

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 60, 9 (1.125-1.127), 2007

TORSIÓN TESTICULAR INTRAUTERINO.

Pablo Garrido Abad, Manuel Fernández Arjona, Daniel Santos Arrontes¹, Inmaculada Fernández González e Ignacio Pereira Sanz.

Servicio de Urología Hospital de La Princesa. Madrid.
Servicio de Urología¹ Hospital de Mostotes. Madrid.
España.

Resumen.- OBJETIVO: Presentación de un caso clínico de torsión testicular intrauterina.

MÉTODOS/RESULTADOS: Varón de tres días de vida que consulta por dolor y aumento de hemiescrotos izquierdo, diagnosticado de torsión testicular intrauterina. Se procede a realización de extirpación del teste afecto y fijación contralateral.

CONCLUSIONES: Analizamos los casos hasta ahora publicados y hacemos referencia a las dificultades diagnósticas y las opciones terapéuticas. La torsión testicular puede confundirse con otras patologías como tumores, infartos testiculares, hidroceles, etc. Siempre ha de considerarse como una urgencia quirúrgica. La fertilidad del varón puede estar comprometida para el futuro.

Palabras clave: Testículo. Torsión. Intrauterina.

Summary.- OBJECTIVE: We present the clinical case of an intrauterine testicular torsion.

METHODS/RESULTS: Three days old boy complaining of testicular pain and scrotum enlargement with the diagnosis of intrauterine testicular torsion. Left testicular extirpation and right fixation were performed.

CONCLUSIONS: We analyze cases reported, clinical diagnosis and therapeutic options. Testicular torsion can be misdiagnosed with other pathologies like tumors, testicular infarctions, hydrocele, etc. We should always consider it a surgical emergency. The future fertility of the patient can be compromised.

Keywords: Testicle. Torsion. Intrauterine.

INTRODUCCIÓN

El primer caso de torsión testicular intrauterina fue publicado por Taylor en 1897 (1), explicado como una rara entidad clínica; hasta hoy se han publicado en torno a 150 casos verificables (2-4).

La torsión intrauterina es casi exclusivamente extravaginal y su presentación clínica es sensiblemente diferente de la torsión en la edad adulta (5). Mas del 50% de los casos se descubren al nacimiento (6), aunque en algunas ocasiones y debido a la evolución clínica silente el diagnóstico se realiza después de varios días de vida.

Desde el punto de vista terapéutico debe ser considerado como una verdadera urgencia por el riesgo de anorquia (7).

Presentamos el caso de una torsión testicular haciendo especial hincapié en el diagnóstico tanto clínico como ecográfico.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un recién nacido de tres días de vida, que acude a urgencias con su madre por descubrir un aumento del hemiescrotos izquierdo, así como un color violáceo del mismo; el recién nacido se encontraba bien al nacimiento según los padres, y en las últimas cuatro horas presenta un llanto inconsolable.

No presenta fiebre, ni otro dato clínico adicional. A la exploración encontramos un hemiescrotos izquierdo aumentado de tamaño, doloroso a la manipulación, de color rojo vinoso.

Correspondencia

Manuel Fernandez Arjona
Fuencaliente, 3
13005 Ciudad Real. (España).
mfvd@eresmas.com

Trabajo recibido: 30 de enero 2007.

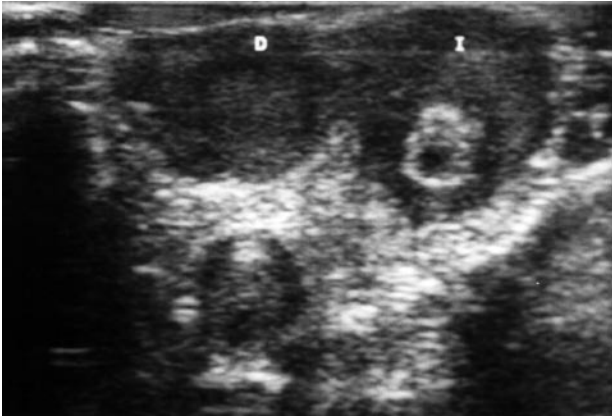


FIGURA 1. Ecografía realizada de urgencias en la que se visualiza un testículo izquierdo heterogéneo con zonas hipoeoicas sugerentes de necrosis y otras hiperrefringentes que muestran zonas de calcificación. Testículo derecho normal.

Analíticamente el paciente no presenta ninguna alteración en el hemograma, la bioquímica, ni el estudio de coagulación.

En la ecografía escrotal encontramos un testículo derecho de características normales; el testículo izquierdo se encuentra aumentado de tamaño, con irregularidades en su interior, con una zona anecoica que puede sugerir necrosis, rodeado de una zona hiperecoica sugerente de calcificación (Figura 1); todo ello compatible con torsión testicular evolucionada.

El paciente es sometido a intervención quirúrgica procediéndose a la extirpación del testículo izquierdo y a la fijación del derecho, evolucionando favorablemente y encontrándose a los dos años bien y con el testículo derecho de tamaño y consistencia normal.

DISCUSIÓN

La mayor parte de las torsiones ocurren entre la 34ª y la 36ª semana de embarazo o durante el parto, y se manifiestan inmediatamente después del nacimiento (2). La causa de dicha torsión es desconocida, el exceso de peso al nacer, traumas, dificultades en el parto, hiperactividad cremastérica son algunas de las causas propuestas (2,8).

Generalmente la torsión intraútero es extravaginal, a diferencia de la torsión testicular del adolescente que es intravaginal.

Desde el punto de vista clínico a menudo es asintomática, mostrándose como un aumento del hemiescrotal afecto, no doloroso, con transluminación negativa, de color violáceo y cierto grado de edema (9). De pasar desapercibida la exploración clínica del escrotal del

recién nacido, puede ocurrir que no se descubra el cuadro hasta pasados varios días, aunque no suele ser habitual.

El diagnóstico diferencial puede incluir tumores, hernias incarceradas, hematoma testicular, peritonitis meconial, orquitis congénita por sífilis, tejido ectópico intratesticular, infarto testicular idiopático, etc (9).

El diagnóstico suele realizarse mediante ecografía. En ella suele observarse un parénquima testicular heterogéneo, con zonas hipoeoicas y zonas hiperrefringentes que muestran calcificación (9); el eco doppler muestra una disminución en el flujo vascular.

Algunos autores sugieren retrasar la intervención quirúrgica debido al riesgo quirúrgico del recién nacido y a las pocas posibilidades de salvar el testículo afecto: no obstante la mayor parte de los autores consideran que la exploración quirúrgica es necesaria por muchas razones, entre otras para evitar no diagnosticar otras patologías como tumores, para evitar la torsión contralateral, fijando el otro testículo y para proceder a la extirpación del testículo afecto lo antes posible (2).

Existe, por último, una relación clara entre la aparición de torsión testicular y la existencia de lesiones displásicas congénitas preexistentes, con lo que la fertilidad de estos varones en el futuro puede verse comprometida desde el nacimiento (2,10).

CONCLUSIÓN

Esta patología puede plantear algunos problemas de diagnóstico, teniendo que ser la exploración de los recién nacidos lo más exhaustiva posible. Así mismo no debemos olvidar la posible existencia de tumores asociados, o de otras patologías que pueden confundir el diagnóstico; debe ser considerado como una urgencia quirúrgica, y debemos ser cautos en la información ofrecida a los padres con relación a la fertilidad futura del bebé.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

- *1. TAYLOR, M.R.: "A case of testicle strangulated at birth; castratio; recovery". Brit. Med. J., 1: 458, 1987.
- **2. ARENA, F.; NICOTINA, P.A.; ROMEO, C. y cols.: "Prenatal testicular torsion: Ultrasonographic features, management and histopathological findings". Int. J. Urol., 13: 135, 2006.
3. AL-SALEM, A.H.: "Intra-Uterine testicular torsion: early diagnosis and treatment". BJU Int., 83: 1023, 1999.
4. VAN GLABEKE, E.; PHILIPPE-CHOMETTE, P.; GALL, O. y cols.: "Torsion du cordon spermatique chez le nouveau-né: que faut-il attendre de l'exploration chirurgicale?". Arch. Pediatr., 7: 1072, 2000.

5. VAN DER SLUIJS, J.W.; DEN HOLLANDER, J.C.; LEQUIN, M.H. y cols.: "Prenatal testicular torsion diagnosis and natural course. An ultrasonographic study." *Eur. Radiol.*, 14: 250, 2004.
6. FITZPATRICK, R.J.; ORR, L.M.: "Torsion of the spermatic cord in utero". *JAMA*, 211: 298, 1970.
- *7. OLGUNER, M.; AUGUR, F.M.; AKTUG, T. y cols.: "Bilateral asynchronuos perinatal testicular torsion: A case report." *J. Pediatr. Surg.*, 35: 1348, 2000.
8. AL-SALEM, A.H.: "Intra-uterine testicular torsion: Early diagnosis and treatment". *BJU Int.*, 83: 1023, 1999.
9. GROSS, B.R.; COHEN, H.L.; SCHLESSEEL, J.S.: "Perinatal diagnosis of bilateral testicular torsion: beware of torsions simulating hydroceles". *J. Ultrasound Med.*, 12: 479, 1993.
- *10. DOMÍNGUEZ, C.; MARTINEZ VERDUCH, M.; ESTORNELL, F.: "Histologically study in contralateral testis of prepuberal children following unilateral testicular torsion". *Eur. Urol.*, 26: 160, 1994.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 60, 9 (1.127-1.131), 2007

LEIOMIOSARCOMA DE CAVA INFERIOR. HALLAZGO INCIDENTAL.

Ignacio Rodríguez Gómez, J. Rodríguez-Rivera García,
Luis Álvarez Castelo, Francisco Gómez Veiga, Alberto
Lancina Martín, Venancio Chantada Abal y M.
González Martín.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario
Juan Canalejo. La Coruña. España.

Resumen.- OBJETIVO: El leiomiosarcoma de cava inferior es una entidad poco frecuente, clínicamente insidiosa o silente y detectable en muchas ocasiones únicamente mediante estudios de imagen. Se presenta un caso intervenido en nuestro servicio y se revisa la literatura al respecto.

MÉTODO: Mujer de 58 años con una masa suprarrenal derecha de 6 cm evidenciando su origen en la pared de vena cava durante el acto quirúrgico. Se realiza exeresis completa de la tumoración, y posteriormente, radioterapia adyuvante sobre el lecho quirúrgico.

RESULTADOS: Tras más de 2 años de evolución, la paciente se encuentra libre de enfermedad.

CONCLUSIONES: Esta entidad presenta una escasa prevalencia, y en muchas ocasiones su hallazgo es incidental. La resección quirúrgica completa es la clave del tratamiento, aunque la probabilidad de recidiva local es elevada.

Palabras clave: Leiomiosarcoma. Vena cava inferior. Glándula suprarrenal.

Summary.- OBJECTIVE: Leiomyosarcoma of the inferior vena cava is a rare tumor, clinically silent which often remains undiagnosed for much longer. Imaging methods allow us to detect these entities. We report a single case and perform a bibliographic review.

METHODS: 58-year-old woman with a 6 cm adrenal mass, which during surgery was found to be a tumor from the wall of the vena cava.

We performed complete removal of the mass. Radiotherapy of the surgical area was applied within three months following surgery.

RESULTS: Two years later, there is no evidence of disease recurrence.

CONCLUSION: This is a rare entity, with low prevalence. Complete surgical excision is the gold standard for treatment. Local recurrence is a common finding during follow up.

Keywords: Leiomyosarcoma. Inferior vena cava. Adrenal gland.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años hemos asistido a un desarrollo acelerado en el terreno del diagnóstico por la imagen, y disponemos actualmente de una serie de herramientas que permiten la detección y caracterización de entidades que hace años permanecían silentes durante un largo período de tiempo.

Correspondencia

Ignacio Rodríguez Gómez
Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo.
As Xubias, 84. La Coruña. (España)
urogomez@hotmail.com

Trabajo recibido: 25 de enero 2007.