

TORSIÓN TESTICULAR EN EL PACIENTE GERIÁTRICO. Y REVISIÓN DE LA LITERATURA: A PROPÓSITO DE UN CASO

I. GÓMEZ GARCÍA, J.L. RUIZ RUBIO, E. SANZ MAYAYO, S. CONDE SOMESO,
G. BRIONES MARDONES, A. LINARES QUEVEDO, R. GARCÍA NAVAS,
F.J. BURGOS REVILLA, A. ESCUDERO BARRILERO

Servicio de Urología del Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Actas Urol Esp. 27 (6): 465-467, 2003

RESUMEN

TORSIÓN TESTICULAR EN EL PACIENTE GERIÁTRICO. Y REVISIÓN DE LA LITERATURA:
A PROPÓSITO DE UN CASO

La torsión testicular en el adulto, es una nosología infrecuente aunque debe de entrar dentro del diagnóstico diferencial de cualquier adulto de más de treinta años, con cuadro de escroto agudo. El retraso e incorrecto diagnóstico, aumenta la frecuencia de orquiectomías por procesos vasculares en el adulto frente al niño. Presentamos el caso de varón de 74 años con escroto agudo, y revisión de la literatura.

PALABRAS CLAVES: Torsión testicular. Adulto. Escroto agudo.

ABSTRACT

TESTICULAR TORSION IN ADULTS AND LITERATURE REVISION: A PROPOS OF ONE CASE

Testicular torsion in adult, is an uncommon etiology, but we should make differential diagnostic in every person over thirty years old, with accurate escrotum. The wrong diagnostic gives up the incidence orchietomy in adults for vascular etiology. We report a male of 74 years old with accurate escrotum and review of the literature

KEY WORD: Testicular torsion. Adult. Accurate escrotum.

La torsión testicular es una afectación frecuente en la infancia, cuya incidencia es de uno por cada 4000 varones. Varía según los autores teniendo dos picos máximos a los 8 y 13 años, disminuyendo progresivamente según avanza la edad. Conforme el hombre va envejeciendo, la etiología del escroto agudo va siendo mayormente infecciosa (orquitis y orquiepididimitis) e infrecuentemente vascular. Aunque es anecdótico, la torsión testicular en el adulto, existe; por lo tanto siempre debe formar parte del diagnóstico diferencial del escroto agudo en mayores de 30

años. Un rápido diagnóstico y tratamiento aumentan la viabilidad del testículo, y disminuyen la probabilidad de orquiectomía

CASO CLÍNICO

Varón de 74 años de edad que acude al servicio de urgencia de nuestro hospital hacia las 4:00 de la mañana, con dolor intenso en hemiescroto izquierdo, que se irradia a hipogastrio, fosa ilíaca y zona lumbar izquierda, el paciente presenta un intenso cortejo vegetativo, con náuseas y vómitos e intenso dolor en teste izquierdo, hipogastrio y

fosa ilíaca izquierda. El dolor apareció de manera súbita y aumentaba progresivamente de intensidad, a pesar del tratamiento con opiáceos. No presentaba fiebre, ni clínica miccional, tampoco refería alteraciones del ritmo intestinal. Se diagnostica de crisis renoureteral izquierda, siendo tratada como tal y ante la ausencia de mejoría del cuadro se solicita valoración a las tres horas por parte del servicio de urología.

a) Antecedentes personales:

Como antecedentes de interés el paciente refiere una cardiopatía severa con dos episodios de infarto agudo de miocardio, y angor inestable. También presenta enfermedad pulmonar obstructiva crónica (con intenso componente obstructivo) y dos accidentes isquémicos transitorios. Preguntado por antecedentes urológicos no refería hematurias, ni crisis renoureterales, tampoco había tenido episodios previos de infecciones del tracto urinario.

b) Exploración física:

Constantes eran normales. En la exploración torácica destacaba disminución de la ventilación en ambos campos inferiores. Abdomen blando y depresible, sin signos de irritación peritoneal. No se palpan masas ni megalias, ni tampoco hernias. Discreto dolor a la percusión en fosa ilíaca izquierda la puño-percusión renal bilateral negativa.

Exploración genital, pene y el teste derecho absolutamente normales. El teste izquierdo se encontraba horizontalizado y ascendido hasta orificio inguinal superficial, y muy doloroso a la palpación. El reflejo cremastérico abolido. El signo de Prehn era positivo. No existían alteraciones inflamatorias en la piel del escroto.

c) Pruebas complementarias:

Sedimento urinario de rutina fue informado de normal. Realizamos un estudio preoperatorio, el cual es normal salvo bloqueo de rama derecha que se aprecia en el electrocardiograma.

d) Actitud y tratamiento:

Tras la reexploración del paciente, la intensa sospecha diagnóstica y la demora en el diagnóstico decidimos realizar exploración testicular vía

escrotal, en la cual apreciamos torsión del cordón espermático de 180° y teste izquierdo congestivo e isquémico; destorsionamos, y aplicamos suero fisiológico caliente y a los 10 minutos el testículo volvió a recuperar su tonalidad normal, con posterior pexia bilateral. Dos días después de la intervención el paciente fue dado de alta.

DISCUSIÓN

La torsión testicular es una etiología frecuente de escroto agudo en la infancia, con una incidencia aproximada de 1 por cada 4000 varones menores de 25 años¹. En el adulto la frecuencia de esta nosología es menor, pero no inexistente, variando según las series entre el 8% y el 28%¹⁻³. La incidencia disminuye con la edad. Refiriéndose en diversos estudios incidencias del 26 al 39% en mayores de 21 años que disminuye hasta el 10% en mayores de 30 años^{3,4,8}.

Debido a la rareza de esta patología en adultos, y la mayor prevalencia de procesos infecciosos e inflamatorios en varones de más de 30 años, como causa de escroto agudo, muchos de estos casos no son diagnosticados o incluso son etiquetados erróneamente y tratados como procesos infecciosos⁷.

En un estudio realizado por Whiterington y colaboradores⁸, el 69% de los casos de torsión en el adulto fue en el lado izquierdo, y un 31% en el lado derecho.

La mayor parte de los casos de torsión en el adulto suelen ser intravaginales⁷, aunque también se han descrito no más de 5 casos de torsión extravaginal¹⁰⁻¹² (forma muy común en lactantes y neonatos). En la literatura se han recogidos casos torsión testicular bilateral con¹³ y sin traumatismo previo^{14,15}.

El diagnóstico tardío, la creencia errónea de lo inusual de la torsión en el adulto, hace que la tasa de orquiectomía en el adulto sea de un 75% frente a un 20 a 50% en niños^{5,6}.

Con el diagnóstico de presunción de torsión testicular, la prueba diagnóstica de elección es la ultrasonografía con doppler, que alcanza una certeza diagnóstica de más del 90%¹⁶. La conjunción del doppler con la gammagrafía con tecnecio 99 marcado (Tc^{99m}), se correlaciona en un 100% de los casos con los hallazgos quirúrgicos encontrados²⁰. En muchos centros la ausencia de dispo-

nibilidad de estos medios diagnósticos, bien por falta de medios o de personal cualificado durante 24 horas; debe hacernos plantar la exploración quirúrgica ante una intensa sospecha¹⁷⁻¹⁹.

No sólo el tiempo de evolución es importante para la viabilidad del parénquima testicular, también influye el grado de torsión del cordón. Así se han documentado cambios histológicos del parénquima testicular, a las seis horas del inicio del dolor²¹. Sonda y Lapidés⁹, en estudios experimentales con perros, en los que se le realizó una torsión de 1080° la viabilidad del testículo quedo reducida a menos de dos horas.

CONCLUSIONES

La torsión testicular es una patología presente en el adulto. En la mayoría de los casos es erróneamente diagnosticada de proceso infeccioso y tratado como tal. La edad no debe ser criterio de exclusión en esta patología, y ante la sospecha debemos actuar de igual manera que ante un varón joven, y evitar que la incidencia de orquiectomía en el adulto sea del 75%.

REFERENCIAS

1. WILLIAMSON RC.: Torsion of the testis and allied conditions. *Brit J Surg* 1976; **63**: 465.
2. CHAPMAN RN, WALTON AJ.: Torsion of the testis and its appendages. *Brit Med J* 1972; **1**: 164.
3. LEE LM, WRIGHT JE.: Testicular torsion in the adult. *J Urol* 1983; **130**: 93.
4. WHITERINGTON R, JARREL TS.: Torsion of the spermatic cords in adult. *J Urol* 1990; **143**: 62.
5. PERRY S, HOOPINGAM D.: Testicular torsion in the older patient. *Ann Emerg Med* 1983; **12**: 319.
6. ALTAFFER LF.: Testicular torsion in men. *J Urol* 1985; **123**: 37-38.
7. THOMAS A.: Testicular torsion in a 59 years old man. *J Urol* 1995; **154**: 1480.
8. WHITERINGTON R, JARREL TS.: Torsion of the spermatic cord in adult. *J Urol* 1990; **143**: 62.
9. SONDA LP, LAPIDES J.: Experimental torsion of the spermatic cord. *Surg Forum* 1961; **12**: 502.
10. JASON C, ABBEY MD.: Extravaginal torsion of spermatic cord in adult. *Urology* 1991; **38**: 79.
11. BAKER K.: Torsion of the testis. *Br J Urol* 1964; **36**: 35.
12. FARLAND MC.: Testicular estrangulaton in children. *Br J Surg* 1966; **53**: 110.
13. SHEFI S.: Simoultaneous bilateral torsion in an adult. *J Urol* 1996; **159**: 206-207.
14. KOSSOW AS.: Bilateral synchronus testicular torsion, a case report. *J Urol* 1994; **152**: 1.211.
15. WHASNICK R.J.: Simultaneous bilateral torsion of the testes in a man. *J Urol* 1981; **125**: 427.
16. PATRIQUIN HB.: Testicular torsion in infants and children: diagnosis whith doppler sonography. *Radiology* 1983; **188**: 781.
17. BREWER M.: Adult testicular torsion. *Urology* 1986; **27** (4): 306.
18. Wright JE.: Torsion of the testis. *Br J Surg* 1996; **64**: 274-276.
19. CASS AS.: Elective ohydopexy for recurrent testicule torsion. *J Urol* 1983; **127**: 253-254.
20. RODRÍGUEZ DD.: Doppler ultrasounds versus sacaning in the evaluation of the acurate scrotum. *J Urol* 1981; **125**: 343-346.
21. SMITH G.: Cellular changes from graded testicular ischemia. *J Urol* 1955; **73**: 355.

Dr. I. Gómez García
C/ Costa Brava, 9 - Portal 3, 1º D
28034 Madrid

(Trabajo recibido el 23 octubre de 2002)