

HOSPITAL GENERAL "HEROES DEL BAIRE" DE ISLA DE PINOS. SERVICIO DE UROLOGIA

Torsión del testis y de su hidátide. Presentación de 14 casos en un período de 3 años*

Por el Dr.:

ARMANDO ITURRALDE CODINA**

Iturralde Codina, A. *Torsión del testis y de su hidátide. Presentación de 14 casos en un período de 3 años.* Rev Cub Ped 51: 1, 1979.

Se estudian las diferencias entre las torsiones del testis y de sus hidátides. Se indican las causas predisponentes y su embriología. Se señala la clasificación, la etiopatogenia, el cuadro clínico de los dos estados morbosos con sus afecciones acompañantes, su diagnóstico diferencial, el pronóstico y el tratamiento urgente de la afección. Se exponen cuatro casos tratados por el autor, uno de ellos bilateral, en el período de 3 años, de un total general de 14 casos.

INTRODUCCION

La torsión del cordón espermático muchas veces recibe el nombre de "torsión del testículo", por lo que su cuadro clínico es muy similar a la "torsión de la hidátide", y se pueden estudiar juntos los dos estados morbosos.

La torsión del cordón espermático representa una urgencia quirúrgica, ya que ocurre con rapidez el infarto hemorrágico del testis, e interfiere primero con la circulación venosa de retorno y después con la circulación arterial, produciendo infarto y gangrena del testis.¹

Causas predisponentes

Las más importantes son: el mesoquilio largo, que le produce mayor movilidad y rotación al testículo, además del aumento del ejercicio.

Embriología

En el testículo o alrededor de éste se encuentran un número determinado de órganos rudimentarios, desprovistos de funciones, cuya significación se comprende perfectamente por el estudio del desarrollo del aparato urogenital. Estos órganos son: las hidátides de Morgagni (pediculadas y sésil), los vasos aberrantes del epidídimo (apéndice del deferente) y el órgano de Giralde (apéndice del cordón), por lo que nos ocuparemos en nuestro estudio sobre el primero de éstos.

* Trabajo presentado en la "I Jornada Provincial de Pediatría" en el regional Isla de Pinos, en diciembre de 1973. Trabajo presentado en la "I Jornada Clínicoquirúrgica" del regional Isla de Pinos, en diciembre de 1975.

** Especialista de I grado de urología. Jefe de servicio y subdirector facultativo del hospital regional "Héroes del Baire" de Isla de Pinos.

Las hidátides de Morgagni, llamadas así por el anatomista que las descubrió, son dos pequeños apéndices, unos pe-

diculados y otros sésiles, que se desarrollan en la parte anterior del testículo y del epidídimo.

- a) La hidátide pediculada: es una vesícula redondeada que está unida a la cabeza del epidídimo; su diámetro es de 1-2 mm de promedio; su significación aún no está perfectamente determinada y la mayoría de los autores la consideran como restos del segmento superior del conducto de Wolff.
- b) La hidátide sésil o no pediculada: es mucho más frecuente que la anterior; se presenta bajo la forma de una eminencia redondeada, aplastada, de superficie lisa, a veces irregular, implantada en la cabeza del epidídimo o en el extremo anterior del testículo, con dimensiones variables entre 2 y 8 mm. La hidátide sésil se considera como representante del extremo peritoneal del conducto de Muller,¹ siendo por tanto la homóloga, en el hombre, del pabellón de la trompa uterina.

Clasificación

La torsión del cordón espermático se puede clasificar en dos grandes grupos:¹

- a) La intravaginal (la más frecuente según Benson)
- b) La extravaginal

Edad

En la distribución por edades, se observa incidencia mayor antes del primer año de vida y otro pico en la pubertad, con predominio del testículo izquierdo (60%) en relación con el derecho, aunque algunos autores lo señalan indiferente.

Etiopatogenia

La torsión del testículo o de la hidátide producirá isquemia del órgano en cuestión, lo cual producirá la necrosis del testis en menos de 24 horas, no así la hidátide, que en ocasiones demora más en necrosarse.

El infarto testicular irrumpe en esta primera edad por un cuadro clínico de inflamación brusca, por lo que también se le llama "orquitis aguda primitiva de la infancia", según Ombredanne.²

Cuadro clínico

En los lactantes y niños pequeños se presenta con brusca rubicundez en el hemiescrotó afecto, doloroso al tacto, indurado; el dolor se irradia en ocasiones hacia el hipogastrio, concomita con náuseas, vómitos e hipertermia.²⁻⁴

Al examen físico se comprueba dolor a la palpación, la rubicundez, el edema, que aumenta el dolor al levantar el testis sobre el pubis (signo de Prehn), fiebre y taquicardia.

Si el caso se presentara con varios días de evolución y los síntomas no fueran muy alarmantes, habría que pensar primeramente en una torsión de la hidátide, que evoluciona más tórpida-mente, y en el examen físico se comprueba un punto doloroso, tumoral, en el polo superior del testículo, del tamaño de un guisante, y se puede observar una "mancha" a través de la piel.

Afecciones acompañantes a la torsión del testículo

En la mayoría de los casos se pueden presentar los siguientes estados morbosos:

- a) Hernia inguinoescrotal
- b) Criptorquidia

Diagnóstico diferencial

La orquiepidimitis aguda siempre hay que descartarla; aunque el cuadro clínico es igual, tenemos como dato de importancia la edad, ya que en los adultos se observa pocas veces la torsión y sí la orquiepidimitis, además del "signo de Prehn";⁵ en las orquiepidimitis se alivia el dolor al levantar el testis sobre el pubis por disminuir el tironeamiento del cordón, no así en la torsión testicular, en que aumenta el dolor al levantar el testículo sobre el pubis.

La hernia inguinoescrotal atascada, en que generalmente hay antecedentes de padecer de hernia, el cordón está engrosado al igual que la región inguinal y no hay signos inflamatorios del testículo.

Pronóstico

En el caso de la torsión del testículo el pronóstico es desfavorable si se mantiene la isquemia por más de 24 horas, y se pierde el testículo en la mayoría de los casos.

En el caso de la torsión de la hidátide tiene mejor pronóstico, ya que al mantenerse el cuadro clínico por varios días se interviene al paciente, se le realiza la exéresis de la hidátide y en otras ocasiones sin intervenir quirúrgicamente después de necrosada la hidátide, se realiza la curación, aunque se mantiene el cuadro por varios días, además de mantenerse la duda por si fuera una torsión testicular. Si el diagnóstico se hace tarde ocurrirá la atrofia testicular en la mayoría de los casos.⁴

Tratamiento

Eminentemente quirúrgico de urgencia; se realiza "escrotomía o inguinotomía exploradora", destorcer el testículo, revisión de su vascularización, y se concluye con la fijación del testis a las paredes escrotales para evitar futura torsión. Si la torsión testicular es de menos de 24 horas, hay posibilidades de salvar el testículo, no ocurre así cuando es mayor el tiempo de evolución. En la torsión de la hidátide se realizará la exéresis de la misma.^{1,2,6,7}

Casística

Como sabemos, esta es una afección no frecuente en el niño, y la traemos en esta ocasión por haber tenido la oportunidad de atender 12 casos de torsión de la hidátide y 2 de torsión testicular, en el período de 3 años en el regional Isla de Pinos. A continuación exponemos 4 de los 14 casos:

a) Paciente A.G.M., del sexo masculino, de 5 años de edad, que ingresa en el H.H.B. en febrero de 1973, y concurre al hospital por "in-

flamación testicular derecha" desde hace 5 días. Se plantea haber sido tratado por facultativos con antibióticos, hielo y antiinflamatorios pero no se había logrado mejoría. Se examina al niño y nos da la impresión de presentar torsión de la hidátide de Morgagni, a descartar torsión testicular y orquiepidimitis aguda.

Se interviene quirúrgicamente de urgencia por vía escrotal, y se constata torsión de la hidátide. Se le realiza exéresis de la misma, y evoluciona bien, fue dado de alta a los 3 días, curado.

b) Paciente P.M.G., masculino, de 4 años de edad, que ingresa en el H.H.B. en marzo de 1973 por "inflamación en el testículo derecho", y es tratado por varios facultativos con antibióticos, quimioterápicos y antiflogísticos. Al examen del niño nos da la impresión de presentar torsión de la hidátide, a descartar la torsión del testículo y la orquiepidimitis más poco frecuente a esa edad.

Se interviene quirúrgicamente de urgencia, y se comprueba en el acto operatorio torsión de la hidátide, se le realiza la exéresis de ésta. El niño evoluciona bien, y es dado de alta a los 4 días, curado.

c) Paciente E.R.D., del sexo masculino, de 6 años de edad, que nos llega al cuerpo de guardia en agosto de 1973 por presentar dolor en testis izquierdo de 2 días de evolución, señalamos a la madre la posibilidad de que el niño hubiera sufrido un traumatismo, sin presentar fiebre.

Al realizar examen físico se comprueba dolor en el testis afecto, con aumento de volumen de éste, edematoso y rubicundo (figura 1) notando aumento de dolor al llevar el testis contra el pubis (signo de Prehn).

Con estos síntomas y el examen físico se decide llevar al enfermo al salón de operaciones con el diagnóstico de torsión de la hidátide o testis (figura 2). Se le realiza escrotomía de urgencia, donde se encuentra hidátide torcida, isquémica, por lo que se realiza exéresis de la misma, se deja dren de Penrose y se cierra la piel con catgut.

El paciente evoluciona bien, y es dado de alta a los 3 días, curado.

d) Paciente M.R.L., del sexo masculino, de 12 años de edad, que nos llega al cuerpo de guardia en noviembre de 1973. La madre nos señala que desde hace 3 días el niño nota dolor en el testis derecho, el cual le ha ido aumentando de volumen, no así el dolor, que se ha mantenido estable, moderado, sin presentar fiebre ni taquicardia.

Al examen se comprueba el dolor en el testis, aumento de volumen, edema del escroto y rubicundez; el dolor se intensifica al elevar el testis sobre el pubis. Pulso de 88/minuto.

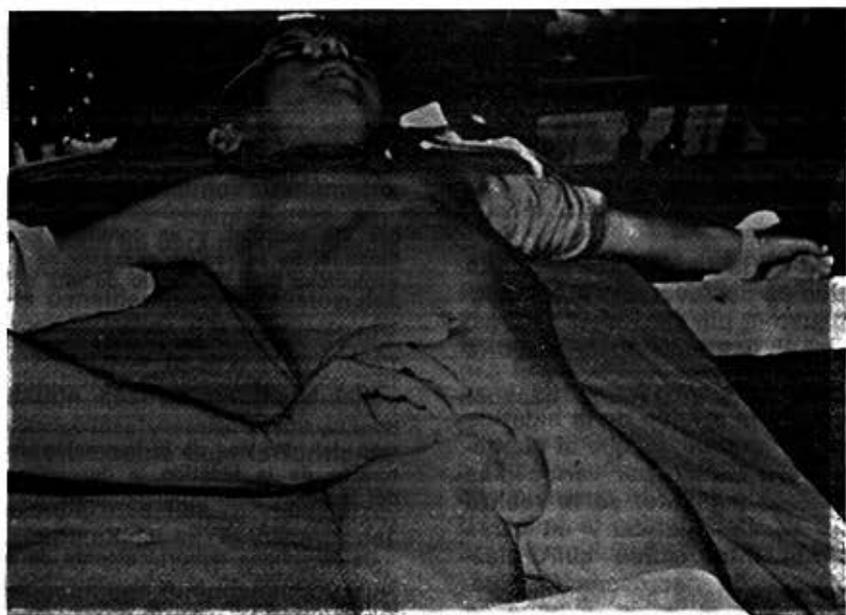


Figura 1 Niño de 5 años de edad, con aumento en volumen del testículo izquierdo, edematoso, rubicundo (hidatide de Morgagni torcida).

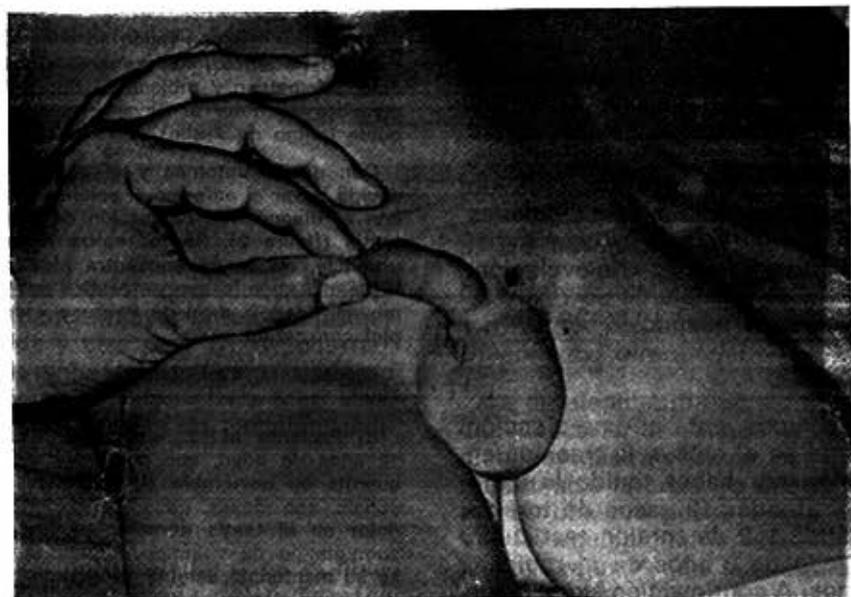


Figura 2. Observe la diferencia del aumento de volumen en el hemiescrotos izquierdo, en relación con el derecho.



Figura 3. Pieza quirúrgica de testículo necrótico, donde se observa el color negro de éste, en una torsión testicular de varios días de evolución (caso de la torsión testicular bilateral).

Se le indica el preoperatorio y se lleva al salón con el diagnóstico de torsión de la hidátide o testis, a descartar orquiepidimitis aguda traumática; se encuentra en el acto operatorio torsión del testis, se observa el color negro completo, necrótico (figura 3), y la torsión del cordón intravaginal. Se le realiza la distorsión y al no mejorar la irrigación del testis se decide su orquiectomía con ligadura alta del cordón, se le deja dren de Penrose y cierre de la piel con catgut. Evoluciona bien, y es dado de alta a los 4 días, curado.

Como dato curioso debemos señalar que este paciente al mes de operado reingresó por un cuadro similar al anterior, se encontró en la intervención quirúrgica el testículo que le que-

daba torcido, por lo que lo destorcimos, mejoramos su irrigación y fijamos el escroto.

CONCLUSIONES

Se presentan 3 casos de torsión de la hidátide de Morgagni y 2 de torsión del testis, de un total de 14 casos, en el período de 3 años por el servicio de urología del hospital regional "Héroes del Baire", en Isla de Pinos; se realiza un esbozo del cuadro clínico y examen físico de dichos estados morbosos.

Como observación señalaremos que todos los casos de niños que llegaron al cuerpo de guardia con "inflamación testicular" vistos por nosotros, fueron intervenidos quirúrgicamente (casos presentados), y todos eran positivos de las afecciones ya descritas.

De importancia se recalca que el diagnóstico precoz es de gran importancia por la posible torsión del testis, ya que después de pasadas 12 horas es difícil su recuperación. Como dato curioso se presentó una torsión testicular de un lado y al mes ocurrió la del testículo contralateral.

Debemos señalar que en todos los casos operados la incisión que se practicó fue la escrotomía, con excepción del caso de la torsión testicular bilateral en que se utilizó la vía inguinoescrotal.

Según algunos autores (Benson, Cirugía Pediátrica) entre ellos, señalan más frecuente la torsión del testis antes de 2 años y la de hidátide de 10-14 años, existe en nuestros casos el promedio de 5 años para la hidátide y el de 12 años en la torsión del testis.

SUMMARY

Iturralde Codina, A. *Testis torsion and sessile hydatid torsion. Report of fourteen cases during a three year period.* Rev Cub Ped 51: 1, 1979.

The differences between testis torsion and sessile hydatid torsion are studied. The predisposing factors as well as the embryology are indicated. The classification, pathogenesis and clinical picture in both morbid states and the concurrent affections, differential diagnosis, prognosis and the emergency treatment are all pointed out. Four patients, one out of them with a bilateral torsion who were treated by the author during a three year period from a total of 14 cases are presented.

RÉSUMÉ

Iturralde Codina, A. *Torsion du testicule et de son hydatide. Présentation de 14 cas au cours d'une période de 3 ans.* Rev Cub Ped 51: 1, 1979.

Les différences entre les torsions du testicule et de ses hydatides sont étudiées. Les causes prédisposant à la torsion sont indiquées ainsi que son embryologie. D'autre part, classification, l'étiopathogénie, le tableau clinique des deux états morbides avec les affections qui les accompagnent sont signalés, de même que le diagnostic différentiel, le pronostic et le traitement d'urgence de l'affection. Quatre cas d'un total de 14 traités par l'auteur dans la période de 3 ans sont présentés, dont un bilatéral.

РЕЗЮМЕ

Итурральде Кодина, А. Скручивание тестиса и её пузыря. Представление 14 случаев, имевших место в период трёх лет. *Rev Cub Ped* 51: 1, 1979.

Проводится исследование различий между скручиванием тестиса и его пузыря. Указываются предрасполагающие причины и их эмбриология. Указываются классификация, этиопатогенез, клиническая картина двух болезненных состояний с их сопровождающими поражениями, их дифференцированная диагностика, прогноз и срочное терапевтическое лечение этого поражения. Делается представление четырёх случаев с пациентами, которые были лечимы — автором, в одном из случаев поражение было двухсторонним; в общем в течении трёхлетнего периода были лечимы 14 пациентов.

BIBLIOGRAFIA

1. *Benson, R.* Cirugia infantil. T. 2 E.R. 1167. Instituto Cubano del Libro, 1967.
2. *Iturralde, A.* Torsión del cordón espermático. 87. Urgencias Urológicas, Tesis de grado en urología, 1975.
3. *Gómez Areces.* Torsión del testis y sus hidátides. Revisión de la literatura y reporte de 18 casos. Revista cubana de pediatría, 425-468, julio-diciembre, 1973.
4. *Prehn, D.T.* A new sign in the differential diagnosis between. Torsion of the spermatic cord and epididymitis. *J Urol*, 1937.
5. *Charlo, Y.* Torsión de la hidátide de Morgagni. Cirugia Ginecológica y Urológica 20: 3, 195-199, mayo-junio, 1966.
6. *Smith, O.* Torsión del cordón espermático. 367. Urología General, 3ra. Edición. Ediciones Rev., 1974.
7. *Swinney, L.* Cirugia urológica: 279 Edit. Salvat, S.A., Madrid, 1965.

Recibido: diciembre 15, 1977.

Aprobado: junio 10, 1978.