



## **Torsión de un testículo en ascensor inducida por un traumatismo contuso**

Torsion of an elevator testicle induced for a bruised traumatism

Carina Flora Salgado Reyes<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0001-6658-3120>

Erich Roberto Ramón Núñez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-6592-1033>

<sup>1</sup>Hospital General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Latacunga, Cotopaxi, Ecuador.

\*Autor para la correspondencia: [scarina94@yahoo.com](mailto:scarina94@yahoo.com)

### **Cómo citar este artículo**

Salgado Reyes CF, Ramón Núñez ER. Torsión de un testículo en ascensor inducida por un traumatismo contuso. Arch Hosp Calixto García. 2019;7(3):425-431. Acceso: 00/mes/2020. Disponible en: <http://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/397/352>

---

### **RESUMEN**

**Introducción:** Se presenta el caso de torsión de testículo en ascensor -inducida por un traumatismo contuso- sufrida por un paciente de seis años de edad, por resultar infrecuente en la práctica médica, así como su diagnóstico y tratamiento, en consecuencia a los hallazgos operatorios.

**Caso clínico:** El paciente ingresó en la sala de emergencias del Hospital General de Latacunga, Ecuador, donde refirió dolor en región inguinal izquierda de 24 horas de evolución, luego de recibir una "patada".

Al examen físico se encontró el escroto vacío -lado izquierdo- y una tumoración de 3 cm en región inguinal izquierda, ovalada, dura, fija y dolorosa. Se indicó ultrasonografía doppler, que identificó el testículo izquierdo en el conducto inguinal con signos de torsión testicular. En la cirugía, el testículo y el epidídimo izquierdos se encontraban en el tercio inferior del conducto inguinal, necrosados y con torsión de 360° del cordón espermático. Se efectuó la orquiectomía izquierda, además de la fijación del testículo contralateral.

**Discusión:** La demora en el tratamiento puede ser fatal, al provocar alteraciones en la fertilidad y la pérdida del testículo, como ocurrió en el paciente informado.

**Conclusiones:** Los síntomas fueron atribuidos al traumatismo contuso, lo que retrasó el diagnóstico, con la consecuente pérdida de la gónada.

**Palabras clave:** Criptorquidismo; escroto; ultrasonografía doppler; torsión del cordón espermático; orquiectomía.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** It is presented the case of testicular torsion in elevator -induced by a contuse trauma- suffered by a six years old patient, because it is infrequent in the medical practice, as well as its diagnosis and treatment, as a consequence of the operative findings.

**Clinical case:** The patient was admitted to the emergency room of the General Hospital of Latacunga, Ecuador, where he reported pain in the left inguinal region of 24 hours of evolution, after receiving a "kick". On physical examination, the scrotum was found empty -left side- and a 3 cm tumour in the left inguinal region, oval, hard, fixed and painful. Doppler ultrasonography was indicated, which identified the left testicle in the inguinal canal with signs of testicular torsion. In surgery, the left testicle and epididymis were in the lower third of the inguinal canal, necrotic and with 360° torsion of the spermatic cord. The left orchiectomy was performed, in addition to the fixation of the contralateral testicle.

**Discussion:** Delay in treatment can be fatal, causing alterations in fertility and loss of the testicle, as occurred in the reported patient.

**Conclusions:** The symptoms were attributed to blunt trauma, which delayed diagnosis, resulting in the loss of the gonad.

**Keywords:** Cryptorchidism; scrotum; doppler ultrasonography; spermatic cord torsion; orchiectomy.

---

## INTRODUCCIÓN

El descenso testicular desde la cavidad abdominal hacia la bolsa escrotal cumple etapas específicas, las cuales pueden sufrir alteraciones clínicamente importantes que causan el síndrome de escroto vacío. Dentro de ellas se destacan el testículo no descendido congénito o adquirido, el testículo retráctil o en ascensor y la ectopia testicular.<sup>(1,2)</sup> La incidencia del mal descenso testicular es aproximadamente de



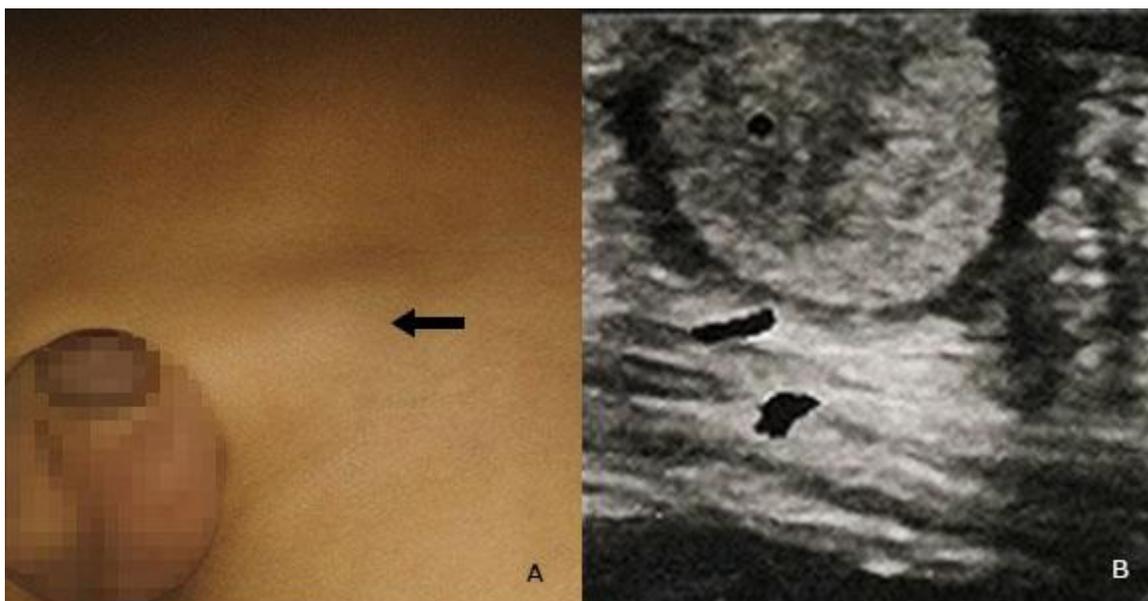
0,3%.<sup>(3)</sup> Las razones más importantes para su tratamiento son: fecundidad disminuida, aumento de la tasa de neoplasias malignas, riesgo aumentado de torsión o de lesión por traumatismos contra el pubis y el estigma psicológico del escroto vacío.<sup>(1)</sup>

El objetivo de este trabajo es presentar un caso de torsión de testículo en ascensor -inducida por un traumatismo contuso- sufrida por un paciente de seis años de edad, por resultar infrecuente en la práctica médica, así como su diagnóstico y tratamiento, en consecuencia a los hallazgos operatorios.

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de seis años de edad, con antecedente de testículo izquierdo en ascensor, que ingresó en la sala de emergencias del Hospital General de Latacunga y refirió que aproximadamente 24 horas antes, otro niño le había dado una "patada" en los genitales y en la región inguinal izquierda, tras la cual comenzó con dolor intenso en región inguinal izquierda, con irradiación al abdomen. Recibió tratamiento con analgésicos, sin mejoría clínica. A las 48 horas de la contusión, es referido a esta casa de salud.

En el examen físico, se encontraron el testículo y epidídimo derechos de tamaño, consistencia y localización normales; la bolsa escrotal en el lado izquierdo estaba vacía y había una tumoración en región inguinal izquierda, de aproximadamente 3 cm, dura, ovalada, fija y muy dolorosa a la palpación (Fig. 1A).



**Fig. 1A.** Tumoración inguinal izquierda. **1B.** Aumento de la ecogenicidad del testículo izquierdo con flujo vascular disminuido.

La biometría hemática y la química sanguínea fueron normales. En la ultrasonografía doppler se encontró el testículo izquierdo en la región inguinal ipsilateral, con aumento de la ecogenicidad de su parénquima y áreas anecoicas difusas, rodeado por un halo hipoeicoico y con un flujo vascular disminuido (Fig. 1B).

Con el diagnóstico de torsión testicular izquierda, se indicó la cirugía de urgencia. En la intervención quirúrgica, el testículo izquierdo fue hallado en el tercio inferior del canal inguinal ipsilateral, torcido y necrótico (Fig. 2). Por ello, se efectuó orquiectomía izquierda y como procedimiento quirúrgico complementario, fue fijado el testículo contralateral derecho.



**Fig. 2.** Torsión del cordón espermático de 360° con necrosis del testículo y epidídimo izquierdos.

El paciente recibió el alta hospitalaria a las 72 horas. No presentó complicaciones postoperatorias.

## DISCUSIÓN

El escroto agudo es la principal urgencia urológica en Pediatría.<sup>(4)</sup> La torsión testicular representa aproximadamente el 25 % de las causas, con una incidencia anual de aproximadamente 1/4 000, en menores de 25 años,<sup>(4,5)</sup> con mayor prevalencia entre los 12 y 18 años de edad.<sup>(4)</sup> El primer informe de torsión testicular afectando a un testículo criptorquídico se atribuye a *Delasiauve* en 1840, pero son pocos los casos descritos.<sup>(6,7)</sup>

Su etiopatogenia no es del todo conocida.<sup>(7)</sup> El factor de riesgo más importante es la predisposición anatómica,<sup>(8)</sup> una mala o nula fijación de estos testículos a la bolsa escrotal, junto a la disposición del músculo cremáster que rodea en forma espiral el cordón espermático y probables contracciones espasmódicas de este músculo que tienen un efecto giratorio sobre el testículo.<sup>(7,8)</sup> La torsión testicular inducida por traumatismos es una entidad reconocida, pero tiene una incidencia baja, sólo de 5 a 6 % en la mayoría de las series.<sup>(8,9)</sup> En este caso clínico se pudo asociar el traumatismo como factor desencadenante de la torsión.

Si el diagnóstico de torsión testicular en su localización escrotal resulta difícil, en el teste mal descendido la dificultad es mayor por dos motivos: porque no se piensa en ella y porque las exploraciones complementarias son menos sensibles cuando el teste está ubicado fuera del escroto.<sup>(7)</sup> Y cuando se asocia a un traumatismo, los síntomas y signos pueden ser equivocadamente adscritos al traumatismo mismo.<sup>(8)</sup> En la evaluación médica inicial de este paciente, las manifestaciones clínicas también fueron atribuidas al traumatismo, por lo que solo se indicó tratamiento sintomático. Por ello, ante un niño, - independientemente de su edad- con sintomatología abdominal o inguinal no específica y escroto vacío, es necesario pensar en esta enfermedad.<sup>(7)</sup>

El diagnóstico diferencial planteado ante un niño con llanto y una exploración que muestre una tumoración inguinal irreductible con un escroto vacío ipsilateral -de manera similar al niño del caso clínico-, prácticamente se reducen a descartar una hernia inguinal incarcerada, un tumor o la torsión de un testículo mal descendido.<sup>(7)</sup>

Un estudio realizado en EE.UU. durante 2011, analizó los métodos diagnósticos existentes hasta esa fecha y consideró a la ultrasonografía de alta resolución como un método de mayor sensibilidad que el doppler -aumentó a 96 %- y especificidad -en 99 %- . Por medio de este último sería posible observar la torsión testicular propiamente, como una masa no homogénea en la región inguinal o paratesticular.<sup>(5)</sup> Varios autores han comprobado que la presencia de flujo vascular en un estudio de este tipo no excluye la torsión testicular, pues una correcta valoración de la perfusión vascular dependerá del grado de torsión y del tiempo de evolución.<sup>(7)</sup> Sin embargo en el paciente reportado la ecografía doppler fue útil para establecer el diagnóstico de la afección.

En este caso fue evidente que ni la detorsión, ni la aplicación de calor local recuperaron el flujo vascular, por lo cual el tratamiento elegido fue la orquiectomía -izquierda-, como recomiendan *Brunet* y otros.<sup>(5)</sup> La controversia surgió en la actitud terapéutica a adoptar con respecto al testículo contralateral. Diversos autores están a favor de la fijación preventiva, al apoyar la hipótesis establecida por *Lyon* en 1961, quien afirmó que la alteración anatómica como causante de la torsión, puede presentarse bilateralmente.<sup>(7,9)</sup> Esta fue la razón principal por la que en este niño se decidió también fijar el testículo contralateral derecho.

*Fehér* y otros,<sup>(10)</sup> consideran que la demora en el tratamiento puede ser fatal, al provocar alteraciones en la fertilidad y la pérdida del testículo, como ocurrió en el paciente informado. Además, reportan un 90 - 100 % de cirugía exitosa cuando se realiza entre las cuatro y ocho horas de iniciados los síntomas, 50 % a las 12 horas, y sólo 10 % después de un día. La tasa de salvamento en la torsión testicular traumática es de 40 %, <sup>(8,10)</sup> pero 25 % tiene riesgo de atrofia testicular.<sup>(10)</sup>



## CONCLUSIONES

Se reportó el caso de un niño con torsión de un testículo en ascensor por un traumatismo contuso, en el que los síntomas fueron atribuidos a este, lo que retrasó el diagnóstico, con la consecuente pérdida de la gónada.

## REFERENCIAS

1. Granero Cendón R, de Agustín Asensio JC. Criptorquidia y otras anomalías del descenso testicular. Acta Pediatr Esp. 2007;65(5):214-9. Acceso: 30/11/2018. Disponible en: <https://docplayer.es/30265560-Criptorquidia-y-otras-anomalias-del-descenso-testicular.html>
2. Huertas AL, Espinosa Góngora R, Muñoz Calvo MT. Patología del descenso testicular. Pediatr Integral. 2014;XVIII(10):718-28. Acceso: 30/11/2018. Disponible en: [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2014/xviii10/01/n10-718-728\\_Maite\\_Munoz.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2014/xviii10/01/n10-718-728_Maite_Munoz.pdf)
3. Gil Vargas M, Sol Meléndez A, Lantán Centeno S. Ectopia testicular: Evaluación y manejo de tres casos. Rev Mex Cir Ped. 2014;XVIII(3):141-6. Acceso: 30/11/2018. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexcirped/mcp-2014/mcp143e.pdf>
4. García Fernández G, Bravo Hernández A, Bautista Cruz R. Torsión testicular: reporte de un caso. Cir Cir. 2017;85(5):432-5. Acceso: 30/11/2018. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.circir.2016.05.014>
5. Brunet R, Casals R. Torsión testicular en Pediatría, diagnóstico y manejo. Revisión de la literatura 2000-2015. Rev Ped Elec. 2016;13(4):12-7. Acceso: 30/11/2018. Disponible en: <http://www.revistapediatria.cl/volumenes/2016/vol13num4/pdf>
6. Bowlin PR, Gatti JM, Murphy JP. Pediatric testicular torsion. Surg Clin N Am. 2017;97:161-72. Access: 30/11/2018. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.suc.2016.08.012>
7. Domínguez Hinarejos C, Vivancos Garbayo S, Bonillo García MA, Serrano Durbá A, García Ibarra F. Torsión testicular en testes no descendidos. Actas Urol Esp. 2007;31(1):49-51. Acceso: 30/11/2018. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-48062007000100010](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062007000100010)
8. Seng YJ, Moissinac K. Trauma induced testicular torsion: a reminder for the unwary. J Accid Emerg Med. 2000;17:381-2. Access: 30/11/2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1725459/>
9. Gajbhiye AS, Shamkuwar A, Surana K, Jivghale K, Soni MK. Surgical management of testicular torsion. Int Surg J. 2016;3(1):195-200. Access: 30/11/2018. Available from: <http://dx.doi.org/10.18203/2349-2902.isj20160225>



10. Fehér ÁM, Bajory Z. A review of main controversial aspects of acute testicular torsion. *Journal of Acute Disease*. 2016;5(1):1-8. Access: 30/11/2018. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.joad.2015.06.017>

### Conflicto de interés

Los autores no presentan conflictos de interés.

Recibido: 25/11/2019.

Aprobado: 25/12/2019.

