

Torsión del testículo y sus hidátides. Revisión de la literatura y reporte de 18 casos*

Por los Dres.:

RENÉ GÓMEZ ARECES** e ISABEL CARAVIA PUBILLONES***

Gómez Areces, R. et al. *Torsión del testículo y sus hidátides. Revisión de la literatura y reporte de 18 casos.* Rev. Cub. Ped. 45: 4, 5, 6, 1973.

Se realiza una revisión de la literatura mundial sobre torsión testicular y sus hidátides; se presentan 18 pacientes tratados en Camagüey, analizando la mayor incidencia de este estado patológico en la infancia a predominio de los lactantes, siendo las manifestaciones clínicas más importantes: dolor, aumento de volumen y enrojecimiento del hemiescrotó afectado. Se define que son escasas las diferencias semiológicas entre la torsión pedicular y de las hidátides; se preconiza la escrototomía exploradora, que logra el diagnóstico precoz en todo proceso inflamatorio escrotal. Se comprueba que en aquellos pacientes que presentan síntomas que sobrepasan las 24 horas, el testículo va a la atrofia, y que sólo son viables las torsiones pediculares tratadas antes de las 24 horas del inicio de los síntomas.

INTRODUCCION

Motivados por la alta incidencia en nuestro medio de los procesos inflamatorios agudos escrotales y el manejo inapropiado que de los mismos se hace, decidimos la presentación de este trabajo con fines de hacer un llamado de alerta a cirujanos pediátricos y pediatras en general, para lograr establecer un diagnóstico precoz que permita instaurar la terapéutica efectiva en tiempo y forma para de esta manera obtener la salvación del testículo, lo que garantizará en el futuro hombres mental y físicamente aptos.

La torsión testicular fue descrita por primera vez en 1840 por *Delasiauve*,¹ siendo más tarde descrita en niños por *Tayer* en 1897. *Morgagni*¹ describe la hidátide que lleva su nombre en 1761,

pero no es hasta 1922 en que *Colt* reconoce clínicamente la torsión de la misma. Sin embargo nosotros encontramos que fue reportada por *Ombredanne* en 1913.²

Posteriormente muchos fueron los reportes presentados, aunque creemos que la torsión del testículo y de sus hidátides se presenta con mayor frecuencia de lo que suponemos.

ETIOPATOGENIA

El testículo normalmente desciende al escroto con su envoltura peritoneal atraído por el proceso vaginal.³ El conducto peritoneo-vaginal se oblitera proximalmente, quedándole solamente al testículo su revestimiento vaginal el cual es incompleto en su porción posterior donde está situado el epidídimo; igualmente sucede alrededor del cordón espermático.

Cuando el epidídimo y la porción inferior del cordón espermático quedan dentro de la envoltura vaginal, le brinda una movilidad excesiva dentro de la túnica vaginal, haciéndose susceptible de una torsión intravaginal. Por otro

* Trabajo presentado en la Jornada Obstétrica Pediátrica de Camagüey. Nov. 1972.

** Especialista de 1er. Grado. Jefe del servicio de Urología del Hospital Provincial Docente "M. Ascunce" de Camagüey.

*** Residente del Servicio de Urología del Hospital Provincial Docente "M. Ascunce" de Camagüey.

lado, en ausencia de anomalía anatómica, el testículo es susceptible de torcerse en el trayecto del canal, siendo esta variedad mucho más rara. Dado que el cordón espermático izquierdo es más largo que el del lado derecho, por lo que se producirían torsiones con mucha mayor frecuencia.

En cuanto a los apéndices testiculares⁴ han sido descritos cuatro:

Apéndice testicular o de Morgagni. Es el más frecuente de todos, reportándose su presencia en el 92% de las neoplasias. El mismo está situado en el polo superior del testículo adherido a la albugínea, siendo un remanente embrionológico de la porción más craneal de los órganos de Müller. Siendo un homólogo de la trompa de Falopio fibrosada.

Apéndice epididimario: Es un remanente embrionario de los conductos de Wolff, siendo un homólogo del epoóforo de la mujer.

El paradidimo: Situado en la porción terminal del conducto deferente.

El vas aberrante: Es el cuarto apéndice siendo más rara su presencia y situado en la unión del cuerpo y cola del epidídimo. Estos dos últimos son remanentes embrionarios de los grupos caudales de los tubos mesonéfricos, son homólogos del paraoóforo en la mujer.

Estos apéndices son susceptibles de torcerse con la consiguiente necrosis hemorrágica, pero es de señalar que se reporta en general que el 95% de las torsiones apendiculares corresponden a la hidátide de Morgagni y el 5% restante a las otras variantes.

En nuestra serie de casos solamente vimos torsiones de la hidátide de Morgagni en 6 pacientes; y en 12 fueron torsiones pediculares. (Cuadro II).

CUADRO I

Grupos etarios	No. de Pacientes	%
0 — 6 meses	7	38
7 — 11 meses	1	6
1 — 5 años	2	12
6 — 10 años	5	27
11 y más	3	17
Total	18	100

Edad promedio: 7 años

Más joven: 10 días

Más viejo: 38 años

MATERIAL Y METODO

Fueron revisados los pacientes ingresados en el hospital provincial pediátrico de Camagüey y en el hospital provincial docente "M. Ascunce", durante los años 1970 al 1972, ambos inclusive, con los diagnósticos de torsión testicular o sus hidátides, siendo un total de 18 pacientes. (Ver Cuadro III). Se analizan historia de la enfermedad, examen físico, exámenes complementarios, hallazgos quirúrgicos y evolución ulterior de los mismos.

DISCUSION

La torsión del pedículo testicular o sus hidátides se presenta con más frecuencia en niños, siendo para la mayoría de los autores en la etapa prepuberal (ver Cuadro I); sin embargo en nuestro medio la edad promedio es de 7 años, con mayor incidencia en lactantes. Así Jones determina que es a los 13,3 años, O'Connor, a los 14 años y 4 meses; Deming a los 14 años; Abeshouse, a los 17,7 años; Skoglud, a los 14,9 años; Kaplan, a los 7 años. En

cuanto al lado afecto, no existe predominio de un lado sobre otro en los datos recogidos en la literatura mundial, sin embargo en nuestros casos tu-

vimos mayor afectación del lado derecho que del izquierdo en los casos de hidátides de Morgagni torcidas (ver Cuadro IV).

CUADRO II
CLASIFICACION ANATOMOCLINICA DE LA TORSION TESTICULAR

Torsión pedicular	12 pacientes	67%
Torsión de hidátides	6 pacientes	33%

CUADRO III
DISTRIBUCION GEOGRAFICA POR REGIONALES DE CAMAGUEY

Reg. Camagüey-Vertientes	13 pacientes	71%
Reg. Morón	3 pacientes	17%
Reg. Nuevitas	1 paciente	6%
Reg. Florida	1 paciente	6%

CUADRO IV
TORSION TESTICULAR: LADO AFECTADO

Torsión pedicular:		
Derecho	7 pacientes	58%
Izquierdo	5 pacientes	42
Torsión de hidátides:		
Derecho	5 pacientes	83%
Izquierdo	1 paciente	17
La incidencia por lado afectado para ambos tipos de torsión:		
Derecho	12 pacientes	67%
Izquierdo	6 pacientes	33

Entre los antecedentes, se reportan clásicamente en la literatura la criptorquidia,^{1,6,7} aunque sin embargo, autores como Jones plantean la posibilidad de tratarse de pacientes con un reflejo cremasteriano intenso, no siendo verdaderas criptorquidias y teniendo posibilidades de torcerse. Asimismo se reportan como antecedentes de importancia: los traumatismos, dolores en el

área inguinal a los esfuerzos físicos intensos, datos que se han recogido en nuestras estadísticas, sin embargo el 76% de nuestros pacientes carecían de antecedentes de importancia (ver Cuadro V).

En relación a los síntomas y signos de la torsión testicular y/o sus hidátides, cabe señalar que para ambas existe muy poca diferencia, siendo la

sintomatología predominante: dolor espontáneo e intenso en el hemiescrotal afecto y a veces localizado al hemiabdomen inferior; aumento de volumen con enrojecimiento de la piel del escroto, siendo ello, en caso de torsión de las hidátides de menor intensidad, como por ejemplo: dolor menos intenso, reacción local más leve y localizada generalmente al polo superior del testículo y en ocasiones de hacerse evidente la necrosis de la hidátide, se observa como un punto negro en un escroto transluminado (ver Cuadro VI).

En aquellos casos de testículos criptorquidostorcidos, toda esta sintomatología quedará reflejada en el área in-

guinal o abdomen inferior, quedando excluido el escroto.

Resulta útil durante el examen físico la obtención del signo de Prhens para la diferenciación con los procesos inflamatorios del testículo y epididismo. La evidencia de estos síntomas debe llamar la atención, ya que se correlaciona altamente con la evolución ulterior del paciente como veremos posteriormente.

Es necesario tener en cuenta otros procesos que cursan con sintomatología muy parecida, tales como: orquitis, epididimitis, orquiepididimitis, hematoceles, hematoma del cordón espermático o del plexo pampiniforme, absceso escrotal, edema angioneurótico local, más

CUADRO V

Antecedentes		
Herniografía inguinal	1 paciente	6%
Dolor a repetición a los esfuerzos	1 paciente	6%
Traumatismos	1 paciente	6%
Criptorquidia	1 paciente	6%
Sin antecedentes	14 pacientes	76%

CUADRO VI

SINTOMAS Y SIGNOS DE LA TORSION TESTICULAR

Dolor espontáneo	13 pacientes	72%
1 — Escrotal	9 pacientes	50
2 — Inguinal	3 pacientes	17
3 — Abdominal	1 pacientes	6
No dolor	5 pacientes	28
Fiebre	4 pacientes	22
Tumoración escrotal	16 pacientes	89
Tumoración inguinal	1 paciente	6
Enrojecimiento escrotal	16 pacientes	89
Signo de Prhen +	5 pacientes	27

raramente la infiltración leucémica del escroto, así como los tumores del mismo.

Aunque no hemos recogido en la literatura el porcentaje de anomalías asociadas, hemos hallado un 24% en nuestra serie de casos (Cuadro VII).

Desde el punto de vista terapéutico, en general se acepta que todo proceso inflamatorio agudo del escroto debe ser considerado una urgencia quirúrgica, avalado ello por la experiencia recogida en la literatura de los pobres resultados obtenidos en aquellos pacientes cuya evolución clínica ha sobrepasado las primeras 24 horas.⁵ Así por ejemplo, *Barker* ha obtenido un 31% de testículos salvados, *Amar* un 41%, *Moharib* un 37% y en Camagüey hemos obtenido un 33% (ver Cuadros VIII, IX y X).

Una vez realizado el diagnóstico precoz de un escroto agudo realizamos la escrototomía exploradora, la cual nos dará un diagnóstico definitivo de la afección y de acuerdo con la misma realizaremos: exéresis de la hidátide necrótica en los casos de torsión apendicular; destorsión y orquidopexia en aquellos casos de torsión del pedículo testicular que al distorsionarse y aplicar

calor local recuperan su coloración normal; de no lograrse este objetivo y con un período sintomático mayor de 24 horas se realizará la orquiectomía. En nuestra serie de 18 casos, 12 fueron torsiones pediculares, practicándose 3 orquiectomías, 9 destorsiones y 6 exéresis de hidátides necrosadas (ver Cuadro XI). De las orquiectomías realizadas el 100% de los casos presentaron infarto hemorrágico del testículo. En los 9 casos tratados con distorsión y orquidopexia se practicaron dos biopsias: en uno el resultado fue: congestión y hemorragia; y en el otro (cuya recuperación no se observó transoperatoriamente) el resultado fue de necrosis y hemorragia, lo que demuestra la inutilidad de realizar la pexia a un testículo no viable (ver Cuadro XII).

La generalidad de los autores recomiendan la pexia del testículo contralateral en el mismo acto operatorio por la posibilidad de torsión.^{1,3,4,5 y 6} En nuestro medio no hemos realizado esta técnica por considerar riesgosa la manipulación del único testículo normal en dicho momento y no tuvimos caso alguno en tres años de evolución, de recurrencia de torsión contralateral.

CUADRO VII
ANOMALIAS ASOCIADAS

Total de pacientes	18	100%
Total de anomalías	4	24%
Hernia congénita	1	6%
Hidrocele comunicante	1	6%
Quiste del cordón espermático	1	6%
Criptorquidia	1	6%

CUADRO VIII

TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL DIAGNOSTICO Y LA INTERVENCION

Menos de 6 horas	12 pacientes	67%
Menos de 24 horas	4 pacientes	22%
Más de 24 horas	2 pacientes	11%
Menor tiempo	1 hora	
Mayor tiempo	5 días	

CUADRO IX

RESULTADOS TARDIOS EN LA DESTORSION Y ORQUIDOPEXIA

Total de casos operados: 9

Normales	3 pacientes	33%
Atróficos	4 pacientes	44%
Se desconoce	2 pacientes	23%

CUADRO X

Correlación:	Tiempo de evolución de la torsión pedicular
	Estado del testículo postratamiento conservador
Normales:	Menos de 24 horas
Atróficos:	Más de 24 horas

CUADRO XI

TRATAMIENTO DE LA TORSION TESTICULAR

Torsión pedicular	12 pacientes	67%
1 — Orquiectomía	3 pacientes	25
2 — Distorsión y pexia	9 pacientes	75
Torsión de hidátides	6 pacientes	33
Exéresis de hidátides	6 pacientes	100

CUADRO XII
HALLAZGOS ANATOMOPATOLOGICOS

Torsión pedicular:	12 pacientes	
1 — Orquitectomía	3 pacientes	Infarto testicular 100%
2 — Distorsión	9 pacientes	De éstos se tomó biopsia en 2
		1 — Congestión y hemorragia
		2 — Necrosis y hemorragia
Torsión de hidátides	6 pacientes	
Exéresis	6 pacientes	Infarto de hidátides 100%

CONCLUSIONES

1. La torsión del pedículo testicular o sus hidátides es más frecuente de lo que se estima.
2. La edad más frecuente en la que se presenta, es en la primera infancia, a predominio de lactantes, teniendo otra alta incidencia en la etapa prepuberal.
3. Se hace necesaria la exploración quirúrgica de urgencia frente a todo proceso inflamatorio agudo del escroto, ya que el pronóstico de la salvación gonadal depende de un diagnóstico y terapéutica precoces.
4. No creemos necesaria la orquidopexia contralateral profiláctica a menos que existan antecedentes de testículos retráctiles de ese lado o episodios dolorosos subagudos que planteen la posibilidad de torsiones futuras.
5. Deben tomarse las medidas de prevención primaria de este estado patológico en las consultas de Puericultura orientando a las madres sobre esta posibilidad.

SUMMARY

Gómez Areces, R. et al. *Twisting of the testicle and its hydatids. Review of literature and report of 18 cases.* Rev. Cub. Ped. 45: 4, 5, 6, 1973.

A review of literature on testicle twisting and its hydatids is carried out, and 18 patients treated in Camagüey province are presented. The highest incidence of this pathological condition in childhood and its predominance in newborn infants are analyzed. The most significant clinical manifestations are: pain, increase in size and redness of the affected hemiscrotum. It is defined that the semiologic differences found between pedicular twisting and hydatids are small exploratory scrototomy is indicated for the early diagnosis in every scrotum inflammatory process.

It is verified that, in those patients who show symptoms surpassing 24 hours, the testicle becomes atrophic and that only pedicular twisting treated 24 hours before the beginning of the symptoms are viable.

RESUME

Gómez Areces, R. et al. *Torsion du testicule et ses hydatides. Révision de la littérature. A propos de 18 cas.* Rev. Cub. Péd. 45: 4, 5, 6, 1973.

On fait une révision de la littérature mondiale sur la torsion testiculaire et ses hydates. On décrit 18 cas traités à Camagüey, analysant la plus haute incidence de cet état pathologique dans l'enfance à prédominance chez les nourrissons, étant les manifestations cliniques les plus importantes: la douleur, l'augmentation du volume et la rougeur de l'hemi-scrotum atteint. Il existe peu de différence sémiologique entre la torsion pédiculaire et celles des hydatides; on préconise l'explorotomie exploratrice, atteint par le diagnostic précoce dans le procès inflammatoire du scrotum. On constate que chez les patients montrant des symptômes qui dépassent les vingt-quatre heures, le testicule subit une atrophie, n'étant mené à bout que pédiculaires traitées vingt-quatre heures avant d'avoir commencé les symptômes.

РЕЗЮМЕ

Гомес Аресес Р., и др. *Скручивание яичек и их гидатидов. Обзор литературы и сообщение 18 случаев.* Rev. Cub. Ped. 45: 4, 5, 6, 1973

Проводится пересмотр мировой литературы на тему скручивания яичек и их гидатидов. Приводятся случаи 18 больных, леченных в провинции Камагуэй и обсуждается факт наибольшей частоты появления этого заболевания у детей и особенно у детей грудного возраста. Самыми обычными клиническими проявлениями являются боль, увеличение объема и покраснение большого гемискротума. Отмечается небольшая семиологическая разница между педикулярным и скротальным скручиванием и рекомендуется эксплорационная скрототомия, при помощи которой можно получить ранний диагноз при всяком скротальном воспалительном процессе. Проверяется, что больные, симптомы которых продолжают свыше 24 часов, переносят атрофию яичка, в то время как только те педикулярные скручивания, которые лечатся в течение первых 24х часов могут быть решены успешно.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Kaplan, G., King, L.: "Acute Scrotal Swelling in children." J. of Urology. Vol. 104: 219. Jul. 1970.
- 2.—Ombredanne, L.: "Precis Clinique et opératoire de Chirurgie Infantile" Pág. 725. Masson & Cie. Ed. Paris, 1923.
- 3.—Skoglund, R., Mc Roberts, J. W.: "Torsion of the Spermatic cord: A review of the Literature and an analysis of 70 new cases". J. of Urology Vol. 104: 604. Oct. 1970.
- 4.—Skoglund, R., Mc Roberts, J. W.: "Torsion of testicular appendages: Presentation of 43 new cases and a collective review". J. of Urology Vol. 104: 598 Oct. 1970.
- 5.—Moharib, N., Krahn, H.: "Acute Scrotum in children with emphasis of torsion of Spermatic cord." J. of Urology Vol. 104: 601. Oct. 1970.
- 6.—Campbell, M.: "Urology" Vol. I: 611; Vol. III: 2789 2d. Ed. W. B. Saunders Co. 1963.
- 7.—Grob, M.: Patología Quirúrgica Infantil. Pág. 559. Edición Científica Médica, Madrid, 1958.
- 8.—Flocks, R., Culp, D.: "Surgical Urology" Pág. 354 2d. Ed. The Year Book Pub. Chicago 1961.
- 9.—Swinney, J.: Cirugía Urológica. Pág. 279. 1ra. Ed. Salvat Editors. Barcelona, 1965.