

DISLOCACIÓN TESTICULAR. APORTACIÓN DE 2 NUEVOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

E. LÓPEZ ALCINA, J.C. MARTÍN, A. FUSTER, J. PÉREZ,
M. PUERTAS, J. MORENO

Servicio de Urología. Hospital de Villajoyosa. Alicante.

PALABRAS CLAVE:

Luxación testicular. Dislocación testicular.

KEY WORDS:

Testicular luxation. Testicular dislocation.

Actas Urol Esp. 25 (4): 299-302, 2001

RESUMEN

Presentamos dos nuevos casos de luxación testicular y revisamos la literatura al respecto.

En ambos casos el testículo se alojó en área inguinal tras traumatismo escrotal directo. Si bien se intentaron maniobras de reducción, éstas fueron inicialmente infructuosas, aunque en el primer caso constatamos una reducción espontánea diferida. En el 2º caso se practicó reducción quirúrgica. La evolución posterior en ambos casos ha sido satisfactoria sin hallar signos de atrofia testicular.

La dislocación testicular es una lesión infrecuente (152 casos publicados en la literatura). En todo caso, debe ser tenida en cuenta al evaluar los traumatismos testiculares. Generalmente requiere tratamiento quirúrgico.

ABSTRACT

We report 2 new cases of testicular luxation. A review of current literature is made. Testis was located inguinal after scrotal trauma in both cases. Early close reduction was unsuccessfully. A delayed reduction was found in one case at the moment of surgery. A surgical replacement of the testis was carried out in the other patient. Follow-up control revealed a benign course in both.

Testicular dislocation is a rare complication after scrotal trauma (only 152 cases reported). Physician have to be aware of this possibility following perineal trauma. Oftenly a surgery reduction is required.

La luxación testicular se define como la migración extra-escrotal de uno o ambos testículos a resultas de un traumatismo¹. Es una lesión infrecuente que puede producir, si no se tiene inicialmente en cuenta, sorpresa y perplejidad en el clínico.

Desde su primera descripción por Claubry en 1818², se han descrito un total de 73 casos en la literatura occidental -de todos ellos, incluida la descripción inicial de Claubry, 18 son bilaterales

(24%)- y un número similar (79 casos) se documenta sólo en la literatura japonesa³, lo que parece corroborar la creencia de que la incidencia de esta entidad es mayor a la publicada en nuestro entorno. En España sólo cuatro artículos⁴⁻⁷ hacen referencia a este hallazgo (5 casos).

Aportamos dos nuevos casos, siendo uno de ellos el segundo caso comunicado de reducción espontánea y realizamos una revisión de la literatura.

CASOS CLÍNICOS

Caso nº 1. Varón de 12 años, residente en una fundación para niños privados de ambiente familiar, que consulta de forma ordinaria en Septiembre de 1995 por bolsa hemi-escrotal derecho vacía tras recibir una patada de su propio padre.

La exploración física mostró un testículo izquierdo en bolsa escrotal de tamaño y consistencia normal. El testículo derecho se localizaba a nivel subcutáneo, cerca del anillo inguinal interno. Se intentaron maniobras de reducción observando movilidad pero resultando finalmente infructuosas.

El estudio ultrasonográfico posterior reveló teste derecho subcutáneo, junto a canal inguinal, de eco-estructura y tamaño normal.

Con la sospecha de dislocación testicular se programa orquidopexia. Al ingreso se observa teste derecho localizado en bolsa escrotal, asumiendo reducción espontánea del mismo.

Posteriormente el paciente no acudió a la visita programada de control, aunque tres años después fue de nuevo atendido en urgencias tras accidente de moto, observando a la exploración excoriaciones múltiples en piel de periné pero sin hallar ninguna otra patología asociada.

Caso nº 2. Varón de 16 años que consulta de forma urgente a finales de Noviembre de 1999 por accidente de tráfico al estrellar su moto contra un coche.

Tras la evaluación inicial por parte de traumatología, que descarta lesiones óseas, el paciente refiere bolsa escrotal derecha vacía y masa inguinal. A la exploración se palpa perfectamente, dada la delgadez del paciente, teste subcutáneo de consistencia y tamaño normal a nivel inguinal derecho. El teste izquierdo de características normales, estaba localizado en bolsa escrotal. No fue factible la reducción manual por intenso dolor ni tampoco tras tratamiento con miorrelajantes.

El estudio ecográfico (eco-doppler) mostraba teste derecho subcutáneo junto a canal inguinal, de tamaño y ecogenicidad normal y vascularización conservada. En bolsa escrotal se apreciaba un marcado varicocele. Teste izquierdo sin hallazgos patológicos.

Bajo sospecha de luxación testicular traumática se practica, 7 semanas después del diagnóstico, exploración quirúrgica, observando que el testículo era de aspecto normal y se hallaba en plano subcutáneo notablemente adherido, realizando funiculolisis, toma de biopsia testicular en cuña y orquidopexia. El post-operatorio cursó sin complicaciones.

Llamativamente en el informe anatopatológico se describía ausencia de espermátides y espermatozoides en los conductos seminíferos. El recuento en el espermiograma de control realizado a los tres meses de la intervención era normal (52 mill./ml) si bien el porcentaje de inmovilidad era todavía alto (60%).

DISCUSIÓN

La dislocación testicular es una lesión que suele afectar a gente joven al ser secundaria a traumatismos, siendo los accidentes de tráfico con motocicleta los más habituales en la actualidad⁸⁻¹⁰. No obstante, cualquier trauma perineal violento puede producir este tipo de lesiones. Caidas a horcajadas^{11,12}, atropellos con elementos giratorios² o patadas^{8,13,14}, son otros mecanismos de acción posibles. Pérez-Arbej y cols.¹⁵ establecen que si la fuerza traumática es < 50 kg, se produce una dislocación; mientras que si es mayor se produce una rotura de la albugínea al sobreponerse la resistencia tisular. Sin embargo este factor no es el único involucrado, pues se han descrito casos de dislocación testicular unilateral y fractura del teste contralateral¹⁶.

La localización más frecuente del testículo dislocado es la inguinal superficial, siendo también frecuentes la pubiana y la inguinal profunda¹³. Son posibles otras ubicaciones tal y como se observa en el dibujo (Fig. 1). En función de la distribución topográfica del testículo dislocado hablamos de luxación superficial (subcutánea), profunda (a través del anillo inguinal) o evisceración testicular¹⁷. También se ha descrito la localización en hemiescroto contralateral por rotura del septo¹⁰. La ubicación final dependerá del espasmo del músculo cremaster, la dirección del golpe y su intensidad y la presencia de anomalías anatómicas (presencia de hernia inguinal¹⁰, testículo atrófico o anillo inguinal amplio o estrecho). La rotura producida en las fascias espermáticas por el

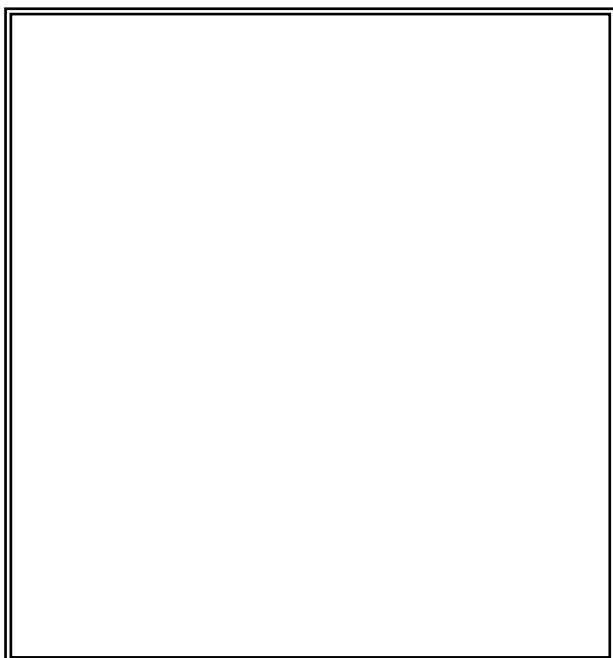


FIGURA 1. Localizaciones posibles del testículo dislocado. (Excepto periné).

testículo durante el impulso traumático crea un ojal que suele impedir que el teste recobre su posición cuando este impulso cede¹⁷.

Clinicamente debemos sospechar luxación testicular en pacientes por lo general jóvenes, que refieren traumatismo reciente o antiguo sobre área genital o periné y que presentan ausencia de testículo en escroto. En ocasiones el hallazgo se produce en urgencias, o tras unos días o meses al desaparecer la tumefacción o el hematoma escrotal¹³. También puede pasar desapercibido si se produce la rotura del teste dislocado o si se asocian lesiones complejas como fracturas pélvicas o de miembros inferiores, contusión del ligamento inguinal o rotura vesical⁹. En los casos de dislocación peneana pueden consultar por disfunción eréctil^{8,11}.

La exploración física revela típicamente el signo de Brockman (Fig. 2) -bolsa escrotal vacía y bien desarrollada con piel laxa- siempre que la manipulación no esté dificultada por la obesidad del paciente o por la presencia de dolor intenso, tumefacción, hematoma escrotal o hematocele^{8,11,14}. Al mismo tiempo se puede detectar la existencia de una masa ovoidea distópica en cualquiera de las localizaciones antes reseñadas. La presencia de hematocele puede simular un testículo intra-

FIGURA 2. Teste localizado a nivel inguinal. Se observa hematoma en raíz de pene.

escrotal no dislocado retrasando el diagnóstico¹². Recientemente, se ha descrito un caso en el que la migración no se produjo hasta el cuarto día tras el traumatismo¹³.

La ecografía escrotal y abdominal pondrá de manifiesto la ausencia de testículo en la bolsa escrotal y permitirá localizar y evaluar su indemnidad. Si disponemos de eco-doppler es posible valorar la vascularización y descartar la posible torsión funicular que raramente se puede asociar^{5,9,14}. En casos dudosos se puede practicar TAC pélvano completando el estudio de las posibles lesiones asociadas.

El tratamiento de elección es quirúrgico dado que la reducción espontánea es rarísima (sólo hay un caso descrito en la literatura¹¹, además del que aquí presentamos), y la reducción manual suele ser poco efectiva.

En la literatura occidental se describen 9 casos de reducción manual cerrada (12%), con la curiosidad de un paciente que sufrió dislocación testicular resuelta mediante reducción manual y nueva dislocación del mismo teste años después, que requirió tratamiento quirúrgico⁹. En la literatura japonesa el porcentaje es de sólo el 6%, 5 de 79 casos³. Sólo en casos de luxaciones recientes, donde aún no se han creado adherencias, puede intentarse reducción manual inmediata bajo anestesia o sedación. Algunos autores preconizan la reducción manual diferida al cuarto día cuando ha cedido la inflamación y aún no se ha producido fibrosis¹⁷.

Si la cirugía es precoz o diferida antes de las primeras 8-12 semanas, se reduce la posibilidad de efectos deletéreos tales como atrofia testicular,

alteraciones de la fertilidad o la controvertida relación entre teste distópico^{4,19,20} y neoplasia testicular¹⁸ -se ha descrito un caso de teste dislocado abdominal no reducido que desarrolló un seminoma-. La exploración quirúrgica revela generalmente un teste rotado 180º. Es necesario liberar adherencias y a través de un paso creado de forma roma en el punto de disruptión de las fascias espermáticas, realojar y fijar al testículo en su bolsa escrotal. Es conveniente realizar *biopsia testicular*^{4,5,19}, para evaluar posibles lesiones histopatológicas sobre todo en testes con afectación traumática directa, compromiso vascular o detectados tardíamente. En el segundo de nuestros casos, a pesar de tratarse de un testículo macroscópicamente normal, realizamos dicha biopsia. Como en los casos comunicados previamente se observó ausencia de espermátides, con presencia de espermatogonias y células de Sertoli en número variable. La espermatogénesis suele recuperarse en unos meses^{4,9,21}.

REFERENCIAS

1. ALYEA EP: Dislocation of the testis. *Surg Gynecol Obstet* 1929; **49**: 600.
2. CLAUBRY EG: Observations sur une retrocession subite des deux testicules dans l'abdomen, a la suite d'une violente compression de la partie inférieure de la paroi abdominale par une roue de la charrette. *J Gén Méd Chir Pharm* 1818; **64**: 325-328.
3. MIKAMI O, FUJITA I, DOI T, KAWAMURA H, MATSUADA T, KOMATZ Y: Traumatic dislocation of the testis. *Hinyokika Kiyo* 1992; **38**: 1.075-1.078 (Abstract).
4. ROMERO P, AMAT M, DURÁN MI: Luxación testicular traumática. Presentación de 2 casos excepcionales. *Actas Urol Esp* 1993; **17**: 710.
5. GÓMEZ SC, PARRA L, KILANI S, GARCÍA J: Luxación testicular. *Actual Androl* 1994; **2**: 23.
6. COMESANA E, DA SILVA EA, PEREIRO B y cols.: Dislocación testicular traumática unilateral. *Arch Esp Urol* 1999; **52**: 278-280.
7. RODRÍGUEZ A, PÉREZ D, OJEA A y cols.: Luxación testicular bilateral. *Actas Urol Esp* 2000; **24**: 58-60.
8. NAGARAJAN VP, PRANIKOFF K, IMAHORI SC, RABINOWITZ R: Traumatic dislocation of testis. *Urology* 1983; **22**: 521.
9. LEE JY, CASS AS, STEITZ JM: Traumatic dislocation of testes and bladder rupture. *Urology* 1992; **40**: 506.
10. O'DONNELL C, KUMAR U, KIELY EA: Testicular dislocation after scrotal. *Br J Urol* 1998; **82**: 768.
11. MORGAN A: Traumatic luxation of the testis. *Br J Surg* 1965; **52**: 669.
12. NEISTADT A: Bilateral traumatic dislocation of the testis. *J Urol* 1967; **97**: 1.057.
13. SCHWARTZ SL, FAERBER GJ: Dislocation of the testis as a delayed presentation of scrotal trauma. *Urology* 1994; **43**: 743.
14. TORANJI S, BARBARIC Z: Testicular dislocation. *Abdom Imaging* 1994; **19**: 379.
15. PÉREZ-ARBEJ JA, ROSA J, ARANDA JM y cols.: Traumatismo testicular: presentación de tres casos y revisión de la literatura. *Arch Esp Urol* 1986; **39**: 398-402.
16. GIMBERGES P, GUY L, BOYER L, BOITEAUX JP: Traumatic dislocation of the testis. Report of three cases. *Prog Urol* 1999; **9**: 322-326.
17. MARTÍN MARTÍNEZ JC: Traumatismos escrotales y testiculares. *Actualizaciones temáticas en Urología*, 1999. Madaus.
18. FEDER M, SACCHETTI A, MYRICK S: Testicular dislocation following minor scrotal trauma. *Am J Emerg Med* 1991; **9**: 40-42.
19. HAYAMI S, ISHIGOOKA M, SUZUKI Y, SASAGAWA I, NAKADA T, MITOBE K: Pathological changes of traumatic dislocated testis. *Urol Int* 1996; **56**: 129-132.
20. SINGER AJ, DAS S, GAVRELL GJ: Traumatic dislocation of testes. *Urology* 1990; **35**: 310-312.
21. POLLEN JJ, FUNKES C: Traumatic dislocation of the testes. *J Trauma* 1982; **22**: 247.

Dr. E. López Alcina
Pl. Periodista Ros y Belda, 2 - pta. 6
46021 Valencia

(Trabajo recibido el 19 Diciembre de 2000)