

ECTOPIA TESTICULAR CRUZADA. Caso Clínico.

Carlos Marín Mata *, **Jesús Leal ***, **Yoleida Jáuregui ***, **Tibisay Rojas Abreu ****.

*Servicio de Cirugía Pediátrica del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. Escuela de Medicina, Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela. **Unidad de Toxicología, Departamento de Farmacología y Toxicología de la Escuela de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida. Venezuela.

RESUMEN

Objetivos: Presentación de un paciente con ectopia testicular cruzada.

Métodos: Se presenta la historia clínica del paciente, el resultado del ultrasonido abdominal e inguinal y los hallazgos de la exploración quirúrgica.

Resultados: Pre-escolar de 6 años de edad, quien consultó por presentar criptorquidia bilateral. En el examen físico no se encontró el testículo derecho en la bolsa escrotal ni en el canal inguinal. El testículo izquierdo estaba ubicado en el tercio inferior del canal inguinal. El ultrasonido inguino-escrotal y abdominal mostró el testículo izquierdo retenido en el canal inguinal y ausencia del testículo derecho. Se practicó intervención quirúrgica comprobándose ausencia del testículo derecho y de integrantes del cordón espermático, tanto a nivel del canal inguinal como en el retroperitoneo de ese lado. En el canal inguinal izquierdo se encontró doble cordón espermático, con proceso vaginal común para ambos testículos, los cuales estaban ubicados en el tercio inferior del canal inguinal. Se realizó liberación del proceso vaginal, separación de los cordones espermáticos y descenso de los testículos por el lado izquierdo, con transposición del septum inter-escrotal y pexia de ambas bolsas escrotales. Se comprobó evolución satisfactoria un año después de la intervención.

Conclusiones: La ectopia testicular cruzada es una anomalía infrecuente del descenso testicular. El diagnóstico del caso que presentamos fue transoperatorio, al realizar la orquidopexia izquierda. Ambos testículos fueron descendidos a sus respectivas bolsas escrotales, con evolución satisfactoria un año después de la intervención.

Palabras clave: Criptorquidia, ectopia testicular cruzada.

ABSTRACT

Objectives: To present a patient with transverse testicular ectopia.

Methods: The patient's clinical history, the abdominal and inguinal ultrasound study, and the surgical findings are presented.

Results: This is a 6-years-old school-boy, who was admitted because of bilateral undescended testes. His right testicle was absent from his scrotal sac and from the inguinal canal. The left testicle was located in the lower end of the inguinal canal. Inguinal and abdominal ultrasound study showed absent right testis, and the left testicle located in the inguinal region. At surgery, the right testis was not found in the inguinal canal, neither in the retroperitoneal space. Double vas deferens, and a unique vaginalis processus were found, and both testes were located lower in the left inguinal canal. The vaginalis processus was liberated, the vas deferens were set apart, and both testes were descended through the left side. Transposition of the inter-scrotal septum and orchiopexy of both scrotal sacs was performed. Satisfactory evolution was confirmed one year after surgical intervention.

Conclusions: Transverse testicular ectopia is a rare condition. The case from this presentation was diagnosed when the surgical intervention was performed to correct the left cryptorchid testis. Both testes were descended to their respective scrotal sacs. Satisfactory evolution was confirmed one year after surgery.

Key words: Cryptorchidism, transverse testicular ectopia.

La ectopia testicular se considera que es el resultado de una anomalía en la fase final del descenso testicular¹ durante la cual el testículo inicia su descenso normal a través del anillo inguinal externo y luego,

debido a una falla mecánica, se ubica fuera de la vía normal de descenso. Tal falla es consecuencia de la una insuficiencia del gubernaculum para dilatar el escroto adecuadamente; por lo tanto el testículo

queda libre a lo largo de la línea de menor resistencia. El testículo ectópico se puede ubicar a nivel de la bolsa inguinal superficial (más frecuente, pero controversial), en el área femoral, suprapúbica, transverso o perineal, el cual también es de rara ocurrencia. El objetivo del presente trabajo es presentar un caso de ectopia testicular cruzada tratado en el Hospital Universitario de Los Andes, Mérida, Venezuela.

CASO CLÍNICO

Se trata de preescolar masculino de 6 años de edad natural y procedente de Mérida, Venezuela, quien presentó ausencia de testículo en la bolsa escrotal y canal inguinal derecho; con el testículo izquierdo de aparente buen volumen para su edad, pero ubicado en el tercio distal del canal inguinal. Se le realizó ultrasonido inguino-escrotal bilateral y abdominal que reportó ausencia de testículo derecho inguino-escrotal y abdominal, con presencia de testículo izquierdo en el tercio inferior del canal inguinal. Fue intervenido quirúrgicamente con los diagnósticos preoperatorios de testículo derecho intraabdominal y criptorquidia izquierda inguinal grado I.

Procedimiento Quirúrgico: inicialmente se realizó abordaje derecho, explorándose el canal inguinal y retroperitoneo, comprobándose la ausencia de testículo y de elementos del cordón espermático. Luego se realiza abordaje izquierdo con la intención de realizar la pexia testicular de ese lado; al exponerse el cordón espermático se observó que era doble (Fig. 1), con un proceso vaginal común a ambos testículos, los cuales estaban ubicados en el tercio



Figura 1. Los dos testículos con un proceso vaginal común ubicados en el canal inguinal izquierdo.

inferior del canal inguinal, con los conductos deferentes separados. Se realizó liberación del proceso vaginal y separación de ambos cordones espermáticos (Fig. 2), luego se descendieron ambos testículos por el lado izquierdo; con transposición del septum inter-escrotal y finalmente se realizó la pexia de ambas bolsas escrotales. Evolución clínica



Figura 2: Separación de ambos testículos en el canal inguinal, previo a su ubicación definitiva.

satisfactoria un año después de la intervención quirúrgica, con adecuado volumen y consistencia de los testículos, ubicados en las bolsas escrotales. Actualmente sigue evaluaciones periódicas por los servicios de Cirugía Pediátrica y Endocrinología.

DISCUSIÓN

La ectopia testicular cruzada, también denominada transversa, pseudo duplicación testicular, testículo doble unilateral y descenso testicular aberrante, fue descrita por primera vez por Halstead en 1907 como primer hallazgo quirúrgico. Desde entonces han sido postuladas varias teorías sobre el origen de esta anomalía congénita del descenso testicular. Berg² afirmaba que esta anomalía era consecuencia de un origen testicular común; Gupta y Das³ y Gauderer⁴ postularon que la causa estaba en una fusión temprana de los conductos de Wolf. Skandalakis, en 1972 postuló que el cruzamiento testicular tenía lugar en fases tardías del desarrollo⁵. Otros investigadores han planteado su origen en una alteración anatómica, como implantación anómala del gubernáculo o a la obstrucción del anillo inguinal que impediría el descenso testicular normal^{6,7}. El diagnóstico en la mayoría de los casos es intra operatorio; sin embargo, lo ideal es que el mismo se haga previo a la cirugía, mediante el uso del ultrasonido, tomografía axial computarizada o resonancia magnética nuclear. En años recientes con la utilización de la laparoscopia, se ha facilitado el diagnóstico precoz de esta

patología. En el paciente que presentamos se observó el proceso vaginal cubriendo ambos testículos con sus cordones espermáticos, lo cual es poco frecuente en estos casos. También se pueden encontrar los conductos deferentes fusionados, lo que hace el procedimiento quirúrgico más laborioso y no exento de riesgos.

Con base a esta experiencia sugerimos: 1. En los pacientes que tienen criptorquidia intrabdominal unilateral, realizar ultrasonido inguino-escrotal minucioso del lado opuesto, para descartar la posibilidad de presentación de ectopia transversa. 2. Es de vital importancia durante el acto quirúrgico, realizar la exploración intra-abdominal para descartar la presencia de residuos Mülllerianos como úteros rudimentarios y trompas de Falopio^{2,7}, con las consecuencias que tales hallazgos pudiera acarrear para la salud de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Chen KC, Chu CC, Chou TY. Transverse testicular ectopia: diagnosis preoperative by ultrasonography. *Pediatr Surg Int* 2000; 16: 77-79.
2. Berg AA. Transverse ectopy of the testis. *Ann Surg* 1904; 40: 223-224.
3. Gupta RL, Das P. Ectopia testis transversa . *J Indian Med Assoc* 1960; 35:547-549.
4. Gauderer M. Transverse testicular ectopia. *J Pediatr Surg* 1982; 17: 43-47.
5. Skandalakis JE. Anomalies of testicular descent. En: Gray-SkandalakisJE (ed). *Embriology for Surgeons*. Philadelphia: Saunders, 1972; 588-589.
6. Josso N. Development and descent of the fetal testis. En: Bierich JL, Rager K, Rauke MB (eds). *Maldescensus testis*. Muenchen: Urban & Schwarzenberg, 1977; 3-11.
7. Paltii NP. Transverzal naia iktopii laichka. *Urol Nefrol (Mosk)* 1965; 30: 63 (Abstr).