

Torsión testicular, reto diagnóstico ante una urgencia quirúrgica

Testicular torsion, diagnostic challenge before a surgical emergency

René Alfredo Suárez Pacheco,* Lucina Sánchez Ramírez**

RESUMEN

La torsión testicular es una complicación altamente desastrosa si no se corrige en breve tiempo, y la solución que evita la pérdida del testículo afectado es la exploración quirúrgica inmediata.

Palabras clave: Testículo, torsión testicular, síndrome de escroto agudo.

ABSTRACT

Testicular torsion is a highly disastrous complication if it is not corrected in a short time, and the solution that avoids the loss of the affected testicle is immediate surgical exploration.

Key words: Testicle, testicular torsion, acute scrotal syndrome.

* Residente de 3º año de Medicina Forense.

** Directora de Coordinación Pericial.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Correspondencia:
LSR, lsanchez@conamed.gob.mx

Conflicto de intereses:
Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Suárez-Pacheco RA, Sánchez-Ramírez L. *Torsión testicular, reto diagnóstico ante una urgencia quirúrgica.* Rev CONAMED 2018; 23(4): 203-208.

Recibido: 28/08/2018.
Aceptado: 03/09/2018.

CASO CLÍNICO

Se presentó queja médica por el diferimiento en la realización de procedimiento quirúrgico que originó la pérdida del testículo en el paciente.

El caso se relacionó con un paciente de 10 años de edad, quien a las 04:45 horas fue llevado por sus padres al servicio de urgencias de un hospital de segundo nivel de atención médica, quienes refirieron al médico que el padecimiento inició a las 03:00 horas de ese día con cuadro clínico caracterizado por dolor a nivel del testículo derecho, de inicio súbito, de tipo punzante, intenso, 10/10 en escala visual análoga, de dos horas de evolución, acompañado de náusea y vómito en una ocasión, sin fenómenos exacerbantes ni atenuantes, negando fiebre y sintomatología urinaria.

A la exploración física se refirió como datos de relevancia: intranquilo por dolor, buen estado general, con tegumentos pálidos ++; abdomen blando, depresible, peristalsis disminuida en intensidad y frecuencia, no timpánico, dolor intenso a la palpación superficial y profunda a nivel de hipogastrio y región inguinal izquierda, Giordano bilateral negativo; testículo derecho con ligero aumento de volumen, en comparación con el contralateral, con dolor intenso a la manipulación, resto de exploración sin reporte de datos patológicos.

Se indicó su ingreso hospitalario con diagnóstico de orquitis y soluciones parenterales para vena permeable. Se solicitaron exámenes de laboratorio y gabinete que incluyeron una biometría hemática, la cual reportó leucocitos de $13,100/\text{mm}^3$ a expensas de neutrófilos de 74%, el resto de la biometría hemática, química sanguínea y examen general de orina sin alteraciones. También se solicitó la valoración urgente del servicio de cirugía general.

A las 05:50 horas, lo valoró especialista en cirugía general, refiriendo a la exploración física: testículo derecho ligeramente aumentado de volumen en comparación con el izquierdo, sin cambios de coloración, reflejo cremastérico presente, maniobra de Prehn dudosa, sin edema ni localización anormal; a la palpación, el epidídimo indurado y con engrosamiento de cordón espermático, respecto del contralateral; doloroso a la manipulación. Sin presencia de hernia inguinal. Se solicitó que se

realizara un ultrasonido testicular para descartar una torsión testicular. Se estableció la impresión diagnóstica de una probable orquiepididimitis y se indicó ayuno y metamizol 1 gramo IV a dosis única.

A las 09:00 horas de ese día, un médico radiólogo de guardia realizó ultrasonido simple a escala en grises, reportando que mostró datos ultrasonográficos en relación con orquiepididimitis derecha.

Ultrasonido que fue valorado por otro cirujano general en el servicio de urgencias, que decidió su hospitalización a piso de pediatría a cargo de cirugía general para manejo antibiótico, control analgésico y crioterapia local, con el mismo diagnóstico de orquiepididimitis.

Manteniéndose sábado y domingo sin cambios en el manejo médico instaurado, su evolución se refirió con disminución importante, incluso desaparición del dolor, afebril, asintomático, con disminución del aumento de volumen del testículo derecho, sin cambios de coloración en la región testicular, deambulando y durmiendo sin manifestar ninguna otra sintomatología asociada.

El lunes, a las 09:30 horas, fue valorado por el servicio de urología, señalando que se encontraba asintomático y a la exploración física dirigida: genitales externos con hiperemia y aumento de tamaño en región escrotal, a la palpación cordón espermático y testículo derecho con aumento de tamaño en comparación con contralateral y dolor a la palpación.

El médico urólogo que valoró al paciente indicó una exploración quirúrgica urgente, que se realizó a las 13:40 horas del mismo día, reportando el hallazgo quirúrgico de testículo derecho con parénquima testicular necrosado, con edema periférico. Se llevó a cabo orquiectomía derecha más orquidopexia izquierda y se estableció diagnóstico postoperatorio de torsión testicular derecha, confirmado por histopatología al reportar como diagnóstico histopatológico: hematocele y necrosis coagulativa postisquemia.

Posterior a la cirugía, el menor cursó con buena evolución y fue dado de alta, con la indicación de seguimiento por consulta externa de urología. En su seguimiento postoperatorio se advirtieron riesgos de fertilidad.

Responda el siguiente cuestionario en relación con el caso clínico

1. El cuadro clínico descrito en el paciente durante la valoración médica efectuada en el servicio de urgencias es compatible con el diagnóstico de:
- Orquitis.
 - Orquiepididimitis.
 - Síndrome de escroto agudo.
 - Torsión testicular.

Respuesta: c)

Se denomina síndrome de escroto agudo en el niño a un conjunto de padecimientos que se caracterizan por dolor escrotal agudo, el cual puede estar o no acompañado de signos inflamatorios. Se considera una urgencia médico-quirúrgica y plantea un problema diagnóstico en los sitios de atención primaria de niños.¹⁻⁴

2. El protocolo diagnóstico inicial en este caso incluía:
- Biometría hemática, examen general de orina, ultrasonido testicular.
 - Biometría hemática, examen general de orina, ultrasonido Doppler, valoración por servicio de cirugía general, cirugía pediátrica, urología u urología pediátrica.
 - Biometría hemática, examen general de orina, placa simple de abdomen de pie y decúbito, ultrasonido de alta resolución, gammagrama testicular.
 - Biometría hemática, examen general de orina, ultrasonido de alta resolución, gammagrama testicular.

Respuesta: b)

Los resultados de los estudios de laboratorio por lo general están dentro de los límites normales excepto: pacientes con orquiepididimitis, que presentan leucocitosis y neutrofilia en el hemograma y, en el general de orina, leucocitos y bacteriuria. El uso de la ecografía Doppler puede reducir el número de pacientes con escroto agudo sometidos a exploración

quirúrgica. De acuerdo con las manifestaciones y hallazgos clínicos y ante la sospecha de torsión testicular, el médico deberá solicitar interconsulta con el cirujano pediatra para evaluar la exploración quirúrgica de urgencia.¹⁻⁷

3. Estudio de gabinete que se considera el estándar de oro en el diagnóstico de torsión testicular.
- Ultrasonido de alta resolución.
 - Gammagrama testicular.
 - Ultrasonido Doppler.
 - Ultrasonido convencional en escala de grises.

Respuesta: c)

En torsión testicular, el ultrasonido Doppler (*Figuras 1 y 2*) muestra 94% de sensibilidad, 96% de especificidad, 95.5% de precisión y 89.4% de valor predictivo positivo (VPP), 98% de valor predictivo negativo (VPN), considerado el estudio estándar de oro para la evaluación del escroto agudo.¹⁻⁷

4. Cuadro clínico inicial característico de torsión testicular.
- Dolor testicular súbito e intenso, irradiado a hipogastrio, asociado a náuseas y vómitos, sin fiebre, con edema y eritema escrotal.
 - Dolor testicular de instalación insidiosa, sin irradiaciones, náuseas, vómito, fiebre, disuria, eritema escrotal.
 - Dolor testicular súbito e intenso que desaparece espontáneamente, de corta duración, sin fiebre, con presencia de náusea y eritema discreto a nivel escrotal.

Respuesta: a)

En la torsión testicular, el dolor es de inicio brusco, intenso y unilateral, localizado en el testículo y con irradiación hacia la ingle y el abdomen inferior ipsilateral, la deambulación suele ser dolorosa. En 50% de los casos de torsión testicular, el dolor ocurre durante el sueño. De acuerdo con el tiempo de evolución, el escroto mostrará variados grados de eritema e induración.¹⁻⁷

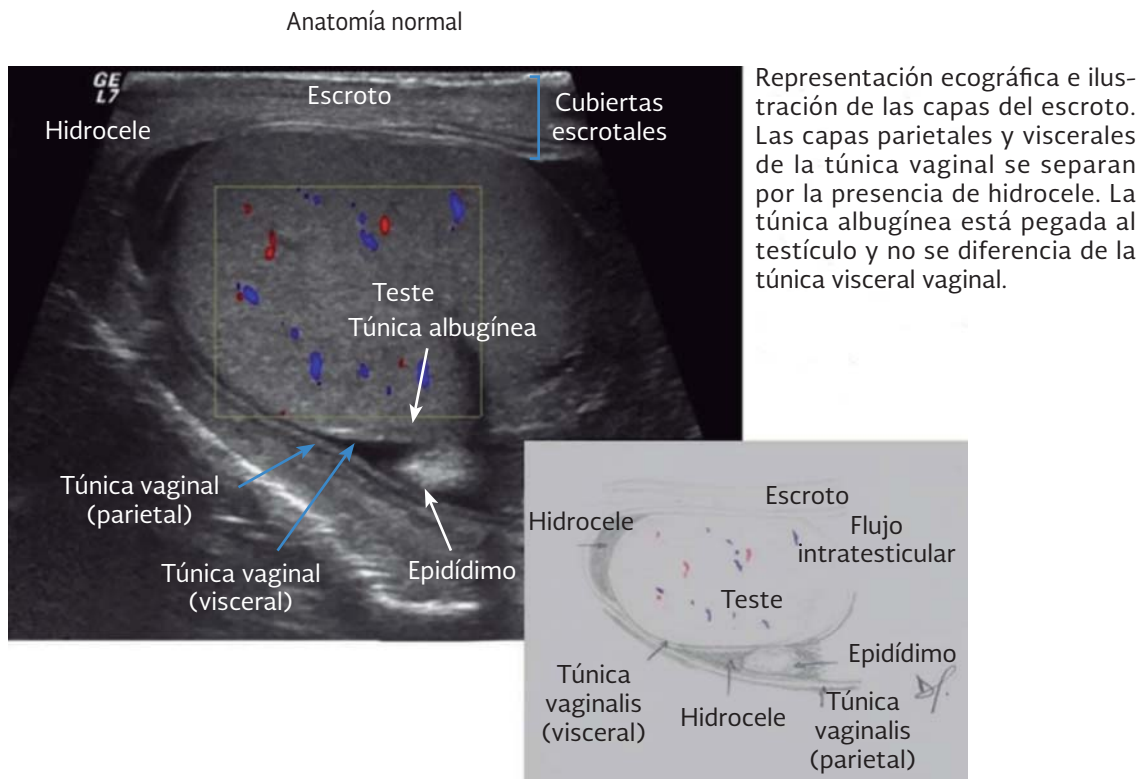
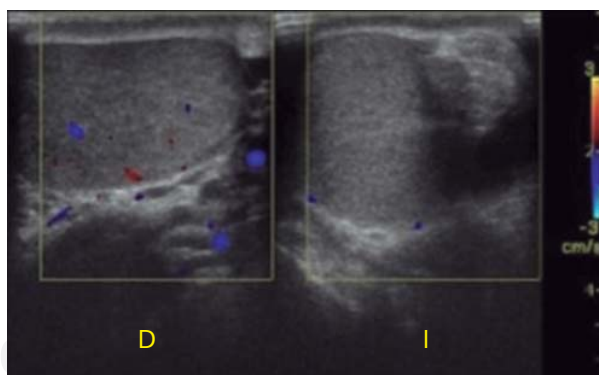


Figura 1. Anatomía normal en el ultrasonido testicular.

Fuente: García RP. Ecografía del escroto. Curso de ecografía para médicos residentes. Health & Medicine. Jun 18, 2017. [Consultada el 31 de julio de 2018] Disponible en: <https://www.slideshare.net/pedrogarciaramos14/6-ecografia-escroto>.

Torsión testicular en la ecografía

Tamaño: ampliado
Ecogenicidad: hipoecoica
Vascularización: hipovascular
 Hallazgos asociados:
 hidrocele, engrosamiento de la piel
 Todas las características deben compararse con testículos opuestos



Testículo derecho con presencia de flujo intratesticular en el modo Doppler-color. Ausencia de flujo intratesticular en el testículo izquierdo.

Figura 2. Torsión testicular en el ultrasonido Doppler.

Fuente: García RP. Ecografía del escroto. Curso de ecografía para médicos residentes. Health & Medicine. Jun 18, 2017. [Consultada el 31 de julio de 2018] Disponible en: <https://www.slideshare.net/pedrogarciaramos14/6-ecografia-escroto>.

5. Datos clínicos característicos observados durante la exploración física en una torsión testicular.

- Ascenso testicular, eritema y edema escrotal, sensibilidad a la palpación, reflejo cremastérico ipsilateral presente y reflejo de Prehn positivo.
- Hipersensibilidad testicular, ascenso testicular, horizontalización (signo de Gouverneur si se asocia a epidídimo en posición anterior), eritema escrotal, aumento de volumen de la gónada, reflejo cremastérico ipsilateral abolido y reflejo de Prehn negativo.
- Fiebre, ascenso testicular, eritema y edema escrotal, insensibilidad a la palpación, reflejo cremastérico ipsilateral presente y reflejo de Prehn negativo.

Respuesta: b)

En el caso de una torsión testicular, a la exploración física el testículo está ascendido y en posición transversal. Es muy frecuente la hipersensibilidad testicular, que es la presencia de dolor a la palpación de la gónada, presentándose en 97% de los casos. Se percibe ausencia del reflejo cremastérico con

una sensibilidad de 99 a 100% y una especificidad de 66%. La elevación manual del hemiescrotal y el testículo afectado origina un aumento del dolor testicular, conociéndose este signo como Prehn, siendo negativo por las características obtenidas (Figura 3).

6. Tratamiento de elección en caso de no contar con ultrasonido ante un cuadro clínico altamente sugestivo de una torsión testicular.

- Exploración quirúrgica urgente con orquiectomía.
- Exploración quirúrgica urgente con orquidopexia unilateral.
- Exploración quirúrgica urgente, determinar la viabilidad del testículo en caso de necrosis, orquiectomía y orquidopexia contralateral.
- Exploración quirúrgica, antibioticoterapia, analgésicos, crioterapia local.

Respuesta: c)

La presentación clínica compatible con torsión testicular obliga a cirugía inmediata sin necesidad de ningún estudio de perfusión testicular.¹⁻⁷

Torsión testicular

- Rotación del testículo sobre sí mismo, de forma que el cordón espermático se enrosca intravaginalmente con los vasos testiculares
- El síntoma más común es el dolor testicular agudo
- La torsión testicular implica obstrucción del flujo arterial y venoso
- El grado de isquemia testicular dependerá del grado de torsión (180°-720°) y de la duración de la torsión
- El rescate testicular es más probable en los pacientes tratados dentro de cuatro a seis horas después del inicio de torsión



Figura 3. Torsión testicular.

Fuente: García RP. Ecografía del escroto. Curso de ecografía para médicos residentes. Health & Medicine. Jun 18, 2017. [Consultada el 31 de julio de 2018] Disponible en: <https://www.slideshare.net/pedrogarciaramos14/6-ecografia-escroto>.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de Práctica Clínica, "Abordaje diagnóstico del escroto agudo en el niño y el adolescente". Evidencias y recomendaciones, México, IMSS-229-10.
2. Blum PR, Cordero OF. Escroto agudo y su manejo. Urología. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2011; LXVIII: 159-162.
3. Guía de Práctica Clínica, "Diagnóstico y tratamiento de orquitis en niños y adolescentes". Evidencias y recomendaciones, México, IMSS-187-15.
4. Guía de Práctica Clínica, "Diagnóstico y tratamiento de epididimitis en niños y adolescentes". Evidencias y recomendaciones, México. Actualización 2015, IMSS-039-08.
5. Udaquiola J, Arriaga V, Oesterreich R, Martínez PR, Giambini D. Escroto agudo. Criterios de diagnóstico y tratamiento en Pediatría. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. Editorial Journal, 2a ed. Buenos Aires, 2012.
6. Guía de Práctica Clínica, "Diagnóstico y tratamiento de orquiepididimitis, epididimitis y orquitis en niños y adolescentes". Evidencias y recomendaciones, México, IMSS-039-08.
7. Brunet, Rodrigo, Casals, Rodrigo. Torsión testicular en pediatría, diagnóstico y manejo. Revisión de la Literatura 2000-2015. Rev Ped Elec. 2016; [En línea] 13 (4): ISSN 0718-0918.