

LUXACIÓN TESTICULAR BILATERAL

A. RODRÍGUEZ ALONSO, D. PÉREZ GARCÍA, A. OJEA CALVO,
B. RODRÍGUEZ IGLESIAS, A. ALONSO RODRIGO, J.M. BARROS RODRÍGUEZ,
J. BENAVENTE DELGADO, J.L. NOGUEIRA MARCH

Servicio de Urología. Hospital Xeral-Cies. Vigo (Pontevedra).

PALABRAS CLAVE:

Testículo. Luxación.

KEY WORDS:

Testis. Luxation.

Actas Urol Esp. 24 (1): 58-60, 2000

RESUMEN

Presentamos un caso clínico de luxación testicular bilateral de larga evolución, ocasionada por un traumatismo escrotal con un balón de fútbol, en el que se efectuó tratamiento quirúrgico, obteniéndose unos buenos resultados estéticos, endocrinos y exocrinos. El perfil hormonal androgénico y el espermograma realizados a los seis meses, mostraban unos valores en el rango de la normalidad.

ABSTRACT

Contribution of a case report of long-standing bilateral testicular luxation, the result of scrotal trauma caused by a soccer ball. Good aesthetic, endocrine and exocrine results were obtained with surgical treatment. Androgenic hormonal profile and spermogram performed at six months showed values within the normal range.

La luxación o dislocación del testículo, se define como un desplazamiento traumático del testículo y sus anejos, previamente situados a nivel intraescrotal, hacia una localización ectópica, habitualmente inguinal o púbica¹⁻³. El teste luxado no recobra su posición intraescrotal primitiva de forma espontánea, permaneciendo en la nueva localización con carácter permanente^{1,3,4}.

La causa más frecuente de la luxación del testículo son los accidentes de motocicleta. El impacto directo del escroto sobre el depósito de la gasolina o el manillar, es el mecanismo traumático que la origina^{3,4}.

La luxación traumática del testículo es una entidad de presentación infrecuente. El primer trabajo fue publicado en 1818 por Claubry⁵, y desde entonces solamente se han recogido en la literatura médica un número aproximado de 100 casos^{1,4}. El proceso es unilateral en la mayoría de los pacientes. La luxación bilateral es un cuadro poco común, que se observa aproximadamente en el 10% de todos los casos^{4,6}.

El objetivo de esta nota clínica es aportar un caso de luxación testicular bilateral, ocasionado por un traumatismo deportivo.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 21 años de edad, que acudió al Servicio de Urgencias tras percibir, mediante auto-exploración, la ausencia de ambos testículos en la bolsa escrotal. Un mes antes de solicitar atención médica, el paciente había sufrido un traumatismo escrotal, de intensidad moderada, por un balón de fútbol sala, asociado a dolor local, que cedió espontáneamente, sin signos inflamatorios, ni hematoma.

Antes del traumatismo, ambos testículos estaban normalmente ubicados en la bolsa escrotal, y el paciente negó la existencia previa de testículos retráctiles.

A la exploración física, el paciente presentaba un escroto vacío y normalmente desarrollado. Los testículos se palpaban a nivel de los anillos inguinales externos, de tamaño y consistencia normales, indolores y fijos a las estructuras inguinales adyacentes.

Se realizó exploración quirúrgica de ambos testes por vía inguinal, confirmandose su localización a nivel inguinal subcutáneo, entre la fascia de Scarpa y la aponeurosis del músculo oblicuo mayor. Ambos testículos y sus cordones espermáticos presentaban

un aspecto macroscópico normal, con importantes adherencias a las estructuras adyacentes. Se efectuó liberación de las adherencias que fijaban el testículo y el cordón espermático, situando finalmente al testículo en una posición intraescrotal.

El paciente fue revisado después de un periodo de seis meses, realizándose un espermiograma y un perfil androgénico, para valorar la función testicular exocrina y endocrina. El espermiograma presentaba unos parámetros dentro de la normalidad, con pH: 7,5 volumen eyaculado: 110 millones/ml., 75% de motilidad espermática progresiva y un 70% de formas vivas. Los niveles hormonales determinados en sangre, se encontraban también en el rango de la normalidad, con FSH: 5 U/l, LH: 6 U/l y Testosterona: 25 nmol/l.

COMENTARIOS

La etiología de la luxación es fundamentalmente traumática. Algunos autores han sugerido, que la presencia de alteraciones anatómicas concomitantes, como hernia inguinal indirecta o teste atrófico, y que la existencia de un reflejo cremastérico hiperactivo, pueden en algunos casos, facilitar la lesión^{2,3,6}.

Para que se produzca una luxación testicular, la fuerza impactante debe incidir sobre el escroto, en una dirección tal, que el testículo ascienda a través de la raíz del escroto y se desplace hacia la región inguinal (Fig. 1). Esta concatenación de acontecimientos se produce con poca frecuencia, ya que lo habitual es que el teste tropiece con las estructuras adyacentes, especialmente el pubis, y que tras el traumatismo, permanezca en la bolsa escrotal^{1,3}.

El testículo luxado lleva consigo, en su desplazamiento, algunas de las capas de la pared escrotal. En la forma más común de luxación testicular, aquella en la que el gubernaculum no se lesiona, el teste arrastra consigo la túnica vaginal, la fascia espermática interna y la fascia cremastérica. En los casos en los que se produce una ruptura del gubernaculum, el testículo solamente diseña la túnica vaginal y la fascia espermática¹. El testículo, en su movimiento de arrastre, rompe las capas fibromusculares del cordón espermático, y una vez atravesado este, se crea un mecanismo "en ojal", que impide que el testículo retorne a su posición original².

Las luxaciones del testículo se clasifican en superficiales y profundas, en función de la localización anatómica del testículo tras el desplazamiento⁹. En las luxaciones superficiales, el testículo se sitúa a nivel subcutáneo, en un plano superficial con respecto a la fascia del oblicuo mayor^{1,3,9} (Fig. 2). Esta forma de luxación es la más habitualmente encontrada en la



FIGURA 1. Se observan ambos testículos en situación inguinal, rodeados por una circunferencia, así como la bolsa escrotal vacía.



FIGURA 2. Tiempo quirúrgico en el que se observa el testículo localizado a nivel inguinal subcutáneo.

práctica, y representa el 80% de los casos². El testículo luxado, tras haber alcanzado el tejido subcutáneo, puede situarse a nivel inguinal, púbico, peneano, incluso prepucial, perineal o crural. Se ha descrito un caso de luxación testicular transeptal, en el que el testículo tras romper el septo fibroso escrotal, quedó localizado en el interior del hemiescroto contralateral¹⁰. Las luxaciones profundas representan el 20%, y son aquellas en las que el testículo al desplazarse, es propulsado a través del anillo inguinal externo, localizándose a cualquier nivel del conducto inguinal, incluso en el interior de la cavidad abdominal. La ubicación más frecuente del testículo luxado es, con mucho, la inguinal superficial, que representa el 50% de todos los casos^{1,2,4}.

Desde el punto de vista clínico, los pacientes suelen presentarse con intenso dolor local, náuseas y vómitos. A la exploración física, la bolsa escrotal se encuentra vacía y normalmente desarrollada, pudiendo palpase el testículo desplazado en alguno de los lugares característicos de la luxación testicular^{3,6}. En ocasiones no es posible palpar el testículo, en cuyo caso debemos sospechar que se ha producido una luxación profunda. En algunos casos puede existir un hematoma y un aumento de tamaño de la bolsa escrotal, de origen inflamatorio post-traumático, lo que dificulta el diagnóstico precoz de la lesión^{3,7}.

Se han descrito casos de luxación testicular asociada a otras lesiones traumáticas, como fractura testicular, avulsión de epidídimo o torsión funicular^{1,3,6}. Algunos autores recomiendan el uso sistemático de una prueba de imagen, fundamentalmente la ecografía y el eco-doppler color, con el fin de descartar la existencia de alguna de estas lesiones asociadas^{1,2}.

El tratamiento de la luxación testicular es fundamentalmente quirúrgico, aunque como medida inicial, si la lesión es reciente y no han transcurrido más de 4 días desde el traumatismo, se puede intentar una reducción manual cerrada, arrastrándolo suavemente con la yema de los dedos, hacia el interior del escroto^{2,3,4,10}. Puede ser útil la administración de fármacos miorrelajantes, para facilitar las maniobras de reducción. No es recomendable forzar estas maniobras de forma indiscriminada, ya que la fuerza necesaria para efectuar la tracción y recolocación del testículo, puede producir un daño testicular secundario, mayor que el preexistente¹.

Por lo tanto, en la mayor parte de los pacientes es necesario practicar una reducción quirúrgica de la luxación, bien por fracaso de la reducción cerrada, o bien porque se considere como tratamiento inicial de elección^{1,2}. El tratamiento consiste en identificar el testículo, liberarlo de las adherencias que lo inmovilizan, recolocarlo en la bolsa escrotal y finalmente fijarlo a la misma. El tratamiento quirúrgico es obligado en aquellos casos en los que hayan transcurrido más de 4 días desde el traumatismo, y en aquellos pacientes en los que se sospeche una lesión testicular asociada^{1-4,8}.

En el momento actual se desconoce si una dislocación de corta evolución, puede ejercer algún efecto pernicioso sobre la fisiología y la anatomía microscópica del testículo². Las biopsias testiculares realizadas en algunos pacientes con luxaciones de larga evolución, muestran de manera uniforme atrofia de los túbulos seminíferos, trastornos de la espermatogénesis y proliferación de células intersticiales^{2,3}.

Estos trastornos anatomopatológicos son similares, aunque de menor intensidad, a los encontrados en los testículos criptorquídicos³.

CONCLUSIONES

El caso que aportamos corresponde a una luxación testicular bilateral superficial, de localización inguinal, causada por un traumatismo escrotal con un balón de fútbol, y que fue tratada quirúrgicamente después del traumatismo. El perfil hormonal androgénico y el espermiograma realizados a los seis meses, mostraban unos valores en el rango de la normalidad.

La luxación testicular es una entidad de presentación infrecuente, especialmente la forma bilateral. La forma más habitual de luxación testicular es la inguinal superficial, que representa el 50% del total. La cirugía es el tratamiento de elección, aunque en algunos casos, en los que el tiempo transcurrido desde el traumatismo escrotal es inferior a 4 días, se puede intentar una reducción manual cerrada, pero la efectividad de la misma es tan sólo del 14%.

REFERENCIAS

- SCHWARTZ SL, FAERBER GJ: Dislocation of the testis as a delayed presentation of scrotal trauma. *Urology* 1994; **43**: 743-745.
- SINGER AJ, DAS S, GAVRELL GJ: Traumatic dislocation of testes. *Urology* 1990; **35**: 310-312.
- NAGARAJAN VP, PRANIKOFF K, IMAHORI SC, RABINOWITZ R: Traumatic dislocation of testis. *Urology* 1983; **22**: 521-524.
- HORWATH M, RAKOTOALIZAO-RABENJAMINA F, MAS-SADE E, TREBOUX M: Luxation testiculaire traumatique bilaterale. *Ann Chir* 1993; **47**: 71-72.
- CLAUBRY EG: Observations sur une retrocession subite des deus testicles dans l'abdomen, à la suite d'une violente compression de la partie inférieure de la paroi abdominale par une roue de charrette. *J Gén Méd Chir Pharm* 1818; **64**: 325-328.
- EDSON M, MEEK JM: Bilateral testicular dislocation with unilateral rupture. *J Urol* 1979; **122**: 419-420.
- FOSTER RS: Traumatic dislocation of a testis. *J Urol* 1981; **126**: 708.
- KAUDER DH, BUCCHIERE JJ Jr: Bilateral traumatic testicular dislocation. *J Urol* 1980; **123**: 606.
- ALYEA EP: Dislocation of testis. *Surg Gynecol Obstet* 1929; **49**: 600-616.
- O'DONNELL C, KUMAR U, KIELY EA: Testicular dislocation after scrotal trauma. *Br J Urol* 1998; **82**: 768.

Dr. A. Rodríguez Alonso
Servicio de Urología
Hospital Xeral-Cies
36204-Vigo (Pontevedra)

(Trabajo recibido el 17 de Mayo de 1999)