

Torsión testicular y de sus anexos

*Dr. G. Alvarez Cabezas
Dr. L. Echeverri Pascua*

RESUMEN

Se revisa y comenta con suficiente amplitud el problema de la torsión testicular y de sus anexos, haciendo especial énfasis en la descripción de su cuadro clínico, hallazgos anatomopatológicos y conducta a seguir, con la finalidad de que nuestros colegas que aborden por primera vez estos pacientes tengan muy presente esta entidad y así poderles ofrecer mejores posibilidades pronósticas. Asimismo, se aprovecha la oportunidad para revisar y analizar la casuística de 82 casos habidos en el Servicio de Urología del Hospital México, durante los últimos 12 años.

INTRODUCCION

Esta comunicación tiene como objetivo principal, hacer énfasis en el médico no urólogo, de un problema que la mayor parte de las ocasiones pasa desapercibido para pediatras, cirujanos y médicos generales. Asimismo, aprovechamos para revisar la casuística del Servicio de Urología del Hospital México, durante los pasados 12 años y que en total suman 82 casos.

La torsión testicular, más exactamente, la torsión del cordón espermático, es una emergencia quirúrgica, que debe resolverse a la mayor brevedad una vez hecho el diagnóstico presuntivo, pues de no ser así, las funciones exócrina y endócrina de la glándula se perderán irreversiblemente al cabo de pocas horas.

La torsión de los anexos puede interesar cuatro tipos de formaciones: (cuadro 1)

*Jefe Servicio Urología, Hospital México, C.C.S.S.
**Residente Urología, Hospital México, C.C.S.S.

- a. Hidátide sésil de Morgagni (apéndice testicular).
- b. Hidátide pediculada de Morgagni (apéndice epididimaria).
- c. Organo de Giraldeés (paradídimo).
- d. Los vasos aberrantes de Haller.

FRECUENCIA

Se le ha considerado como una entidad rara. Nuestra casuística demuestra aproximadamente un caso cada dos meses; sin embargo en el año 1980, tuvimos oportunidad de tratar 16 casos, lo que atribuimos quizás a una mayor insistencia con los residentes en el diagnóstico temprano.

EDAD (Cuadro 2)

El 71.95% de nuestros pacientes fueron de la segunda década. El problema puede presentarse a cualquier edad y de hecho las publicaciones muestran casos desde la vida intrauterina hasta los 80 años, siendo los picos de frecuencia mayor, durante la pubertad y durante el primer año de vida. La torsión de los anexos es más frecuente en la infancia y la adolescencia.

LADO AFECTADO

No hemos tenido predominancia por ningún lado, pero sí está descrito que existe una mayor frecuencia en los testículos no descendidos, es decir, en los criptorquídicos. También se dice que puede haber predominancia en el lado izquierdo por ser este cordón un poco más largo.

En nuestra casuística hubo dos casos de bilateralidad o sea el 2.44%, de ahí que se recomiende la orquidopexia contralateral preventiva.

Cuadro 1
Torsión Testicular y de sus Anexos
Tipos de Torsión
1969-1980

Tipo	Nº	%
Torsión de cordón espermático	69	84.1
Torsión de Hidatides	11	13.41
Torsión de Epididimo	2	2.44
TOTAL	82	100.00

CAUSAS PREDISPONENTES

Hay dos tipos de torsiones, la supra o extravaginal y la intravaginal. La primera incluye todo el contenido escrotal, es decir, testículo y sus anexos, es rara y puede presentarse en testículos no descendidos. Para la torsión intravaginal, se aducen otros tipos de alteraciones anatómicas, tales como una vaginal muy amplia, mesotestis muy largo, ausencia de gubernaculum, o éste muy elongado y también un cordón muy largo.

Cuadro 2
Torsión Testicular y de sus Anexos
FRECUENCIA POR EDADES
1969-1980

Años	Nº	%
De 0 a 9	8	9.76
De 10 a 19	59	71.95
De 20 a 29	13	15.85
De 30	2	2.44
TOTAL	82	100.00

ANATOMIA PATOLOGICA (Cuadro 3)

La torsión por regla general, se lleva a cabo rotando hacia la línea media, o sea, en sentido horario en el lado izquierdo y en sentido antihorario en el derecho. Asimismo, el número de vueltas es muy variable.

Las alteraciones anatomopatológicas están en íntima relación con la duración del proceso, así como con el grado de torsión. Primero hay éstasis venosa y luego lesión arterial. El testículo y el epidídimo aumentan de volumen y se vuelven congestivos, adquiriendo una coloración rojo violácea, la consistencia se torna dura y el aspecto es necrótico, pasando finalmente a la atrofia, con presencia de líquido serosanguinolento en el interior de la vaginal. Microscópicamente el cordón presenta un límite neto, con edema y hemorragia, éstasis venosa, raramente lesiones arteriales estenosantes o trombosis masivas organizadas.

Cuadro 3
Torsión Testicular y de sus Anexos
RESULTADO DE BIOPSIA
1969-1980

Necrosis Hemorrágica	Nº	%
Testicular	21	25.61
De epidídimo	5	6.10
De testículo y epidídimo	12	14.63
Hidatide	8	9.76
No se hizo biopsia	31	37.80

Puede haber lesiones reversibles e irreversibles. En las primeras, la biopsia revela congestión de capilares y de pequeños vasos, alteraciones del espacio intersticial con edema y hemorragia; discreta alteración de células de Leydig y alteración de la espermatogénesis. Las irreversibles se caracterizan por necrosis hemorrágica con pérdida de la espermatogénesis, destrucción de espermatoцитos y espermatogonias, lesión que se produce a las cuatro o seis horas, destrucción de células de Leydig a las diez horas y más tardíamente, necrosis infartoide, fibrosis, necrobiosis y calcificación.

Los anexos muestran una pequeña tumoración del tamaño de un frijol, con presencia de líquido en la vaginal, edema a nivel del cordón y microscópicamente lesiones necróticas.

SINTOMATOLOGIA (Cuadro 4)

El síntoma más importante y que aparece en el 100% de los casos es el dolor, siempre de aparición brusca y sin antecedentes patológicos de interés, en muchos casos durante las horas de la madrugada; irradiado a lo largo del cordón así como a la región inguinal, continuo y de intensidad cada vez mayor, a veces acompañado de náuseas y vómitos; sin fiebre. A la exploración física la bolsa se aprecia aumentada de volumen y de coloración, a veces de aspecto edematoso, siendo muy dolorosa a la palpación, haciéndose a veces imposible poder diferenciar los órganos intraescrotales porque el paciente no tolera la maniobra. En ocasiones existe el antecedente de cuadros similares de poca duración que han desaparecido espontáneamente. La ausencia de síntomas urinarios es la regla así como de antecedentes de instrumentación urológica (cateterismos, calibrajes, etc.) que iría más en favor de epididimitis, cuadro con el que la mayor parte de las veces se confunde. A medida que el tiempo pasa, el escroto se vuelve más edematoso y puede aparecer febrícula y leucocitosis discreta, tornándose el diagnóstico clínico prácticamente imposible. En ausencia de intervención quirúrgica, el dolor, la tumefacción escrotal y el edema, tienden a desaparecer muy lentamente, progresando hacia una necrosis testicular que raramente se elimina mediante supuración.

Cuando la torsión se presenta en testículos ectópicos, el cuadro se puede confundir con una apendicitis aguda, cólico nefrítico y hernia estrangulada. En la torsión de los anexos el cuadro es muy similar, pero la intensidad de los síntomas es mucho menor.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La epididimitis aguda es la causa de confusión más frecuente, la cual puede ser secundaria a blenorragia u otras enfermedades infecciosas, siendo esta entidad muy frecuente en enfermos portadores de sonda uretral o bien tener el antecedente de instrumentación urológica como ya se dijo. El signo de Prehn, consiste en que al elevar el testículo, no se modifica el dolor en la torsión y se atenúa en la epididimitis. En general se acompaña de cuadro febril, trastornos miccionales y al examen físico fácilmente se puede diferenciar el epidídimo aumentado de volumen y doloroso. Existen otras entidades

Cuadro 4
Torsión testicular y de sus Anexos
CUADRO CLINICO
1969-1980

Síntomas	Nº	%
Dolor testicular	82	100.00
Aumento de volumen	63	76.8
Náuseas y vómitos	6	7.3
Fiebre	15	19.7
Signos		
Dolor a la palpación	63	76.8
Aumento de volumen	63	76.8
Posición anómala del epidídimo	3	3.6
Signo de Prehn	3	3.6

menos frecuentes como el hematocele, cáncer agudo de testículo, quiste del cordón inflamado, hematoma de las bolsas, infarto espontáneo del testículo y en ocasiones, hernia inguinal estrangulada o apendicitis aguda.

TRATAMIENTO

La intervención quirúrgica debe llevarse a cabo apenas se sospeche la posibilidad de torsión, de esta manera podemos salvar el testículo, prevenir una recidiva o bien prevenir una recidiva contralateral. La anestesia general por sí misma puede destorsionarlo en más del 70% de los casos, siempre y cuando la intervención se haga tempranamente.

La vía de abordaje puede ser inguinal o escrotal, la cual nos permitirá confirmar el diagnóstico así como apreciar la viabilidad del órgano, que dependerá de la duración de la torsión, la posibilidad de destorsión espontánea y el aspecto de la glándula. El uso de compresas calientes es muy útil, aplicado durante unos 10 minutos, para ayudar a la recuperación. La presencia de sangre viva en una incisión en la albugínea, así como de pulso, son signos de viabilidad. El 25.6% de nuestros pacientes mostraban necrosis hemorrágica durante la intervención,

terminando claro está en orquidectomía y pexia testicular contralateral para prevenir una torsión futura en el testículo restante; esta se lleva a cabo mediante la colocación de un par de puntos de catgut entre la albugínea y la pared escrotal. Otras intervenciones que se pueden practicar son la epididimectomía, 2.44% de nuestros pacientes; resección de hidátide, 8.54%, o bien extirpación del anexo que esté comprometido.

CONCLUSION

La torsión testicular es una entidad que se presenta con gran predominancia en la adolescencia y la niñez, que en un porcentaje muy elevado de nuestros pacientes el diagnóstico no se hace ni temprana, ni correctamente, algunas veces dando tratamientos equivocados, permitiendo así la pérdida de numerosas glándulas con la consecuente repercusión en el futuro de estos hombres.

Por lo que, sumándonos a diferentes autores, proponemos una exploración quirúrgica precoz y sistemática de todos los síndromes dolorosos testiculares agudos por abajo de los 30 años de edad, ya que operar una epididimitis aguda no agravará el cuadro, mientras que no operar una torsión, será todo lo contrario.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Corriere J. N. Jr. Horizontal lie of the testicle. A diagnostic sign in torsion of the testis. *J. of Urol.* 107: 616, 1972.
- 2.- Gelband, H. and Wulfsohn, M.A. Torsion of the spermatic cord in utero: case report. *J. of Urol.* 98: 506, 1967.
- 3.- Gillenwater, J. Y. and Burros H. M. Torsion of the spermatic cord in utero. *J.A.M.A.* 198: 1123, 1966.
- 4.- Hyams, B. B. Torsion of the testis in the newborn, *J. of Urol.* 101: 192, 1969.
- 5.- King L. M., S. K. Sekaran, Dieter Saner and F. N. Schewentker. Untwisting in delayed treatment of torsion of the spermatic cord.
- 6.- M. B. Rose and H. Pankabian. Bilateral torsion of the appendix testis. *J. of Urol.* 110: 408, 1973.
- 7.- Rolnick D. Kawanoue S. Szanto P. and Bush I. M. Anatomical incidence of testicular appendages. *J. of Urol.* 100: 755, 1968.
- 8.- Skoglund R. W., Mc Robert's J. W. and Ragde H. Presentation of 43 new cases and a collective review. *J. of Urol.* 104: 604, 1970.
- 9.- Skoglund, R. W. Mc Robert's J. W. and Ragde H. Torsion of the spermatic cord: A. Review of the literature and an analysis of 70 new cases. *J. of Urol.* 104: 604, 1970.
- 10.- Whitesel J. A. Intrauterine and newborn torsion of spermatic cord. *J. of Urol.* 106: 786, 1971.
- 11.- Yunen J. R. Testicular torsion in the newborn, Report of a case. *J. of Urol.* 97: 318, 1967.