

# SCROTO ACUTO

Massimo Schiavone MD, UOC II ^CHIRURGIA  
Chirurgia Urologica - Sandro Pertini Hospital  
Rome

**Scrotum pain has many causes, some of which  
are acute emergencies that require  
immediate medical attention**

William M. Zirkin M.D.

Department of Emergency Medicine  
Greater Baltimore Medical Center

## CAUSE DI SCROTO ACUTO

**Torsione funicolo-testicolare**

**Epididimite**

**Torsione delle appendici del Testicolo**

**Traumi dei testicoli**

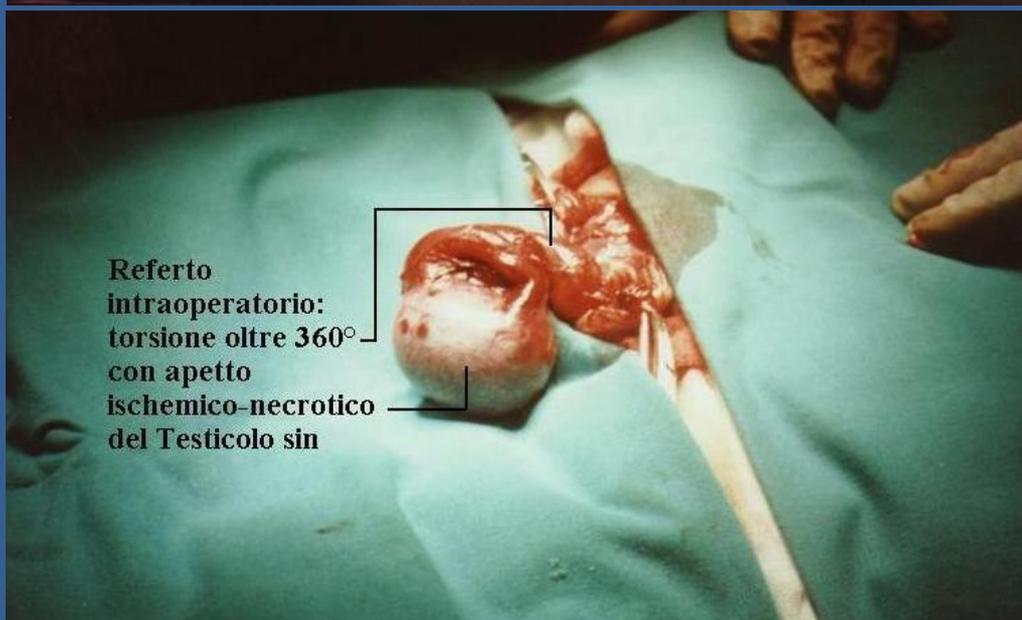
**Ernia inguino-scrotale**

**Orchite ed Ascessi scrotali**

**Tumori del Testicolo**

**Idrocele ipertensivo**

# TORSIONE FUNICULO TESTICOLARE SINISTRA DI 360°



# TORSIONE FUNICOLO TESTICOLARE DESTRA DI 180°



ALLA DARTOTOMIA: EMATOMA POST TORSIONE  
EPIDIDIMO FUNICOLARE



## APERTURA DELL'EMATOMA



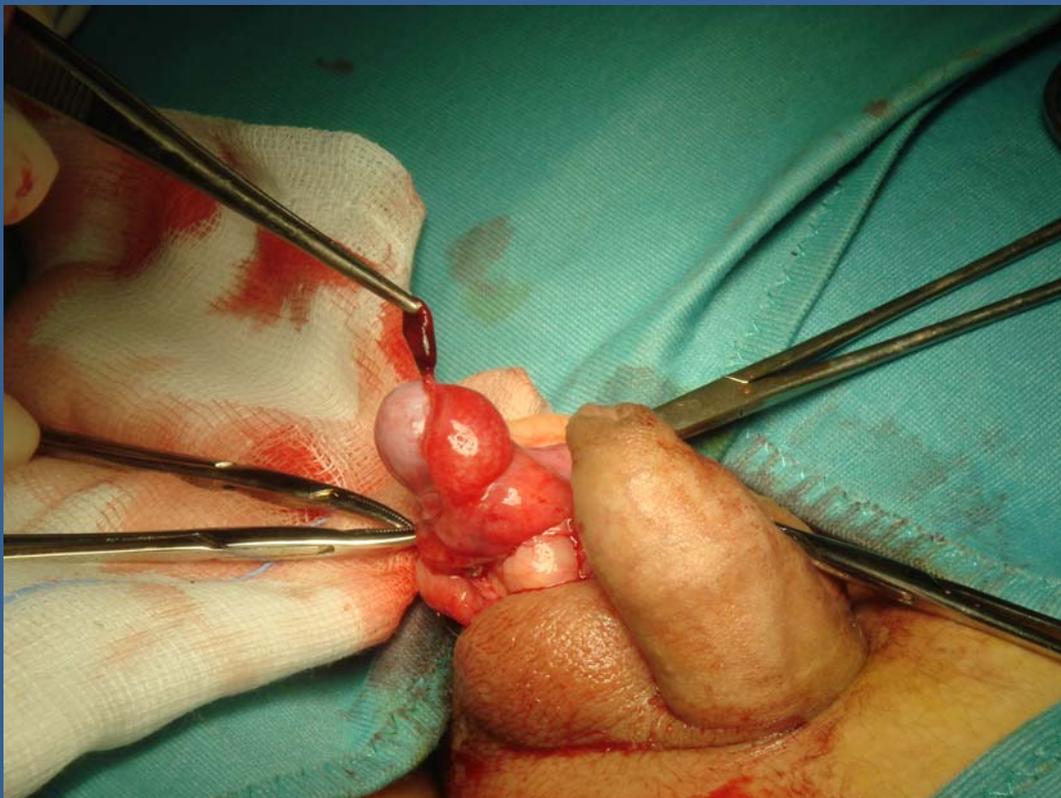
**ASPETTO DOPO DETORSIONE E TOILETTE DELL'EMATOMA  
(è stata eseguita la biopsia del didimo)**



**RIPRESA COMPLETA DOPO 15'**



**TORSIONE DI "IDATIDE DI MORGAGNI"**



## TORSIONE FUNICOLO TESTICOLARE

La torsione del testicolo si verifica sia nell'infanzia che nell'età adulta con un picco di frequenza di 1 caso ogni 160 in un range di età compreso tra i 15 e 25 anni.

La torsione può essere a carico del solo funicolo (torsione funicolare o extra vaginale) più frequente nell'infanzia e causata da un'anomala discesa del testicolo, o a carico del testicolo vero e proprio (didimo ed epididimo), di solito intravaginale e secondaria ad una anomala inserzione della vaginale sul funicolo anziché sull'epididimo, il che rende possibile la torsione del testicolo nella cavità vaginale.

Causa scatenante un intenso esercizio fisico, il freddo od un trauma che determinano una contrazione del cremastere.

La storia clinica di un dolore improvviso unilaterale ed ingravescente accompagnato o no da dolore addominale nausea e vomito, con risalita evidente ed obiettivabile del testicolo interessato spesso anche ingrossato, devono sempre far sospettare tale evenienza.

Tale quadro clinico deve essere considerato una urgenza chirurgico-urologica assoluta.

L'intervento chirurgico esplorativo è d'obbligo e deve essere possibilmente eseguito prima delle 6 ore dall'esordio della sintomatologia, altrimenti il testicolo riceve danni ischemici irreversibili a tal punto da rendere talora necessaria l'orchiectomia. La diagnosi differenziale va posta con l'orchi epididimite (si ricorda che nella prima infanzia una orchi epididimite è pressoché assente) con la torsione di appendici del testicolo (che comunque possono essere causa di successiva torsione funicolo testicolare se non rimosse)

Vitalità del testicolo torto vs.durata dei sintomi  
(su una casistica di 62 dartotomie esplorative)

durata dei sintomi	dartotomie	orchiectomie	% di conservazione
0 – 4 h	12	0	100
4,1 – 8 h	26	1	96,1
8,1 – 16 h	8	2	75
> 16 h	16	12	25

Non esistono esami diagnostici attendibili per fare diagnosi al 100% di torsione testicolare.

Il doppler può aiutare quando non è evidenziabile il flusso arterioso, esiste tuttavia la possibilità che un testicolo torto anche di 360° mostri un flusso soddisfacente. *“Presenta un’alta percentuale di falsi negativi a causa dell’iperemia dello scroto che può mascherare l’ischemia” (Prof. Claudio Spinelli Cattedra di Chirurgia Pediatrica ed infantile Università degli Studi di Pisa)*

(EBM della letteratura 1 - Dal trattato di Urologia di Michele Pavone Macaluso: “ L’esame doppler del funicolo.....si possono avere falsi negativi sino al 30% dei casi anche in presenza di una ischemia testicolare severa irreversibile”)

(EBM della letteratura 2 - Dal trattato di "Diagnosi delle malattie genito-urinarie" di Resnick ed Older: "Si ritiene generalmente che sia necessaria una torsione di 720° per una cessazione completa del flusso ematico sia arterioso che venoso")

(EBM della letteratura 3 - Dal Trattato di Urologia di Campbell: "... tuttavia, altri Autori hanno dimostrato che lo studio doppler può non essere in grado di studiare il flusso ematico testicolare.....")



La scintigrafia è una metodica più attendibile, può fare diagnosi nel 90% dei casi. Non è un esame facile da eseguire e specialmente non alla portata di tutti i Centri Ospedalieri.

L'esplorazione chirurgica rimane l'esame principe e per far diagnosi e per risolvere l'evento patologico. Di fronte ad un reperto intraoperatorio dubbio, dopo derotazione, circa la vitalità del didimo, va sempre eseguita una biopsia per esame istologico estemporaneo, che detterà la successione dell'atto chirurgico: terapia conservativa o orchietomia d'emblè. A derotazione eseguita il testicolo interessato va fissato con 3 punti, possibilmente non riassorbibili, al setto

intervaginale. Va sempre esplorato e fissato anche il testicolo controlaterale.

Spesso malgrado un programma operatorio ben eseguito, durante il quale la biopsia non dimostrava danni irreversibili del testicolo per cui si optò per una terapia conservativa, dopo la dimissione del paziente apparentemente guarito, a distanza di qualche settimana, il processo di necrosi testicolare evolve con possibile esito in fistola scrotale e/o atrofia dell'organo come nel caso che segue:



E' quindi possibile un reintervento a distanza per allontanare il testicolo atrofico fistolizzato.





Il razionale per il Chirurgo, quindi, deve essere sempre quello d'informare dettagliatamente il paziente e/o i suoi familiari, se questi è minorenne, sia della gravità potenziale del quadro clinico, che di tutto l'atto operatorio che si va ad intraprendere ed ottenerne il consenso assenso pieno, sia ad una eventuale orchietomia che ad un differito reiterato atto chirurgico.

*Massimo Schiavone MD, Dirigente chirurgo UOC II Chirurgia, Ospedale Sandro Pertini, Roma Responsabile dell'attività di Chirurgia Urologica*

*Email: [chirurgia\\_urologicasch\\_pertini\\_hospital@hotmail.com](mailto:chirurgia_urologicasch_pertini_hospital@hotmail.com)*

## BIBLIOGRAFIA

1. **Lo scroto acuto Acute scrotum** P.Curti, F. Migliorini, S. Cicuto, A. Portuese\*, G. Alossini - *Cattedra e Divisione Clinicizzata di Urologia \* Istituto di Radiologia - Ospedale Policlinico - Università degli Studi – Verona - 47° Convegno SUNI - Treviso, 24-26 settembre 1998 - Tavola Rotonda su: "Le urgenze in Urologia" - Relazione.*
2. **Lo Scroto acuto e le urgenze urologiche** di Salvo Rotondo – *Auronews - Organo ufficiale dell'Associazione Urologi Italiani anno 3 - numero 5 - settembre 2001.*
3. **Scroto Acuto** M. Porena – E. Costantini – F. Guercini – A. Giannantoni – *Trattato di Andrologia a cura di Massimo Porena e G. Fabrizio Manchini Fabris.*
4. **Lo Scroto Acuto in età pediatrica** A. Calisti - Az.Osp.San Camillo Forlanini U.O.C. di Chirurgia Pediatrica – *Relazione - Chirurgia Urologica: Urgenze, Traumi ed Infezioni - II Corso di Aggiornamento per Medici, Farmacisti ed Infermieri – Ospedale Sandro Pertini - Roma, 10, 12, 13 marzo 2004.*

---

La mia Lista di Link

[MEDICINA E CHIRURGIA:PASSATO,PRESENTE E FUTURO](#): HOME PAGE

---