

Comunicación breve

Torsión testicular bilateral y sincrónica en un recién nacido. Caso clínico

Dres. José L. Cuervo*, Patricia Álvarez Gatti*, Marta Sancovici*, Héctor Ibarra*, José Lipzich* y Luis Prudent*

RESUMEN

La torsión testicular perinatal, definida como aquella ocurrida entre el período prenatal y el período postnatal hasta el mes de nacimiento, es una entidad rara que, en general, afecta uno de los testículos. Como la mayoría de los casos ocurre durante el período prenatal, la tasa de pérdida testicular es muy alta.

La torsión testicular bilateral, ya sea sincrónica o asincrónica, es mucho más rara. La existencia de torsión testicular unilateral debe alertar al equipo médico neonatal sobre la posibilidad cierta de torsión contralateral.

Presentamos un recién nacido con torsión testicular bilateral (compromiso de pared escrotal bilateral, con testículos duros, adheridos a cubiertas escrotales, sin hidrocele ni signos inflamatorios agudos, ecografía y eco-doppler característicos, y necrosis isquémica con pérdida de ambos testículos durante la exploración quirúrgica). Proponemos pautas de manejo de la torsión testicular.

Palabras clave: torsión testicular, escroto agudo, recién nacido.

SUMMARY

Perinatal testicular torsion defined as testicular torsion occurring prenatally and /or within the first 30 days postnatally, is a rare entity and generally affects one of the testis. As the majority of cases occur during the prenatal period, the rate of testicular loss is very high.

Bilateral testicular torsion, synchronous or asynchronous, occurs more rarely and its existence should alert the neonatal team, about the possibility of contralateral testicular torsion in every newborn that has suffered unilateral testicular torsion. We report a new case of bilateral synchronous testicular torsion in a newborn and propose principles of management.

Key words: testicular torsion, acute scrotum, newborn.

INTRODUCCIÓN

La torsión testicular perinatal (TTP),¹ definida como aquella que ocurre entre el período prenatal y el período postnatal hasta el mes de nacimiento, es una entidad rara que representa, aproximadamente, el 5-12% de las torsiones testiculares durante la infancia.^{2,3}

La mayoría de las veces, la afección es unilateral y ocurre durante el período prenatal alejado del nacimiento. Esto último explica la alta tasa de pérdida testicular, cercana al 95%, en el conjunto de neonatos con TTP.^{1,4-7}

Mucho más raramente ocurre TTP bilateral, ya sea sincrónica o asincrónica menos frecuentemente, y existen pocos casos publicados en la bibliografía mundial.

Presentamos un nuevo caso de torsión testicular bilateral sincrónica en un recién nacido y proponemos pautas de manejo para la TTP.

CASO CLÍNICO

Recién nacido de término, edad gestacional (EG) 39 semanas, nacido por parto vaginal, PN 3.460 g, gesta 1 para 0, Apgar 9/10, antecedentes maternos de hipertensión arterial durante el tercer trimestre del embarazo, medicada con antihipertensivos. Se realizaron tres ecografías prenatales que no evidenciaron alteración escrotal alguna.

El niño requirió interconsulta en las primeras horas de vida por presentar alteración de ambos hemiescrotos: piel de coloración azulada y testículos duros, adheridos a cubiertas escrotales, indolores, móviles, no aumentados de tamaño, no ascendidos, sin hidrocele ni signos inflamatorios agudos (Figura 1A).

La ecografía testicular mostró una alteración profunda de la arquitectura testicular bilateral (Figura 1B) y el eco-Doppler ausencia de flujo sanguíneo en ambos testículos.

El niño fue operado y se detectó torsión testicular bilateral extravaginal de 720°, con signos de necrosis en ambos testículos (Figura 2). Se realizó funículo-orquidectomía bilateral, con buena evolución postoperatoria.

El examen histopatológico confirmó la existencia de necrosis hemorrágica en ambos testículos y epidídimos.

DISCUSIÓN

Clásicamente la torsión testicular se clasifica

* Servicio de Neonatología. Sanatorio Otamendi, Buenos Aires, Argentina.

en extravaginal (o del cordón espermático) e intravaginal (o del testículo propiamente dicho). Típicamente la TTP *es de tipo extravaginal* y se produce en la porción más distal del cordón espermático. Como factores predisponentes se postulan la falta de fijación del testículo a las paredes escrotales (por insuficiente tiempo de contacto entre ambos),⁸ y la inusual motilidad del testículo durante el período neonatal.^{9,10}

Como después del nacimiento se produce rápidamente la fijación del testículo a las paredes del escroto,⁸ este tipo de torsión ocurre raramente en épocas más avanzadas de la vida.

Más difícil de explicar, por lo infortunado del cuadro, es la torsión testicular bilateral, tanto sincrónica como asincrónica. En nuestro caso, la similitud de hallazgos clínicos, ecográficos, intraoperatorios e histopatológicos en ambos testículos, sugieren la existencia de un factor etiopatogénico único y simultáneo o muy cercano en el tiempo.

La primiparidad y el alto peso para la edad gestacional han sido asociados a torsión testicular bilateral.¹¹

A pesar de que la TTP puede ocasionar serios problemas médicos y legales, no existe un consenso sobre su manejo ideal, ya sea en los aspectos diagnósticos, tácticos o terapéuticos.¹²

En el pasado, algunos autores sugerían evitar o diferir la exploración escrotal, por el entonces riesgo anestésico aumentado en el período neonatal, o

por la remota posibilidad de salvar un testículo torcido,⁶ pero en la actualidad existe cierto consenso en que la mejor estrategia ante la sospecha de torsión testicular es la exploración quirúrgica.^{1,4,12,14,15}

Las razones para explorar son varias: el riesgo anestésico es similar al de niños mayores; el diagnóstico de torsión testicular es presuntivo, pero no seguro; el potencial de salvamento testicular es muy bajo, pero cierto; y si el testículo está perdido, es aconsejable su remoción y la exploración y eventual fijación del testículo sano contralateral.

Una vez decidida la conducta quirúrgica, deberá definirse el grado de urgencia. Para ello es necesario tener en cuenta que la TTP puede ocurrir en un período prolongado. De ahí que haya más de una forma clínica de presentación y más de una táctica terapéutica.¹²

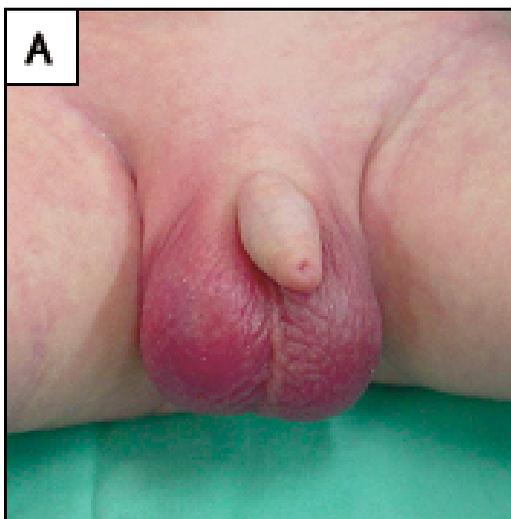
Con sentido práctico, y sencillo, se podrían distinguir tres grupos de pacientes:

1. Neonatos con cuadro clínico sugestivo de torsión testicular de comienzo reciente

Incluye pacientes que presentan desde el nacimiento, o en quienes aparecen súbitamente durante el primer mes de vida, signos escrotales inflamatorios agudos (dolor, agrandamiento y cambio de coloración del escroto afectado, y dolor y engrosamiento del cordón espermático homolateral).

Estos casos representan verdaderas emergencias quirúrgicas y no se debería invertir en estudios

FIGURA 1. A. Imagen preoperatoria: *hemiescrotos de coloración azulada y testículos duros, adheridos a cubiertas escrotales, indoloros, móviles, no aumentados de tamaño, no ascendidos, sin signos inflamatorios agudos.*
B. Ecografía preoperatoria: *patrón heterogéneo en ambos testículos con alternancia de áreas ecogénicas e hipoeoicas (sugestivas de necrosis), y zona hiperecogénica entre túnica albugínea y testículo.*



por imágenes un tiempo que resulta precioso, ya que la vitalidad del testículo afectado depende del grado de torsión y del lapso transcurrido desde su instalación.^{2,16,17}

2. Neonatos con cuadro clínico sugestivo de torsión testicular de larga data

Incluye pacientes que presentan desde el nacimiento un testículo de tamaño pequeño, normal o agrandado, *pero de consistencia dura*, y ausencia de signos escrotales agudos.

Estos casos no urgentes, comprenden un espectro de presentaciones, en función del tiempo transcurrido desde su instalación in útero.

En las torsiones más antiguas, el neonato nacerá sin un testículo o con un pequeño nódulo en el escroto afectado. En el primer caso (testículo no palpable), el paciente debe ser tratado como un criptorquídeo, y la mayoría de los cirujanos optará por un abordaje laparoscópico a mayor edad, ya que es difícil distinguir por medios clínicos o por imágenes, aquellos pacientes con un testículo intraabdominal, de aquellos otros que perdieron el testículo por torsión intraútero (testículo evanescente).¹⁸

En el segundo caso (presencia de un pequeño nódulo escrotal), el paciente debe ser tratado como un secular de torsión intraútero de larga evolución, como veremos más adelante.

En las torsiones menos antiguas, el neonato nacerá con una masa escrotal dura, regular, indolora, adherida a la pared escrotal, en general en la parte superior del escroto afectado, de mayor, igual o menor tamaño que el testículo contralateral sano, pero sin signos inflamatorios agudos.

Todos estos casos, donde el cuadro clínico sugiere fuertemente torsión testicular intraútero de larga data, deben ser encarados como urgencias relativas más que como emergencias, y deben ser operados cuando el niño se encuentre en un óptimo estado clínico.

Los objetivos de la cirugía son: confirmar el supuesto diagnóstico, remover el testículo afectado y principalmente explorar y fijar el testículo sano contralateral único.

Como en estos casos no existe una real urgencia, se pueden solicitar estudios por imágenes, que pueden apoyar el supuesto diagnóstico y justificar la conducta quirúrgica; sin embargo, la experiencia indica que la ecografía y la ecografía Doppler no son absolutamente específicas y sensibles, por lo cual la decisión quirúrgica debe basarse en la sospecha clínica.

3. Neonatos con cuadro clínico escrotal no sugestivo de torsión testicular

Incluye pacientes que presentan un cuadro escrotal dudoso, no sugestivo de torsión testicular, sino de otras patologías, como hematoma escrotal luego de un parto vaginal de nalgas, hematocele, epidídimo-orquitis, peritonitis meconial, etc.

Es en estos casos *no sospechosos de TTP*, donde la ecografía y la ecografía Doppler podrían ser de utilidad para apoyar el diagnóstico de sospecha clínica y evitar la cirugía; siempre y cuando ambos testículos aparezcan homogéneos y simétricos, en tamaño y ecoestructura, y se detecte flujo sanguíneo testicular bilateral.

Una vez confirmado el diagnóstico de torsión testicular por exploración quirúrgica, deberá decidirse la conveniencia o no de explorar y fijar el testículo contralateral, dado el riesgo de torsión testicular contralateral asincrónica.

Como ya se mencionó, la TTP es de tipo extravaginal y dependería de una falta de fijación del testículo a la pared escrotal, por insuficiente tiempo de contacto entre ambos. Luego del nacimiento, el testículo se adhiere firmemente al escroto, y se previene así este tipo de torsión.

Por lo tanto, durante el período postnatal inmediato, existe un riesgo pequeño pero cierto de torsión testicular contralateral asincrónica, y la mejor

FIGURA 2. Imagen intraoperatoria: torsión testicular bilateral extravaginal con necrosis isquémica de ambos testículos.



conducta para todo neonato que haya sufrido torsión testicular unilateral, es la exploración y fijación del testículo contralateral.^{1,4,5,9,14}

Luego del período neonatal, una vez que el testículo se fijó firmemente a las paredes escrotales, la posibilidad de torsión contralateral es similar a la del resto de la población, y dependerá de la existencia de una inserción anormal de la túnica vaginal que permita que, testículo y epidídimo, roten sobre su eje y sufran torsión testicular intravaginal (anomalía en badajo de campana).

Pasado el período neonatal la posibilidad de sufrir torsión testicular contralateral es extremadamente baja, pero cierta;¹ por tal razón, existe consenso en explorar el lado contralateral,^{1,4,5,14,15} en la misma o en otra operación, según las condiciones locales y el estado del paciente.

En síntesis, la torsión testicular bilateral es un evento, que no obstante ser raro y desafortunado, existe; por ello, el equipo médico debe estar alerta sobre la posibilidad cierta de torsión testicular contralateral en cualquier recién nacido con torsión testicular unilateral.

El neonatólogo debería solicitar una interconsulta especializada ante cualquier neonato que presente al examen físico signos escrotales de inflamación aguda o una masa escrotal dura, regular, indolora, de mayor, igual o menor tamaño que el testículo contralateral.

Ante la sospecha clínica firme de torsión testicular, la conducta debe ser siempre quirúrgica. Los hallazgos clínicos determinarán el grado de su urgencia.

Los estudios por imágenes no son imprescindibles, principalmente en casos de sospecha clínica firme de torsión testicular de comienzo reciente, ya que pueden hacer perder un tiempo precioso para la salvación del testículo afectado. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Das S, Singer A. Controversies of perinatal torsion of the spermatic cord: A review, survey and recommendations. *J Urol* 1990; 143:231-233.
2. Cuervo JL, Majluf R. Escroto agudo en pediatría. *Rev Hosp Niños* 2005; 47(211):10-20.
3. Brereton R, Manley S. Acute scrotal pathology in boys. *Z Kinderchir* 1980; 26:343-357.
4. Brandt M, Sheldon C, Wacsman J, et al. Prenatal testicular torsion. Principles of management. *J Urol* 1992; 147:670-672.
5. Laquaglia MP, Bauer SB, Eraklis A, et al. Bilateral neonatal torsion. *J Urol* 1987; 138:1051-1053.
6. Stone T, Kass E, Cacciarelli A, et al. Management of suspected antenatal torsion: What is the best strategy? *J Urol* 1995; 153:782-784.
7. Guiney E, Mc Glinchey J. Torsion of the testis and spermatic cord in the newborn. *Surg Gynec Obstet* 1981; 152:273-274.
8. Campbell M. The male genital tract and the female urethra. En: Campbell MF and Harrison JH eds. *Urology*, 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders Co 1970; 1834-1889.
9. Burge D. Neonatal testicular torsion and infarction: aetiology and management. *Br J Urol* 1987; 59:70-73.
10. Raifer J. Congenital anomalies of the testis. En: Walsh P, Gittes R, Perlmutter A, Stanley T, eds. *Campbell's Urology*, 5th ed. Philadelphia: WB Sanders Co 1986; 1962-1964.
11. Cooper C, Snyder O, Hawtrey C. Bilateral neonatal testicular torsion. *Clin Pediatr* 1997; 36:653-656.
12. Cuervo JL, Grillo A, Vecchiarelli C, Osio C, Prudent L. Perinatal testicular torsion: a unique strategy? Trabajo aceptado para publicar en el *Journal of Pediatric Surgery*, 2 de agosto de 2006.
13. Sorensen M, Galansky S, Striegl A, et al. Perinatal extravaginal torsion of the testis in the first month of life is a salvageable event. *Urology* 2003; 62(1):132-134.
14. Pinto K, Noe H, Jerkins G. Management of neonatal testicular torsion. *J Urol* 1997; 158:1196-1197.
15. Al-Salem A. Intra-uterine testicular torsion: early diagnosis and treatment. *BJU International* 1999; 83:1023-1025.
16. Bartsch G, Frank S, Marbergere H, et al. Testicular torsion: late results with special regard to fertility and endocrine function. *J Urol* 1980; 124: 375-376.
17. Smith G. Cellular changes from graded testicular ischaemia. *J Urol* 1955; 73:355-357.
18. Scorer C, Farrington G. Congenital anomalies of the testes: cryptorchidism, testicular torsion, and inguinal hernia and hydrocele. En: Harrison JH, Gittes RF, Perlmutter AD, Stamey TA and Walsh PC. Eds. *Campbell's Urology*, 4th ed. Philadelphia: WB Saunders Co 1979; 2:1549-1565.