

DISLOCACIÓN TESTICULAR TRAUMÁTICA. APORTACIÓN DE UN CASO

J.M. ALAPONT ALACREU, C. DOMÍNGUEZ HINAREJOS, A. SERRANO DURBÁ,
F. GARCÍA IBARRA

Servicio de Urología Infantil. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

PALABRAS CLAVE:

Dislocación testicular. Traumatismo.

KEY WORDS:

Testicular dislocation. Trauma.

Actas Urol Esp. 26 (10): 804-805, 2002

RESUMEN

La dislocación testicular tras traumatismo contuso es infrecuente. Es una lesión cuyo diagnóstico y tratamiento deben ser precoces para evitar la posible pérdida del testículo afecto.

Presentamos un nuevo caso de dislocación testicular que pasó de forma inadvertida y cuya evolución posterior fue la atrofia testicular. Además describimos el diagnóstico y tratamiento basándonos en los casos publicados.

ABSTRACT

Testicular dislocation after blunt scrotal trauma is a rare event. This injury must be recognized and treated promptly to maximize the likelihood of testicular salvage.

We describe a new case of unnoticed traumatic testicular dislocation with secondary testicular lost. We discuss the chain of events leading toward the correct diagnosis and treatment based on a review of published reports.

La dislocación testicular traumática (DTT) es una patología infrecuente, con poco más de 100 casos descritos en la literatura inglesa¹. Se trata de una lesión que debemos tener en cuenta tras traumatismos, sobre todo por accidente de tráfico con motocicleta, ya que de su diagnóstico y tratamiento precoz dependerá la viabilidad testicular. Presentamos un caso de DTT en un niño con posterior atrofia testicular.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 13 años remitido desde otro Servicio de Urología para nueva valoración y tratamiento de ausencia en escroto de testículo derecho. En la anamnesis destacaba que 18 meses antes había sufrido un traumatismo escrotal con-

tuso tras caída con la bicicleta, presentando después de éste dolor, tumefacción y ascenso del teste derecho, siendo diagnosticado de traumatismo testicular derecho con ascenso del mismo al canal inguinal; el tratamiento fue conservador y en la evolución posterior el teste fue disminuyendo progresivamente de tamaño, manteniéndose siempre en conducto inguinal. Cuando lo vemos en la consulta a la exploración se palpa un nódulo a nivel inguinal derecho. Ante la sospecha de atrofia testicular secundaria a una dislocación testicular postraumática indicamos exploración quirúrgica, localizando un teste atrófico en canal inguinal por lo que realizamos exéresis del mismo y colocación de prótesis testicular. La evolución posterior fue satisfactoria.

DISCUSIÓN

La DTT se define como la migración extraescrotal de uno o ambos testículos secundaria a traumatismo escrotal². Es una lesión infrecuente debido a los mecanismos de protección que tienen los testículos: cápsula fuerte, habilidad de desplazamiento dentro del escroto con un mínimo de atricción y capacidad retráctil refleja del cremáster³. Se han descrito como factores predisponentes la presencia de hernia inguinal indirecta, anillo inguinal externo amplio y atrofia testicular. En pacientes con estas anomalías un traumatismo directo sobre el testículo podría conducirlo hasta el canal inguinal o la cavidad abdominal. También se ha relacionado con los espasmos del cremáster⁴.

Hipotéticamente el testículo dislocado puede encontrarse en un círculo cuyo centro es el orificio inguinal externo y cuyo radio es el cordón espermático. Así las localizaciones posibles son: inguinal superficial (50%), púbica (18%), canalicular (8%), peneana (8%), intraabdominal (6%), perineal (4%), acetabular (4%) y crural (2%)³.

Generalmente aparece en pacientes politraumatizados por lo que algunos casos son diagnosticados de forma tardía, demorándose por tanto el tratamiento. La sospecha diagnóstica se debe realizar ante cualquier traumatismo en la región perineal con hemiescroto vacío sin antecedente de criptorquidia. En los casos en los que existe hematoma escrotal el diagnóstico también puede retrasarse³. Además de la exploración clínica se debe realizar una ecografía doppler para valorar la integridad anatómica y vascularización del testículo, dada la asociación con torsión testicular. En ocasiones se solicita una TC pélvica para evaluar posibles lesiones asociadas, valorando además la lesión testicular⁴.

En los casos en los que la ecografía descarte rotura y/o torsión del testículo puede intentarse la reducción manual a los 4 días del traumatismo (cuando todavía no hay fibrosis y el edema ha disminuido), aunque suele ser poco efectiva y tiene el riesgo de lesionar aún más el testículo. Por lo tanto el tratamiento de elección es la reducción quirúrgica y fijación del testículo a escroto, que tiene una baja morbilidad y descarta con seguridad la rotura y

torsión testicular (no siempre posible con la ecografía doppler a nivel inguinal). Debe efectuarse cuanto antes para así evitar la aparición de bridas que dificultan la cirugía y además la reducción quirúrgica posterior podría retrasarse lo suficiente como para que el testículo se atrofie debido a que no se considera una urgencia diferida. En nuestro caso la falta de exploración quirúrgica conllevó a la atrofia y pérdida testicular. La reducción espontánea es rarísima pero posible⁵.

Debido a que los estudios histológicos de los testículos dislocados revelan que existe una degeneración de los túbulos seminíferos y ausencia de formación de espermatozoides⁶, muchos realizan biopsia testicular durante la exploración quirúrgica. Nosotros no creemos que esté justificado realizarla ya que la espermatogénesis suele recuperarse tras la corrección⁴, incluso si se hace varios años después del traumatismo¹, y además de ella no deriva ningún cambio en el manejo de estos pacientes.

REFERENCIAS

1. YOSHIMURA K, OKUBO K, ICHIOKA K, TERADA N, MATSUTA Y, ARAI Y: Restoration of spermatogenesis by orchiopexy 13 years after bilateral traumatic testicular dislocation. *J Urol* 2002; **167**: 649-650.
2. ALYEA EP: Dislocation of the testis. *Surg Gynecol Obstet* 1929; **49**: 600.
3. SCHWARTZ SL, FAERBER GJ: Dislocation of the testis as a delayed presentation of scrotal trauma. *Urol* 1994; **43**: 743-745.
4. LEE JY, CASS AS, STREITZ JM: Traumatic dislocation of testes and bladder rupture. *Urology* 1992; **40**: 506-508.
5. LÓPEZ ALCINA E, MARTÍN JC, FUSTER A, PÉREZ J, PUERTAS M, MORENO J: Dislocation testicular. Aportación de 2 nuevos casos y revisión de la literatura. *Actas Urol Esp* 2001; **25**: 299-302.
6. HAYAMI S, ISHIGOOKA M, SUZUKI Y, SASAGAWA I, NAKADA T, MITOBE K: Pathological changes of traumatic dislocated testis. *Urol Int* 1996; **56**: 129-132.

Dr. J.M. Alapont Alacreu
Servicio de Urología
Hospital Universitario La Fe
Avda. Campanar, 21
46009 - Valencia

(Trabajo recibido el 25 abril de 2002)