

Ectopia testicular en el pubis

Presentación de un caso

Por el Dr. JULIO CÉSAR MORALES CONCEPCIÓN^(*)

El testículo se forma en una posición bastante alta en la parte retroperitoneal del abdomen, cerca de la fosa lumbar; desde donde posteriormente desciende pasando por el canal inguinal a ocupar su posición definitiva en el escroto. Esta migración normal del órgano puede quedar detenida o alterada. Si se presenta la detención en cualquier parte de su descenso normal se produce lo que se conoce con el nombre de criptorquidia. Si por el contrario el testículo, después de rebasar el anillo inguinal externo va a colocarse en otro sitio cercano, en lugar del escroto, da lugar a la ectopia testicular.

De acuerdo con la posición anormal que el testículo ocupe dará lugar a distintos tipos de ectopia. Se conocen cinco variedades: 1) intersticial, 2) femoral o crural, 3) peneana, 4) perineal y 5) transversa.

Intersticial: en esta variedad el testículo se encuentra situado entre la aponeurosis del oblicuo mayor y la pared, siendo la más común de todas.

En la forma *femoral o crural* el testículo se halla descansando en el triángulo de Scarpa.

Peneana: se le denomina cuando el testículo ocupa la base del pene, inmediatamente encima del pubis. Parece ser

la variedad más rara de todas. Hemos encontrado solamente ocho casos descritos en la literatura.

Cuando el testículo ectópico se localiza en el periné, da lugar a la variedad *perineal*. En ella el testículo se encuentra en la parte anterior del perineo, por fuera de la línea media. El gubernáculum lo ata generalmente a la espina del isquion, pasando el cordón espermático sobre el ligamento de Poupart.

En la variedad *transversa*, ambos testículos pasan a través de un mismo canal inguinal, yéndose a reunir en la misma bolsa escrotal.

El factor etiológico de la ectopia al igual que en la criptorquidia, no ha sido determinado. Se han señalado diversas teorías. Algunas sostienen que puede deberse a firmes adherencias del gubernáculum. Otros invocan que un obstáculo a nivel de la entrada del escroto puede hacer que la gónada tome un camino menos resistente. Causas hormonales han sido aducidas por diversos autores.

El diagnóstico positivo de la ectopia testicular resulta fácil. La no existencia de gónada en la bolsa escrotal y la palpación de una masa ovoidea, móvil y dolorosa en cualquiera de las localizaciones mencionadas, establecen su identidad.

(*) Del Departamento de Urología de la Universidad de la Habana.

El diagnóstico diferencial con la criptorquidia, establece dudas solamente en la variedad intersticial, donde la situación testicular hace pensar que se encuentre en el conducto inguinal, sobre todo en los niños obesos, en quienes casi siempre se establece el diagnóstico en el acto quirúrgico.

Al igual que sucede en los testículos criptórquidos, la hernia inguinal acompaña a un tanto por ciento elevado de casos de testículos ectópicos.

El tratamiento es incuestionablemente quirúrgico variando la vía de abordaje con la situación del testículo. Este siempre se puede llevar sin dificultad hasta el escroto, pues a diferencia de la criptorquidia posee siempre un cordón espermático de longitud suficiente.

El pronóstico en cuanto a la espermatogénesis de estos testículos está muy en relación con el daño congénito de que pueden estar acompañados, según muchos autores, o del que pueden recibir por su posición anómala.

Si no se someten en tiempo a la reposición quirúrgica, pueden evolucionar hacia la atrofia o degeneración maligna, pueden ser fácil asiento de traumatismos, provocar evidentes trastornos psíquicos o sufrir torsión de su cordón espermático.

CASO CLINICO

H. C. 395-884, A. P. V., masculino, mestizo, de 11 años de edad. Visto en la consulta de pediatría el 20 de Agosto de 1963, de donde nos es remitido, siendo el motivo de consulta ausencia de los testículos de las bolsas escrotales.

Al examen físico se trata de un niño mestizo, de desarrollo pondoestatural normal para su edad. Al examen de los genitales se comprueba pene de desarrollo normal, ausencia de los testículos en las bolsas escrotales, las que se aprecian retraídas y mal desarrolladas. En la base del pene, inmediatamente encima del pubis se aprecian dos masas ovoideas, móviles, no ad-



Fig. 1. Fotografía en posición frontal de los genitales del paciente.



Fig. 2. Fotografía tomada en posición lateral donde se aprecia la gran prominencia que hacen los testículos en la zona del pubis.

heridas a planos profundos con los caracteres de los testículos. (Figs. 1 y 2)

Los análisis complementarios fueron normales.

El día 27 de noviembre de 1963 fue intervenido quirúrgicamente.

Se realizaron incisiones oblicuas de ambas regiones inguinales. Al efectuar la primera en el lado izquierdo se encontró de inmediato el testículo correspondiente debajo del tejido celular subcutáneo. (Fig. 3) Al separar esta gónada de sus adherencias vecinas se apreciaba por la misma herida el testículo del lado derecho. (Fig. 4) Se liberaron los testículos y sus cordones espermáticos de todas sus adherencias vecinas, practicándose dilatación digital de ambos hemiescrotos colocando en los mismos los testículos, previa biopsia, fijados por el gubernáculum a un punto de seda que atado a una cinta de goma lo llevaba al muslo correspondiente. (Fig. 5) No se encontró saco herniario en ninguno de los lados.

El resultado de la biopsia fue normal para su edad.

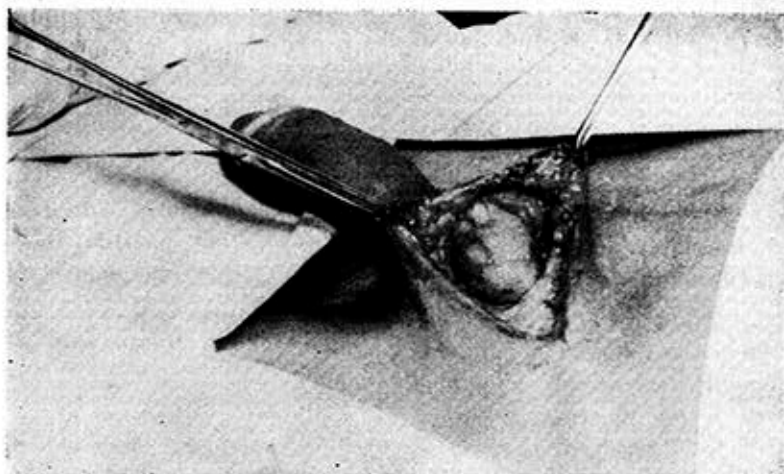


Fig. 3. Separado los bordes de la incisión del lado izquierdo se observan ambos testículos en su posición ectópica.

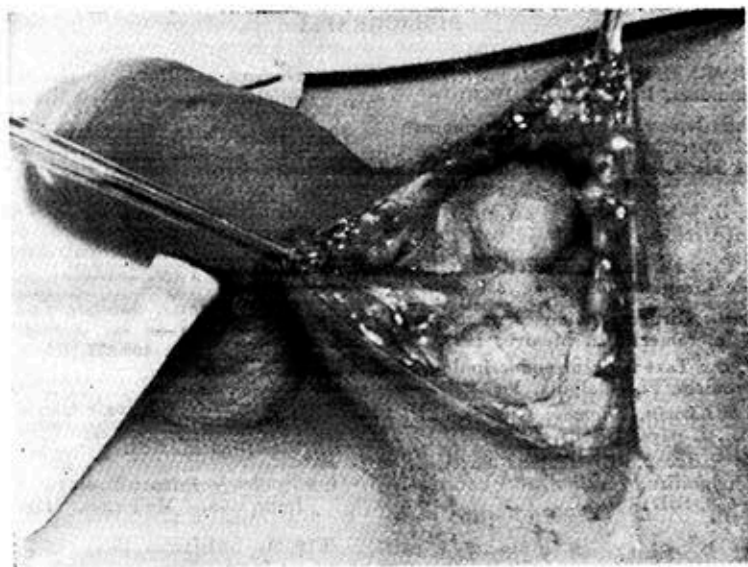
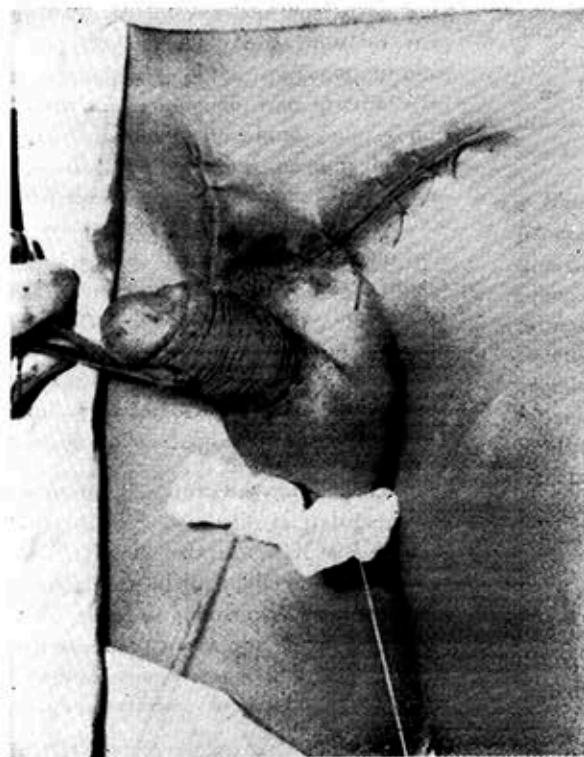


Fig. 4. En esta fotografía se había separado ligeramente el testículo izquierdo lo que permite observar con precisión el del lado derecho encima del pubis.



El postoperatorio fue normal, siendo dado de alta a los siete días de operado.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se hace un breve estudio de la ectopia testicular señalando su diferencia con los testículos no descendidos o criptorquidia.

Se presenta un caso de localización bilateral en el pubis, habiéndose encontrado solamente ocho casos publicados en la literatura mundial previamente, constituyendo el nuestro el primer caso descrito en Cuba.

Fig. 5. Operación terminada.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.—*Campbell, M.*: Urology, Vol. II, pág. 1776. W. B. Saunders, Philadelphia. 1963.
- 2.—*Gross and Jewett*: Surgical experiences from 1222 operations for undescended testis, J. A. M. A. Vol. 160, págs. 634-641, 1956.
- 3.—*Williams, D. W.*: Anomaly of scrotum and testis. J. of Urology. Vol. 89, pág. 860, 1963.
- 4.—*Paredes, P.*: Ectopia testicular. Revista Cubana de Cirugía. Vol. 3, pág. 335, 1964.
- 5.—*Swenson, O.*: Cirugía Pediátrica, pág. 227, Editorial Interamericana, México, 1960.
- 6.—*Williams, D.*: Text book of endocrinology. W. B. Saunders, Philadelphia, 1963.
- 7.—*Lowsley & Kirwin, Thomas*: Clínica urológica. Vol. I, págs. 383-385, 1945.
- 8.—*Testut, L. y Jacob, O.*: Tratado de Anatomía Topográfica, Séptima ed. Vol. II, págs. 636-638, Salvat, 1948.
- 9.—*Dodson, Austin*: Cirugía urológica, 2da. edición, págs. 775-776, Editorial Beta. 1957.
- 10.—*Boeminghaus, H.*: Urología 2da. edición. Págs. 683-690, Editorial Paz Montalvo, Madrid. 1958.
- 11.—*Domínguez, Carlos de J.*: Tratamiento de la criptorquidia. Archivos de los Hospitales Universitarios. Vol. XII, No. 5, Sep.-Oct. 1960. Págs. 254-261.
- 12.—*Prader, Alexis, Labhart, Constan, Hedmyer*: Clínica de las secreciones internas. 2da. ed., págs. 468-472, Ed. Científico Médico, Barcelona.
- 13.—*Grob, Max.*: Patología Quirúrgica Infantil. Primera edición. Págs. 552-558. Editorial Científico Médico.
- 14.—*Woolrich, Jaime*: Urología. Págs. 177-179. Impresiones Modernas, México.