*), con cambios de funiculitis en el cordón espermático (flecha roja).

6. PATOLOGÍA DE LA BOLSA ESCROTAL



4 QUISTES PARATESTICULARES COMPLICADOS

ECOGRAFIA

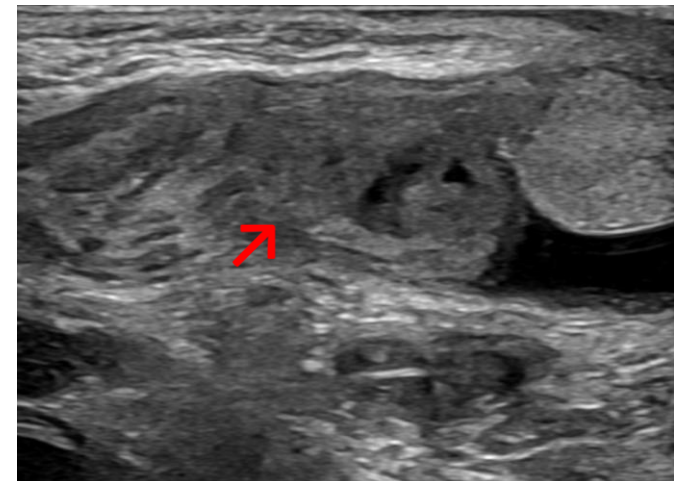
- No complicado (figura 20 -A): Colección escrotal ovalada o redondeada, bien delimitada por una pared fina y regular, de contenido anecoico y con refuerzo acústico posterior. De localización extravaginal contiguos al testículo, pero separados de él, comúnmente por la cabeza del epidídimo.
- Complicado (hemorragia, infección o torsión) (figura 20-B): Colección de contenido heterogéneo con ecos en su interior (coágulos, detritus o pus), con engrosamiento o irregularidad de la cápsula y aumento de flujo Doppler en la pared del quiste.

5 HERNIA INGUINO-ESCROTAL

Protrusión del contenido abdominal (intestino, epiplón o grasa) a través del canal inguinal hacia el escroto. Es frecuente en adultos mayores, aunque en niños puede presentarse por persistencia del conducto peritoneo – vaginal.

ECOGRAFIA

- Masa heterogénea en el interior del conducto inguinal de aspecto hiperecogénico (grasa) o con capas murales y espacio intraluminal típico de las asas de intestino delgado (figura 21).
 - Puede desaparecer o reducirse al aplicar compresión manual o cambiar la posición del paciente.
 - Puede aumentar mediante maniobras de Valsalva.



7. PATOLOGÍA DEL CORDÓN ESPERMÁTICO

1 FUNICULITIS

Inflamación del cordón espermático por:

- Extensión de una infección en las estructuras anatómicas cercanas (epidídimo, teste o uretra)
- Tras manipulación del mismo (hernioplastia o vasectomía).

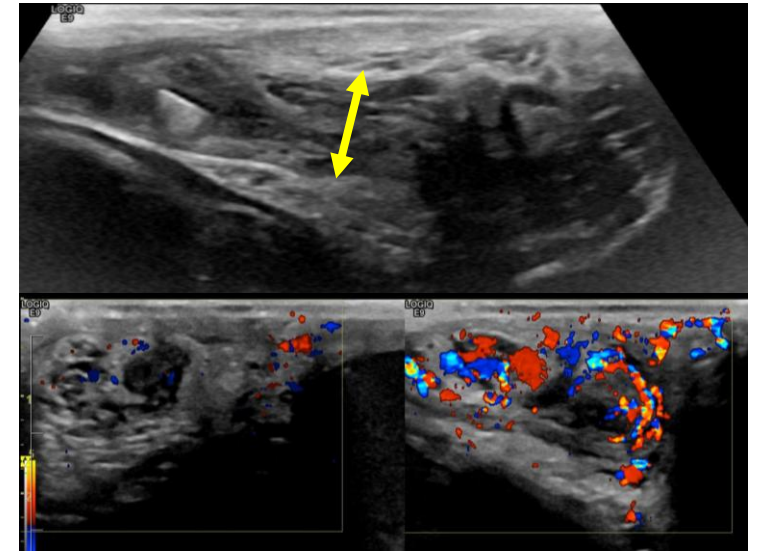
ECOGRAFICOS

MODO B

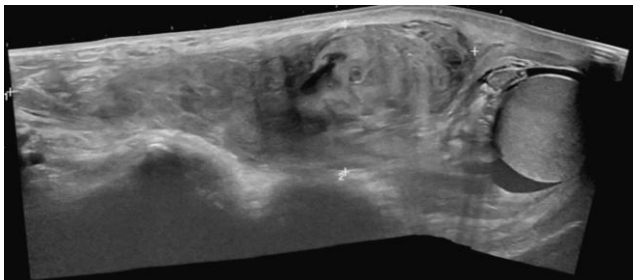
- Engrosamiento del cordón espermático (*figura 22 - A*).
- Alteración de la **ecogenicidad de la grasa** (hiperecogénica)

DOPPLER
COLOR

- **Aumento** de la vascularización en comparación con el contralateral (*figura 22 - B*).



2 COLECCIONES



Propagación de infecciones, la formación de hematomas o seromas postquirúrgicos tras hernioplastias o vasectomía, o por el descenso de hematomas intraabdominales a través del conducto inguinal, aprovechando su continuidad anatómica con la cavidad abdominal.

Figura 23: Colección inguino-escrotal derecha de 12 x 4 x 7 cm tras vasectomía derecha hace 24 horas compatible con hematoma.

7. PATOLOGÍA DEL CORDÓN ESPERMÁTICO

3 TORSIONES DEL CORDÓN ESPERMÁTICO

4 VARICOCELE

No es en sí una causa de escroto agudo, pero puede condicionar molestias y forma parte del diagnóstico diferencial.

Dilatación anormal de las venas del cordón espermático por incompetencia de las válvulas de la vena espermática interna.

- Más común en el lado izquierdo (más larga, desemboca en la vena renal en un ángulo recto y compresión por colon descendente).
- Incremento en Valsalva o bipedestación.
- 15 % de los hombres entre 15 – 20 años (**por encima de los 40 años, sospechar causa maligna**).

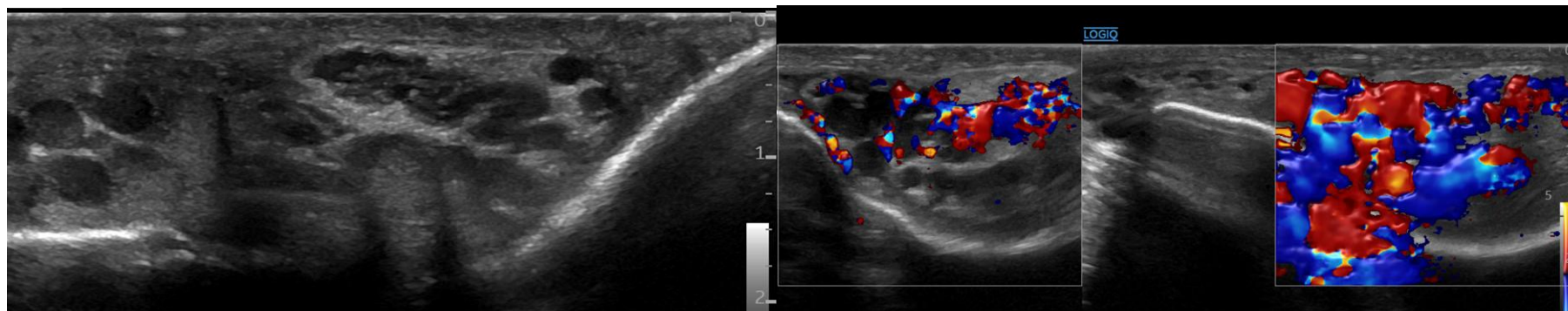
HALLAZGOS ECOGRÁFICOS ESPERABLES

MODOS B

- Múltiples estructuras tubulares **serpiginosas** (plexo pampiniforme), hipoeoicas, localizadas en la parte superior y lateral del testículo.
- Diámetro **> 2 mm**.
- Ecos intraluminales por enlentecimiento del flujo.

DOPPLER COLOR

- **Patrón venoso de flujo** con relleno en las maniobras de Valsalva (figura 25, comparación sin y durante la realización de Valsalva).

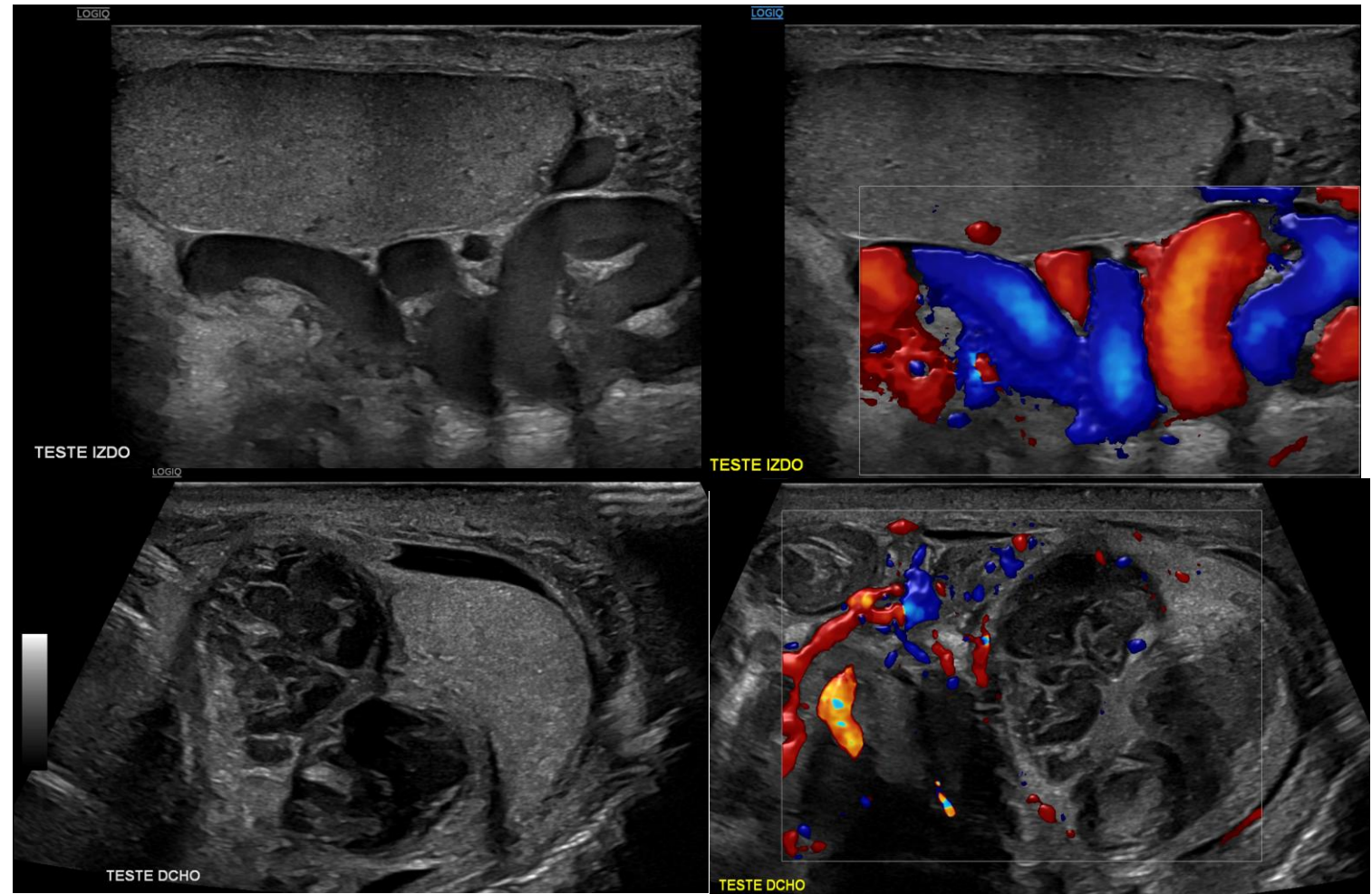


7. PATOLOGÍA DEL CORDÓN ESPERMÁTICO

4 VARICOCELE

Raramente, puede complicarse por el enlentecimiento del flujo y trombosarse.

*Figura 26: Paciente de 50 años con Síndrome de klippel-trenaunay con significativo varicocele bilateral que presenta dolor escrotal derecho agudo. Ocupación de las venas que conforman el plexo pampiniforme por material ecogénico, compatible con **trombosis**.*



8. PATOLOGÍA DE LAS CUBIERTAS ESCROTALES

1 EDEMA ESCROTAL IDIOPÁTICO

Edema de la piel y de la fascia de Dartos, **autolimitado**, sin involucración de fascias profundas ni estructuras dentro de la bolsa escrotal.

- Generalmente en niños < 10 años (¿Edema angioneurótico por reacción de hipersensibilidad?).
- Inflamación y edema, no siempre doloroso.
- 90 % unilateral; un 50 % se extiende a la región perineal o inguinal.

HALLAZGOS ECOGRÁFICOS

MODO B

- **Engrosamiento** y láminas anecocias en la piel y fascia escrotal superficial, sugestivas de edema (*figura 27-A*)
- Estructuras intraescrotales de apariencia normal.

DOPPLER COLOR

- **Hipervascularización con SIGNO DE LA FUENTE** (en un corte transversal) (*figura 27-B*)

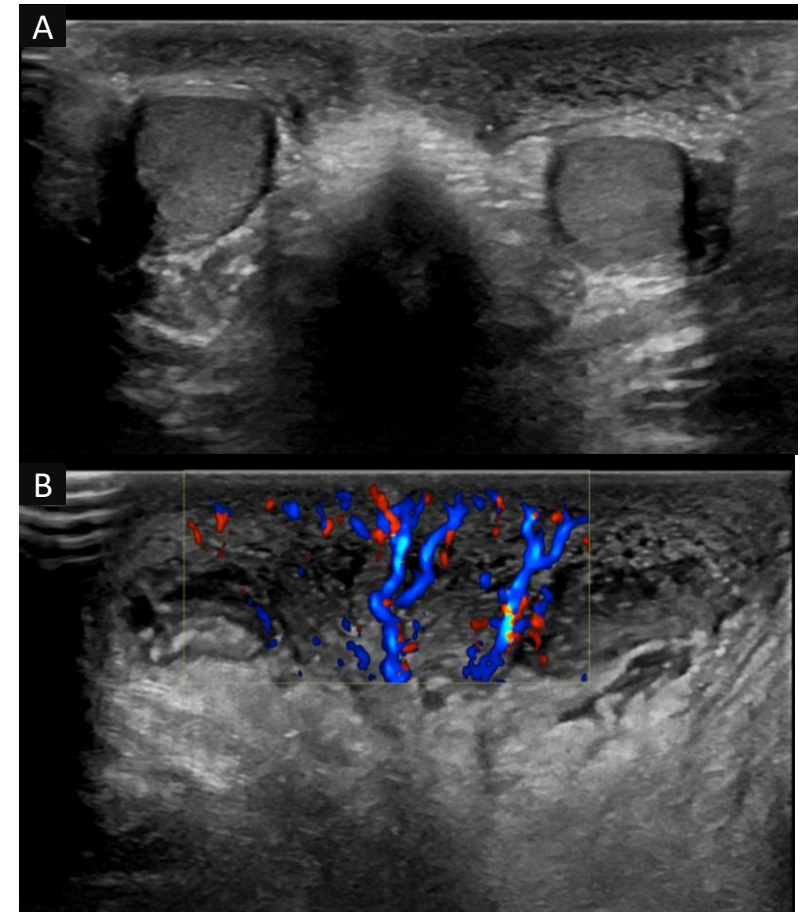


Figura 27. Edema escrotal idiopático limitado a la piel y fascia de Dartos, con el signo de la fuente en el modo Doppler color.

8. PATOLOGÍA DE LAS CUBIERTAS ESCROTALES

2 CELULITIS ESCROTAL

Cambios inflamatorios limitados a la pared escrotal, con preservación de parénquima testicular.
Más frecuente en obesos, diabéticos e inmunocomprometidos.

HALLAZGOS ECOGRÁFICOS

MODO B

- **Engrosamiento difuso** de la pared escrotal, generalmente > 5 mm:
- **Aumento de la ecogenicidad**, con un patrón discretamente heterogéneo. Patrón en “empedrado” secundario a **edema intersticial** entre los lobulillos grasos.
- Puede progresar hacia áreas flemonosas, colecciones líquidas no encapsuladas y abscesos subcutáneos (figura 28).
- Testículo y epidídimo de características normales (diferencia con la orquiepididimitis)

DOPPLER COLOR

Incremento de la vascularización, que refleja la hiperemia inflamatoria.



8. PATOLOGÍA DE LAS CUBIERTAS ESCROTALES

3 GANGRENA DE FOURNIER O FASCITIS NECROTIZANTE PERINEO-ESCROTAL

Infección necrotizante polimicrobiana que afecta a los planos fasciales, **rápidamente progresiva y con alta morbilidad.**

La contigüidad anatómica entre las fascias subcutáneas de Buck (pene), Dartos (escroto), Colles (periné) y Scarpa (pared abdominal anterior) favorece la diseminación acelerada y extensa del proceso infeccioso.

- Factores de riesgo:
 - Inmunocomprometidos.
 - Diabetes mellitus
 - Alcoholismo crónico.
 - Insuficiencia renal crónica
 - Desnutrición
- Factores predisponentes:
 - infección cutánea o perineal
 - Absceso perianal
 - Fístulas anorrectales
 - Quiste pilonidal infectado.

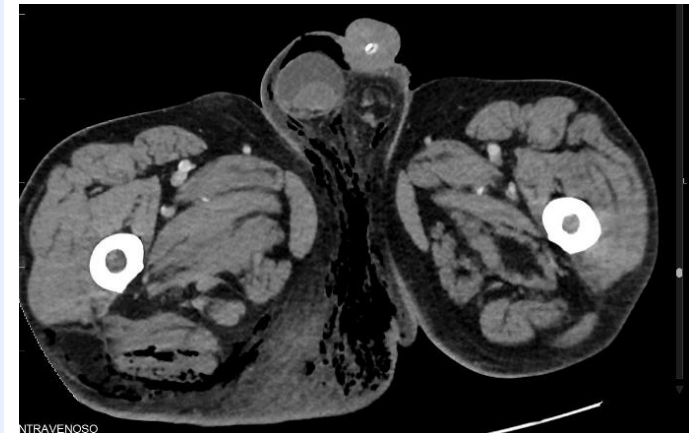
PRUEBA DE ELECCIÓN

TC ABDOMINO-PÉLVICO HASTA
MUSLOS CON CONTRASTE IV

- Identificar la causa desencadenante
- Valorar la existencia o no de colecciones
- Valorar la extensión de la necrosis

HALLAZGOS POR IMAGEN

- **Engrosamiento fascial** e hiperrealce tras contraste.
- **Estriación de la grasa** del tejido celular subcutáneo
- **Enfisema subcutáneo** genital con disección de planos musculares (**su ausencia no EXIME el diagnóstico**).
- **Líquido mal delimitado o colecciones abscesificadas.**



9. CONCLUSIONES

- **La ecografía escrotal** es la técnica de imagen de **primera elección** en la evaluación del escroto agudo por su alta sensibilidad y especificidad. Es un pilar fundamental para diferenciar rápidamente patologías quirúrgicas urgentes (torsión testicular) de procesos inflamatorios o benignos, que precisan un tratamiento conservador (epididimitis, edema escrotal idiopático).
- **El modo Doppler color** aporta información funcional sobre la perfusión testicular:
 - Ausencia de flujo → sospechar isquemia / torsión.
 - Hiperemia → proceso inflamatorio
- **La rotura testicular** constituye una emergencia urológica, caracterizada por la discontinuidad de la túnica albugínea y alteración del contorno testicular.
- **La gangrena de Fournier** es una fascitis necrotizante rápidamente progresiva cuya sospecha y diagnóstico precoz es imprescindible por su alta mortalidad. En este caso la prueba de elección es el TC abdomino-pélvico tras la administración de contraste endovenoso, para valorar la extensión y la gravedad.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Dogra VS, Gottlieb RH, Oka M, Rubens DJ. Sonography of the scrotum. *Radiology*. 2003;227(1):18-36.
2. Remer EM, Casalino DD, Arellano RS, Bishoff JT, Coursey CA, Dighe M, et al. ACR Appropriateness Criteria®: Acute-onset scrotal pain—without trauma or antecedent mass. *Ultrasound Q*. 2012;28(1):47-51.
3. Bhatt S, Dogra VS. Role of US in testicular and scrotal trauma. *Radiographics*. 2008; 28(6):1617-29.
4. Valentino M, Berlotto M, Ruggirello M, Pavlica P, Barozzi L, Rossi C. Cystic lesions and scrotal fluid collections in adults: ultrasound findings. *J Ultrasound*. 2011;14(4):208-15.
5. Vijayaraghavan SB. Sonographic differential diagnosis of acute scrotum: real-time whirlpool sign, a key sign of torsion. *J Ultrasound Med*. 2006;25(5):563-74.
6. Del Cura JL, Pedraza S, Gayete A. *Radiología esencial*. 2ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2009.