

Cuatro casos de torsión del cordón espermático en la infancia

Four cases of spermatic cord torsion in childhood

Heydisandy Peña Martín^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-0993-762X>

Martha Elvira Chiang González¹ <https://orcid.org/0000-0002-0993-1739>

¹Hospital Pediátrico “Paquito González Cueto”. Cienfuegos, Cuba.

*Autor para la correspondencia: heidypm@hosped.cfg.sld.cu

RESUMEN

La torsión del cordón espermático figura entre las causas más frecuentes de dolor testicular en la infancia. Su tratamiento varía en dependencia de la viabilidad del testículo como consecuencia de las horas de evolución de la enfermedad. Con el objetivo de mostrar la sintomatología con que se presenta esta entidad se estudiaron cuatro pacientes entre 3 y 13 años de edad que acudieron al servicio de urgencias con dolor y aumento de volumen testicular izquierdo de menos de seis horas de evolución. A todos se les realizó escrototomía izquierda, detorsión y orquidopexia. La evolución posoperatoria fue favorable con presencia de flujo arterial en el Doppler testicular. En conclusión, el tiempo de evolución de la enfermedad y la sintomatología con que se presentan los pacientes son un factor decisivo en la conducta quirúrgica a seguir.

Palabras clave: torsión del cordón espermático; diagnóstico; orquidopexia.

ABSTRACT

Spermatic cord torsion is one of the most frequent causes of testicular pain in childhood. Its treatment varies according to the viability of the testicle as a consequence of the hours of evolution of the condition. With the purpose of

showing the presentation symptoms of this disease, a study was conducted of four patients aged 3-13 years who attended the emergency service with pain and increased left testicular volume of less than six hours of evolution. All four patients underwent left scrotectomy, detorsion and orchidopexy. Postoperative evolution was favorable, with presence of arterial flow on the testicular Doppler. In conclusion, the time of evolution of the disease and the symptoms with which patients present are decisive factors in the surgical management to be indicated.

Keywords: spermatic cord torsion; diagnosis; orchidopexy.

Recibido: 30/03/2021

Aceptado: 03/05/2021

Introducción

El dolor testicular es uno de los motivos de consulta más frecuente en los servicios de urgencias de los hospitales pediátricos, con una incidencia anual de 3,8 por cada 100 000 en menores de 18 años, siendo más frecuente durante la adolescencia y en el período perinatal.⁽¹⁾

Entre las principales causas por las que se produce puede mencionarse la orquiepididimitis, la torsión de hidátides o una torsión del cordón espermático en todos los casos, lo que trae como consecuencia el llamado síndrome de escroto agudo.

De todas las causas, la más temida por los profesionales es la torsión testicular en la que se producen uno o más giros del cordón espermático en uno u otro sentido, lo que determina una interferencia en el retorno venoso del teste que provoca estasis, tumefacción y cianosis del testículo. En un tiempo de más de seis u ocho horas se compromete la viabilidad del testículo, lo que trae como consecuencia el daño gonadal irreversible de no realizarse la escrototomía.⁽²⁾

En todos los casos resulta vital un buen interrogatorio y un examen físico exhaustivo con énfasis en el análisis urológico de los genitales externos, que es lo que nos lleva a un correcto diagnóstico.⁽³⁾ En algunos casos se ha empleado el Doppler testicular como método complementario en el diagnóstico que tiene una sensibilidad y especificidad del 89,9 y 98,8 %, respectivamente, y es útil para determinar los cambios en la ecogenicidad testicular, el edema escrotal y el hidrocele residual.⁽¹⁾

En los servicios de urgencias del hospital pediátrico “Paquito González Cueto” se atienden muchos pacientes de diferentes edades que presentan dolor testicular. En la mayoría de los casos la conducta es quirúrgica debido a la sospecha de torsión del cordón espermático. Esta provoca un dolor súbito escrotal, intenso, con irradiación a la región inguinal y cambios de posición del teste que se acompaña de náuseas o vómitos. En todos los casos se realiza la escrototomía de forma inmediata y en dependencia del estado del teste se realiza la orquiectomía o la detorsión quirúrgica como tratamiento final.

El objetivo de esta investigación es mostrar la sintomatología con que se presenta la torsión del cordón espermático en los pacientes pediátricos para establecer el tratamiento inmediato y evitar la pérdida de la viabilidad testicular que conlleva a la orquiectomía.

Presentación de casos

Se presentan cuatro pacientes en edades comprendidas entre los 3 y 13 años, que acudieron con dolor testicular al servicio de urgencia del Hospital Pediátrico “Paquito González Cueto”, de Cienfuegos, entre diciembre de 2017 y agosto de 2018, con un tiempo de evolución de la enfermedad hasta seis horas. El diagnóstico se realizó mediante el método clínico en todos los casos, en uno de ellos se complementó con ecografía Doppler testicular.

Caso clínico 1

Adolescente masculino, blanco, de 13 años, de procedencia rural, sin antecedentes patológicos personales, sin episodios previos de dolor testicular, trauma o infección. Acudió al servicio de urgencias con dolor testicular izquierdo de seis horas de evolución, que inició de manera brusca sin relación con esfuerzo físico ni alivio con los cambios de posición. Acompañado de náuseas y vómitos. No presentaba fiebre.

El examen físico mostró elevación del teste izquierdo con aumento de volumen y enrojecimiento de la bolsa escrotal de ese lado, palpación del testículo muy dolorosa y reflejo cremastérico ausente.

Caso clínico 2

Transicional de 3 años, blanco, masculino, de procedencia rural, con antecedentes de salud. Fue valorado en consulta de urgencias por presentar cuadro de dolor y enrojecimiento de la bolsa escrotal izquierda de cinco horas de evolución (refiere la madre). No está relacionado con episodios de trauma u otra etiología, aunque sí está asociado al rechazo de los alimentos.

La bolsa escrotal se encontraba con aumento de volumen, enrojecimiento y calor. Testículo izquierdo doloroso y aumentado de tamaño, sin hidrocele y reflejo cremastérico ausente.

Caso clínico 3

Paciente masculino de 13 años, mestizo, de procedencia rural, con antecedentes patológicos de asma bronquial, valorado en el servicio de urgencias por presentar dolor testicular izquierdo de cinco horas de evolución, que se acompaña de vómitos. No está relacionado con ninguna otra causa.

El examen físico mostró piel escrotal con temperatura normal, aumento de volumen y elevación del testículo, palpación muy dolorosa en el teste afectado que irradiaba a región inguinal y ausencia de reflejo cremastérico.

Se realizó ecografía Doppler preoperatoria que informó existencia de líquido en el interior del escroto izquierdo, cabeza de epidídimo engrosada y teste irregular e hipoeecogénico.

Caso clínico 4

Paciente masculino de 13 años, blanco, con antecedentes de alergia. Fue valorado en cuerpo de guardia por presentar dolor testicular izquierdo de seis horas de evolución asociado a náuseas. No presentaba trauma, ni picadura de insectos, ni fiebre.

Al examen de los genitales se constató aumento de volumen y dolor en el teste izquierdo e irradiación a región inguinal, testículo elevado con signo de badajo de campana y reflejo cremastérico ausente.

Se realizó escrototomía precoz en los cuatro pacientes, lo que permitió confirmar el diagnóstico de torsión del cordón espermático. Se realizó detorsión y colocación de compresas tibias en los testes afectados que mostraban cambio de coloración. Esto permitió la recuperación de la viabilidad de los órganos dado que la enfermedad se encontraba con una evolución de menos de seis horas en todos los casos. Al final se practicó la orquidopexia (Fig. 1 y Fig. 2).



Fig. 1- Torsión del cordón espermático en adolescentes de 13 años con menos de seis horas de evolución de la enfermedad.



Fig. 2- Torsión del cordón espermático en adolescentes de 13 años con menos de seis horas de evolución de la enfermedad.

La evolución posoperatoria fue favorable con similitud bilateral en el tamaño del órgano y la presencia de flujo arterial en el Doppler testicular, que se practicó a las 24 horas del procedimiento quirúrgico y al mes.

Discusión

Existe similitud en la sintomatología de los pacientes estudiados con respecto a lo informado en otros artículos revisados que tratan el tema. En esos textos se reporta un predominio del dolor escrotal severo, signos inflamatorios locales y náuseas –con o sin emesis– en las tres cuartas partes de sus pacientes.⁽⁴⁾ Se considera con valor predictivo la presencia de la tríada integrada por cambios escrotales, ausencia de reflejo cremastérico, náuseas/emesis.^(5,6)

En estudios realizados se ha empleado el Doppler testicular que constituye la prueba de elección en caso de duda diagnóstica con una tasa de falsos positivos del 1 %. En la experiencia encontrada en los pacientes atendidos en el hospital donde laboran los autores de esta investigación se considera que si el diagnóstico

está claro, la espera de nuevas pruebas complementarias no aportará información necesaria y retrasará la intervención lo que pudiera comprometer la viabilidad del testículo.⁽⁷⁾

Los principales determinantes del pronóstico del paciente y del tratamiento quirúrgico que se le ofrece están condicionados por el tiempo que transcurre desde el inicio de los síntomas y la llegada a los servicios de urgencias y de allí hasta la intervención. Esto ha sido tomado en consideración por otros autores que describen que el tratamiento quirúrgico debe realizarse entre las primeras 4-6 horas de haber iniciado el dolor testicular.^(3,4)

Entre las intervenciones a realizar en esos pacientes están la detorsión quirúrgica y la recuperación del teste hasta la orquiectomía, en dependencia de la gravedad del cuadro.⁽⁸⁾

Existen muchas contradicciones con respecto a la detorsión quirúrgica como tratamiento para la torsión del cordón espermático, a pesar de que se recoge en la literatura que constituye un tratamiento efectivo que en ocasiones ayuda a evitar la realización de orquiectomía.⁽¹⁾

Se estima que el pronóstico es bueno si la detorsión se realiza en las 4-6 horas siguientes al inicio de los síntomas, con una tasa de sobrevida de la gónada (70-90 %) cuando la detorsión se realizó dentro de las primeras 12 horas.⁽³⁾

Se recomienda en todos los casos la exploración quirúrgica del lado afectado, y, de ser posible, la realización de orquidopexia en el otro lado dado el riesgo de torsión testicular contralateral.⁽³⁾

Resulta de utilidad en estos pacientes que se realicen detorsión quirúrgica y un examen físico posoperatorio de ambos testes. Este último puede ser apoyado con estudio Doppler para comparar el flujo arterial con una sensibilidad y especificidad de más de un 95 %.⁽³⁾

Esta presentación puede tomarse como aporte en la práctica médica, en la educación de residentes y estudiantes por la importancia que tiene la atención temprana de los pacientes pediátricos con sospecha de torsión del cordón espermático para el pronóstico del órgano y la intervención a realizar.

Conclusiones

En la torsión del cordón espermático resulta de vital importancia el correcto examen físico para llegar al diagnóstico y a la realización del tratamiento quirúrgico precoz para evitar la pérdida de la viabilidad testicular. El tiempo de evolución de la enfermedad y la sintomatología con que se presentan los pacientes son un factor decisivo en la conducta quirúrgica a seguir.

Referencias bibliográficas

1. Siu Uribe A, Garrido Pérez JL, Vázquez Rueda F, Ibarra Rodríguez MR, Murcia Pascual FJ, Ramnarine Sánchez SD, et al. Detorsión manual y cirugía diferida en la torsión testicular aguda. *Cir Pediatr*. 2019 [acceso 03/02/2021];32:17-21. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-182478>
2. Baeza-Herrera C, González-Mateos T, Velasco-Soria L, Godoy-Esquivel AH. Torsión testicular aguda y orquiectomía. *Acta Pediatr Mex*. 2009 [acceso 03/02/2021];30(5):242-6. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=26186>
3. García-Fernández G, Bravo-Hernández A, Bautista-Cruz R. Torsión testicular: reporte de un caso. *Cirugía y Cirujanos*. 2017;85(5):432-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.circir.2016.05.014>
4. Fernández N, Medina-Rico M, Rincón LF, Pérez Niño JF. Descripción de factores clínicos asociados a la torsión testicular. *Urol Colomb*. 2018;27(02):167-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0038-1645841>
5. Srinivasan A, Cinman N, Feber KM, Gitlin J, Palmer LS. History and physical examination findings predictive of testicular torsion: an attempt to promote clinical diagnosis by house staff. *J Pediatr Urol*. 2011;7(04):470-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpuro.2010.12.010>

6. Suárez Pacheco RA, Sánchez Ramírez L. Torsión testicular, reto diagnóstico ante una urgencia quirúrgica. CONAMED. 2018 [acceso 03/02/2021];23(4):203-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=83566>
7. Narváez Caballero AD, Vargas Collado S. Torsión testicular y su efecto en la fertilidad masculina en pacientes del Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca. Enero 2013-Octubre 2014, Managua-Nicaragua. [tesis] Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2015 [acceso 03/02/2021]. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/6526/>
8. Dakhil S, Daraji F. How to Reduce Time Delays in Presentation and Treatment of Testicular Torsion; the Role of Public and Practitioners Education. Iraqi Postgrad Med J. 2014 [acceso 03/02/2021];13(4):499-503. Disponible en: https://hcsj.iraqjournals.com/article_96152_0html

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.