

Dislocación testicular postraumática

F. Parra Montoya¹, E. López Candel², J. Motos Micó³

¹Servicio de Radiodiagnóstico. ²Servicio de Cirugía Pediátrica. ³Servicio de Cirugía General. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

Resumen

Objetivo: Hacer una revisión de la literatura, así como aportar 2 nuevos casos de dislocación testicular postraumática, una patología poco frecuente en las urgencias pediátricas. Para ello, se realizó un estudio de las publicaciones en revistas de impacto en castellano e inglés, con la finalidad de acercarnos a un diagnóstico y un manejo lo más rápido y eficaz posible.

Casos clínicos: Se presentan los casos clínicos de 2 niños que acudieron al Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Torrecárdenas durante los años 2010-2012 tras sufrir sendos accidentes. Ambos fueron diagnosticados de dislocación testicular mediante exploración física, con posterior confirmación ecográfica. El tratamiento en los 2 casos fue quirúrgico (orquidopexia).

Resultados: En ambos casos la evolución posquirúrgica fue favorable y no presentaron secuelas posteriores.

Conclusión: La dislocación testicular es una rara entidad, de aproximadamente 1 caso/año en nuestro medio, que debe tenerse en cuenta en los traumatismos abdominopélvicos, ya que su diagnóstico y tratamiento precoz (generalmente quirúrgico) cobra especial importancia.

Palabras clave: Testículo, dislocación, traumatismo, ultrasonidos, niños.

Abstract

Title: Post-traumatic testicular dislocation

Objective: Making a review of the literature and presenting two new cases of traumatic dislocation of the testicle, a rare pathology in the pediatric emergency department. For this reason a study is performed on the publications in journals in spanish and english, with the purpose of bringing us closer to a diagnosis and a management as quickly and efficiently as possible.

Clinical cases: We present 2 clinical cases in young children who went to the Pediatric Emergency Department of the Hospital Torrecárdenas during the years 2010-2012 after suffering two separate

Fecha de recepción: 11/02/14. Fecha de aceptación: 9/07/14.

Correspondencia: F. Parra Montoya. Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Hermandad de Donantes de Sangre, s/n. 04009 Almería. Correo electrónico: xolantha@gmail.com

Cómo citar este artículo: Parra Montoya F, López Candel E, Motos Micó J. Dislocación testicular postraumática Acta Pediatr Esp. 2015; 73(2): e45-e52.

accidents. Both of them were diagnosed with dislocation testicular through physical examination with ultrasound confirmation later. Treatment in the 2 cases was surgical (orchidopexy).

Results: In both cases the postoperative evolution was well and subsequent without sequelae.

Conclusion: Testicular dislocation is a rare entity, approximately 1 case/year in our environment, that must be taken into account in the trauma abdomino-pelvic since its early diagnosis and treatment (usually surgical) is of special importance.

Keywords: Testicle, dislocation, trauma, ultrasound, children.

Introducción

La dislocación testicular es una rara entidad¹, de la que tan sólo hay descritos unos 150 casos en la literatura médica. Se produce normalmente de forma secundaria a un traumatismo escrotal directo, que a menudo pasa desapercibida en la exploración inicial o se detecta de forma tardía², lo que conlleva un alto riesgo de alteraciones en la función testicular y el desarrollo de posibles neoplasias testiculares. Por tanto, se recomienda realizar una exploración física sistematizada, localizando la masa sensible que corresponde al testículo anormalmente desplazado junto a un hemiescrotó vacío homolateral. La realización de ultrasonidos, con o sin la aplicación de una ecografía Doppler color, así como la tomografía computarizada (TC), es útil en la evaluación del contenido escrotal y de las posibles anomalías acompañantes³, lo que puede ser de ayuda en la toma de decisiones terapéuticas. En la actualidad se acepta la exploración quirúrgica como la maniobra terapéutica de elección en la mayor parte de los casos, ya que tiene una baja morbilidad y sus tasas de éxito son mayores que la reducción manual, limitada sólo a casos en que la ecografía Doppler descarta una rotura y una torsión testicular⁴.

En este artículo se pretende hacer una revisión de la literatura acerca de la dislocación testicular traumática y aportar dos nuevos casos de una patología poco frecuente en las urgencias pediátricas.

Se describen los casos clínicos de 2 niños que acudieron al servicio de urgencias de nuestro hospital tras sufrir un traumatismo abdominopélvico secundario a sendos accidentes de bicicleta.

Caso clínico 1

Varón de 8 años de edad, sin antecedentes personales de ectopia testicular ni de teste retráctil, ni tampoco antecedentes familiares de interés, que acude al servicio de urgencias de nuestro hospital refiriendo molestias en la fosa iliaca derecha, de 12 horas de evolución, tras haber sufrido un traumatismo con el manillar mientras montaba en bicicleta. El motivo de queja que más angustiaba a la familia era que, como consecuencia del traumatismo, el niño «no se notaba el testículo derecho en su sitio habitual». En la exploración física presentaba un voluminoso hematoma y una masa dolorosa de aproximadamente 3 cm en la región inguinal derecha (figura 1). El testículo izquierdo, de tamaño y consistencia normal, se encontraba

en la bolsa. En la bolsa escrotal derecha no se palpaba el testículo. El examen analítico realizado posteriormente al paciente fue rigurosamente normal. Ante la sospechosa de una dislocación testicular, se le realizó una ecografía Doppler en la sala de urgencias, que demostró que la bolsa escrotal derecha estaba vacía, con el testículo alojado en la región inguinal homolateral (figura 2), donde únicamente llamaba la atención la presencia de una mínima cantidad de hidrocele reactivo y un leve aumento de grosor de las cubiertas escrotales. Presentaba una morfología, un tamaño y una ecoestructura normales (figura 3), con un correcto flujo intratesticular (figura 4). Transcurridas aproximadamente unas 5 horas desde la llegada del paciente a urgencias del hospital, fue sometido a una exploración quirúrgica urgente del canal inguinal bajo anestesia general. En el acto quirúrgico se apreció, en el pliegue inguinal (bajo la fascia de Scarpa), una masa de color rojo vinoso con discreta tumefacción, correspondiente al testículo dislocado, que presentaba unas características morfológicas normales. El cordón espermático presentaba una torsión antihoraria de unos 30°. El testículo recuperó el color tras la realización de una orquidopexia derecha, según la técnica de Shoemaker. La evolución postoperatoria inmediata y a largo plazo (se realizaron revisiones a los 6 y 12 meses posteriores) demostraron un crecimiento testicular simétrico, y el paciente ha permanecido totalmente asintomático desde entonces.

Caso clínico 2

Niño de 3 años de edad, de etnia gitana, sin antecedentes personales de testículo retráctil ni de criptorquidia, con ambos testículos en el escroto; las revisiones previas de niño sano fueron normales. Acudió al servicio de urgencias por presentar un cuadro de traumatismo inguinoescrotal izquierdo. En la anamnesis se constató que iba en una moto con un familiar, sentado a horcajadas en el depósito. El vehículo derrapó y el niño cayó al suelo, golpeándose en la zona inguinoescrotal, 1 hora antes de acudir a urgencias. Refería un dolor en la zona inguinal izquierda, con hematoma inguinoescrotal, y desde el momento del traumatismo no se notaba el testículo izquierdo en su sitio sino que en su lugar se notaba un «bulto» en la zona inguinal, doloroso, bajo una zona equimótica. No mostró pérdida de conciencia ni otra sintomatología asociada; tampoco refería náuseas ni vómitos.

En la exploración física presentaba un buen estado general, y también fue normal el resto de la exploración por órganos y sistemas (abdomen blando y depresible, sin signos de irritación peritoneal ni megalias). Por su parte, la exploración testicular mostró los siguientes hallazgos:

- Testículo derecho: tamaño normal, alojado en la bolsa escrotal; reflejo cremastérico presente, sin puntos herniarios y palpación testicular normal; piel escrotal equimótica, pero sin signos inflamatorios asociados.
- Testículo izquierdo: bolsa izquierda vacía; se observa inflamación y tumefacción en la zona inguinoescrotal izquierda, donde se palpa una masa dolorosa en el orificio inguinal superficial, no reductible.

El hemograma y la bioquímica urgentes no presentaron ninguna alteración. Posteriormente se realizó al paciente una ecografía Doppler color, en la que se visualizó la bolsa escrotal izquierda vacía, con el testículo alojado en la región inguinal del mismo lado. El testículo tenía un tamaño, una morfología y una ecoestructura normal, con una señal Doppler color normal, lo que demostraba una adecuada vascularización. Se acompañaba de un mínimo hidrocele, aunque con cubiertas escrotales de características normales. Bajo la sospecha de dislocación testicular traumática, se procedió a realizar tratamiento quirúrgico 3 horas después del ingreso, mediante orquidopexia izquierda. La evolución posterior fue favorable y sin complicaciones relevantes, tras las revisiones realizadas en el servicio de cirugía pediátrica de nuestro hospital transcurridos 6 y 12 meses del episodio.

Discusión

La dislocación testicular es una lesión infrecuente, definida como el desplazamiento del testículo normalmente posicionado a una localización extraescrotal. Puede ser unilateral o bilateral, superficial (el testículo es empujado hacia la bolsa inguinal superficial) o interna (el testículo es empujado a través del anillo inguinal externo hacia el canal inguinal o incluso hacia la cavidad abdominal). Su incidencia es rara y difícil de determinar actualmente. Esta lesión fue descrita por primera vez como entidad en 1936, por Herbst y Polkey⁵. Su aparición en la edad pediátrica, como los casos aquí expuestos, es excepcional. Asimismo, puede o no asociar torsión del cordón espermático, del conducto deferente, de las venas espermáticas o de la arteria testicular, pero en la edad pediátrica el cordón se torsiona en bloque y no es posible la torsión de un solo elemento del cordón sin que lo hagan también los demás. En los casos aquí presentados, creemos la levedad del giro producido en el cordón y la rápida actitud diagnóstica y quirúrgica han condicionado de forma favorable la evolución de ambos pacientes.

El mecanismo de producción más aceptado actualmente parece ser la aplicación de una fuerza aplastante sobre el escroto, de forma que el testículo es expulsado fuera del escroto por encima del nivel del pubis⁶. Según las series publicadas, la causa más común es la caída o traumatismo accidental en bicicleta³, donde el conductor sufre un impacto directo con el manillar sobre la región escrotal. Usualmente, la dislocación testicular tiene lugar de forma inmediata, y en ocasiones puede desarrollarse días o semanas después del traumatismo, e incluso en raras ocasiones reducirse espontáneamente.

El diagnóstico de esta patología se lleva a cabo mediante la exploración física⁷, localizando una masa sensible que corresponde al testículo anormalmente desplazado junto a un hemiescroto vacío, todo ello en un paciente sin historia previa de orquitectomía ni criptorquidia, entidades con las que se debe hacer el diagnóstico diferencial principal, así como con la retracción testicular. Entre las pruebas de imagen que deben realizarse, destacan los ultrasonidos con Doppler color y pulsado y la TC. Los ultrasonidos han sido tradicionalmente la primera prueba de imagen que se realizaba en este tipo de pacientes, y es útil para

determinar la viabilidad del testículo implicado y descartar la presencia de rotura, torsión o hematoma asociado⁸. Sin embargo, el uso de la TC con reconstrucciones en 3D podría ser útil para precisar un diagnóstico correcto en el traumatismo escrotal, ya que a veces otras entidades, como los hematoceles o los hematomas, pueden parecer una dislocación, o en los casos de traumatismo de alto impacto pueden producirse dislocaciones testiculares que pueden ser confundidas con fracturas testiculares o avulsión testicular. Además, la TC ha demostrado ser una herramienta superior a las demás técnicas de imagen a la hora de demostrar la relación entre los testículos, el escroto y la región inguinal⁵.

Se recomienda realizar un examen urológico exhaustivo seguido de una reducción manual temprana de la dislocación o exploración quirúrgica según los casos, con el objetivo de evitar una posible infertilidad debido a la exposición del testículo afectado a una elevada temperatura, que provocaría un descenso de espermatozoides y de espermatogonias, así como un aumento de células de Sertoli^{4,9}. Hoy en día la mayoría de las publicaciones señalan que la exploración quirúrgica es la maniobra terapéutica de elección, debido a que es rápida, simple, tiene baja morbilidad y sus tasas de éxito son mayores que la reducción manual, que ha demostrado ser exitosa en aproximadamente un 15% de los casos, y estaría indicada sólo en los casos en que la ecografía Doppler descarte una rotura o una torsión testicular, siempre y cuando el paciente permanezca estable y se aguarde al menos 3-4 días para su realización, una vez que el edema haya disminuido pero antes de la aparición de fibrosis^{10,11}. La exploración quirúrgica incluye la incisión inguinal, la reducción abierta y la orquidopexia con el fin de evitar una futura torsión testicular⁶.

Conclusiones

Se aportan 2 nuevos casos de dislocación testicular unilateral postraumática en edad pediátrica. La sospecha en ambos pacientes fue clínica, beneficiándose de pruebas complementarias de imagen que descartaron otro tipo de lesiones asociadas y confirmaron la ubicación ectópica y la viabilidad de los testículos traumatizados. En los 2 casos la evolución fue favorable tras ser sometidos a un tratamiento quirúrgico inmediato.

Aunque se trate de una lesión de presentación excepcional, la dislocación testicular postraumática debe considerarse como una urgencia quirúrgica por las posibles repercusiones sobre la fertilidad del paciente. Por ello, se requiere un adecuado diagnóstico y un rápido tratamiento, que en la mayoría de los casos deberá ser quirúrgico mediante orquidopexia.

Bibliografía

1. Shefi S, Mor Y, Dotan ZA, Romon J. Traumatic testicular dislocation: a case report and review of published reports. *Urology*. 1999; 54: 744-745.
2. Ko SF, Ng SH, Wan YL, Huang CC, Lee TY, Kung CT, et al. Testicular dislocation: an uncommon and easily overlooked complication of blunt abdominal trauma. *Ann Emerg Med*. 2004; 43: 371-375.
3. Perera E, Bhatt S, Dogra VS. Traumatic ectopic dislocation of testis. *J Clin Imaging Sci*. 2011; 1: 17.
4. Gimbergues P, Guy L, Boyer L, Boiteux J-P. Luxation traumatique du testicule: a propos de trois observations. *Prog Urol*. 1999; 9: 322-326.
5. Rodríguez A, Pérez G, Ojea C, Rodríguez I, Alonso R, Barros R, et al. Luxación testicular bilateral. *Actas Urol Esp*. 2000; 24: 58-60.
6. Luján S, Budia A, Bango V, Ramírez M, Delgado FJ, Jiménez JF. Dislocación testicular postraumática. *Actas Urol Esp*. 2006; 30: 409-411.
7. Kilian CA, Paz DA, Patel SA, Austin MJ, Richman KM, Pretorius DH. False diagnosis of ruptured testes in a case of traumatic dislocation. *J Ultrasound Med*. 2009; 28: 549-553.
8. Pawan V, Divakar D, Dharamveer S, Apul G. Traumatic testicular dislocation: a reminder for the unwary. *J Emerg Trauma Shock*. 2010; 3: 418-419.
9. Wu CJ, Tsai WF, Tsai JL, Chue YC, Chang HC. Bilateral traumatic dislocation of testes. *J Chin Med Assoc*. 2004; 67: 311-313.
10. Matzek BA, Linklater DR. Traumatic testicular dislocation after minor trauma in a pediatric patient. *J Emerg Med*. 2013; 45: 537-540.
11. Alapont JM, Domínguez C, Serrano A, García F. Dislocación testicular traumática. Aportación de un caso. *Actas Urol Esp*. 2002; 26: 804-805.



Figura 1. Caso clínico 1. En la exploración física destacaba un gran hematoma en la región inguinal derecha, y se palpaba una masa blanda de aproximadamente 3 cm. El escroto derecho se encontraba vacío

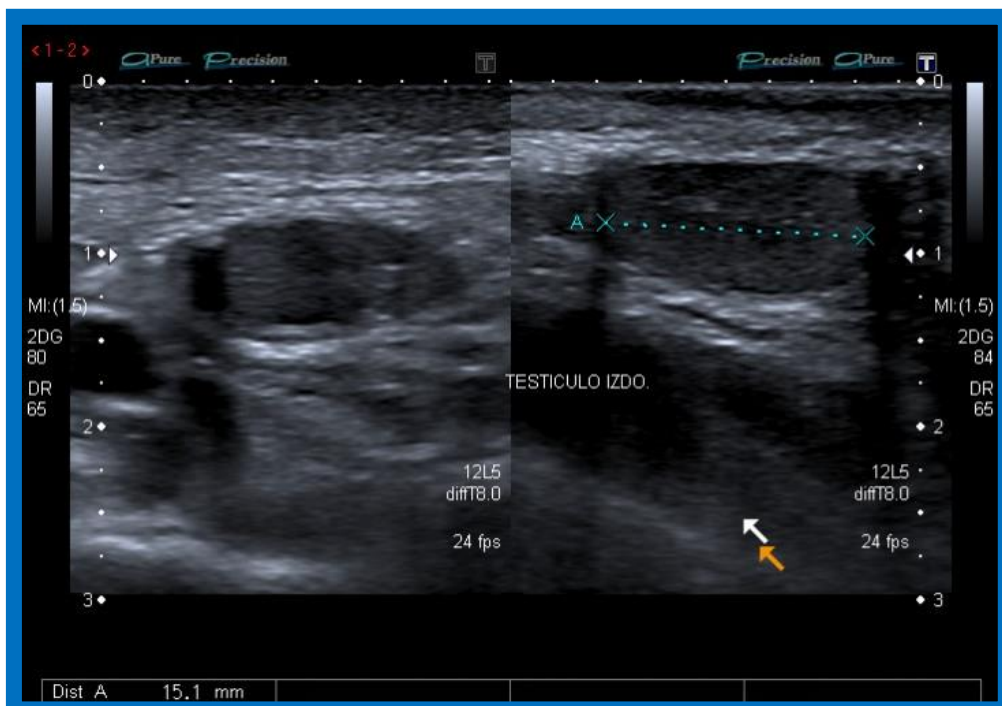


Figura 2. Caso clínico 1. Ecografía en modo B de ambos testículos. Se muestra una comparativa entre el tamaño y la ecogenicidad de ambos testículos. El derecho presenta un menor tamaño, un leve hidrocele reactivo y un aumento del grosor de las cubiertas

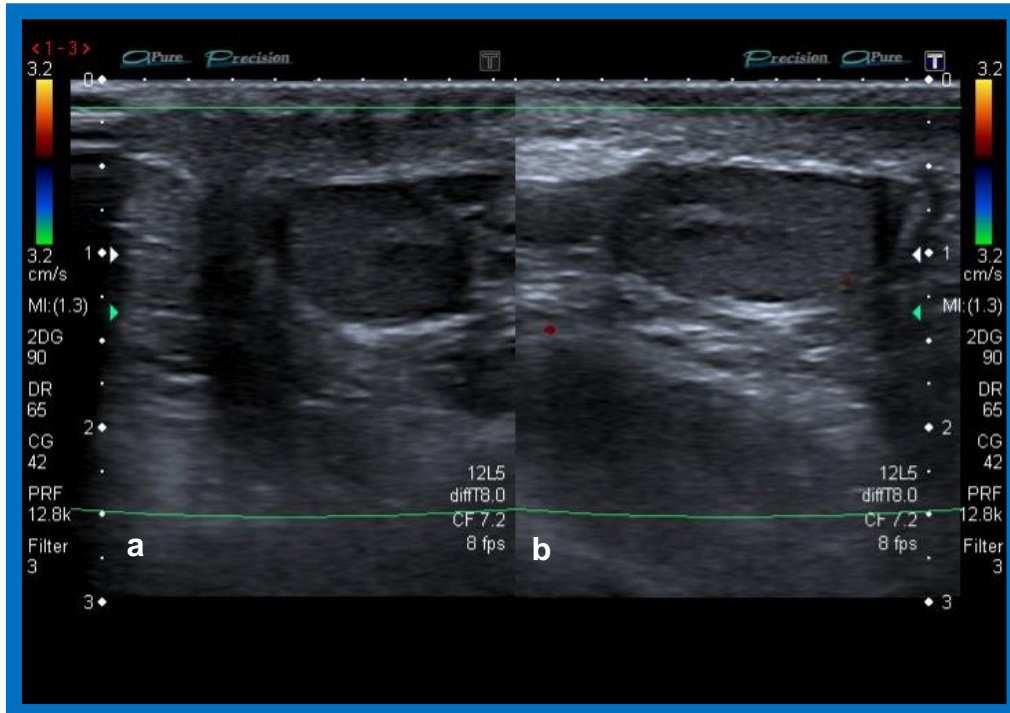


Figura 3. Caso clínico 1. Ecografía en modo B del testículo derecho. a) corte transversal; b) corte longitudinal. El testículo derecho presenta una morfología, una ecoestructura y un tamaño dentro de la normalidad

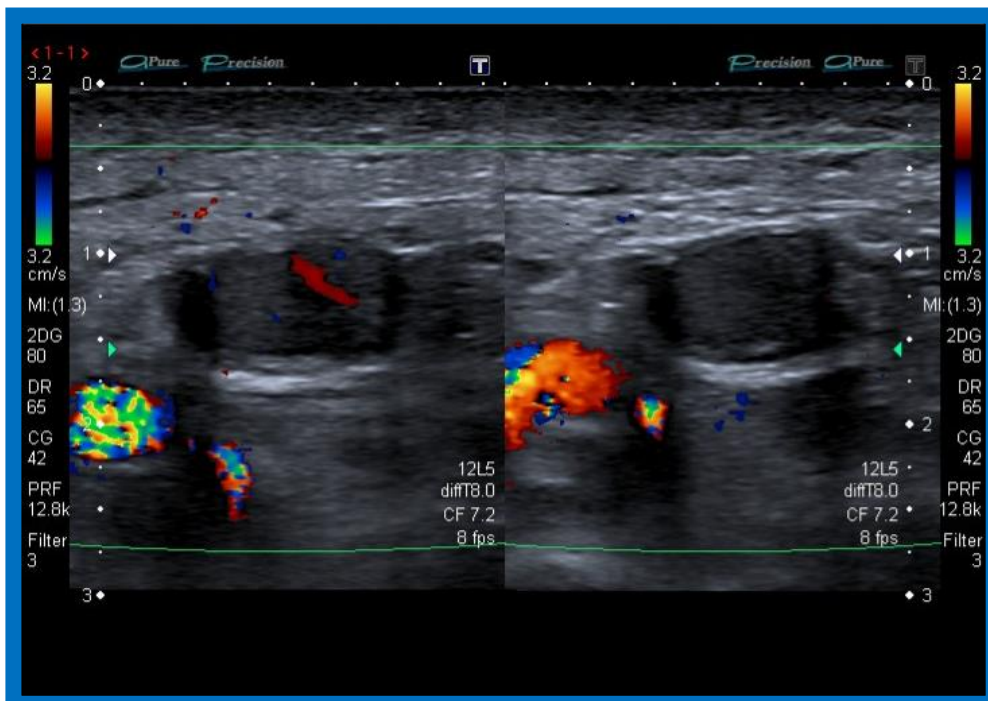


Figura 4. Caso clínico 1. Ecografía Doppler color del testículo derecho. Se visualiza una vascularización normal en el interior del testículo dislocado. Nótese la posición anómala del testículo, situándose craneal a los vasos ilíacos