

## Escroto y testículo ectópico verdadero. Reporte de un caso\*

Jessica Evelyn Iturbe Córdova,<sup>(1)</sup> Arturo Montalvo Marín,<sup>(2)</sup> Vicente Sánchez-Paredes,<sup>(3)</sup> Manuel E. Borbolla-Sala<sup>(4)</sup>

*guruclef\_2@hotmail.com*

### RESUMEN

**Introducción.** El testículo no descendido se presenta en el 3% de los niños de término y hasta en el 33% de los prematuros. La gran mayoría presenta un descenso a la bolsa escrotal a los 12 meses y solo el 1% persiste al año de edad. La formación del escroto es simultánea a la placa uretral. Las anomalías se asocian en un 90% con hipospadia, cuerda o alteraciones del seno urogenital.

**Objetivo.** Mostrar un caso clínico de escroto y testículo ectópicos y su corrección quirúrgica.

**Caso clínico.** Masculino de 7 meses de edad con desarrollo genital adecuado para la edad. Se detectó al nacimiento testículo y escroto ectópicos. A la exploración física de región suprapúbica derecha se observó bolsa escrotal con testículo derecho, el pene en sitio anatómico normal, testículo izquierdo en bolsa escrotal izquierda normal y ausencia de bolsa escrotal derecha. Se realizó descenso de bolsa escrotal con técnica de colgajo con preservación vascular y descenso testicular "orquidopexia".

**Conclusión.** En el paciente se observó un testículo a nivel pubopeneana de lado derecho y con presencia de bolsa escrotal ectópica al mismo nivel y ausencia de bolsa escrotal derecha en el área genital. Se le realizó el descenso testicular y colgajo pediculado del escroto derecho.

**Palabras clave:** *testículo, escroto, ectópicos.*

### SUMMARY

**Introduction.** The Undescended testicle occurs in 3% of children of term and up to 33% of preterm infants. The vast majority presents a descent into the scrotal bag at 12 months and persists only 1% per year of age. The formation of the scrotum is simultaneous to the urethral plate. Anomalies are associated by 90% with hypospadias, rope, or disorders of the urogenital sinus.

**Objective.** To show a clinical case of the scrotum and testis ectopic and its surgical correction.

**Clinical case.** Masculine with 7 months old with genital development suitable for the age. The testis and scrotum ectopic were detected at birth. Physical examination of the suprapubic right region showed the scrotal bag with right testis, penis in normal anatomical site, left testicle normal in scrotal left pouch and absence of scrotal right bag were observed. It was treated by the descending of scrotal bag with flap with vascular preservation technique and testicular descent "orchidopexy".

**Conclusion.** the patient showed a pubic testicular level on right side and with the presence of ectopic scrotal bag, at the same level and absence of scrotal right bag in the genital area. It was treated by testicular descent and the flap with vascular preservation in the right scrotum.

**Keywords:** *testicle, scrotum, ectopic.*

\* Presentado en sesión de casos clínicos en Sociedad Mexicana de Cirugía Pediátrica. XLVI Congreso Nacional de Cirugía Pediátrica. Del 11 al 15 de Septiembre del 2013, Monterrey, NL.

<sup>(1)</sup> Residente del cuarto año de Cirugía Pediátrica, Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño "Dr. Rodolfo Nieto Padrón," Secretaría de Salud del Estado de Tabasco. México.

<sup>(2)</sup> Cirujano Pediatra, Jefe del servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño "Dr. Rodolfo Nieto Padrón," Secretaría de Salud del Estado de Tabasco. México.

<sup>(3)</sup> Cirujano Pediatra, Adscrito al, Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño "Dr. Rodolfo Nieto Padrón," Secretaría de Salud del Estado de Tabasco. México.

<sup>(4)</sup> MA Jefe del Servicio de Investigación, Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño "Dr. Rodolfo Nieto Padrón," Secretaría de Salud del Estado de Tabasco. México.

**INTRODUCCIÓN**

El testículo no descendido se presenta en el 3% de los niños de término y hasta en el 33% en prematuros. El primer estudio publicado respecto de este tema es de John Hunter, en 1786, que encontró que en el abdomen de fetos de 7 meses había testículos y, en cambio, en los de 9 meses estos se encontraban en el escroto.

Se han descrito múltiples factores asociados con aumento del riesgo de criptorquidea: ser primogénito, nacimiento mediante cesárea, toxemia del embarazo, presencia de hipospadia, luxación de caderas y bajo peso al nacimiento.

La incidencia de criptorquidea está íntimamente relacionada con la edad gestacional, siendo 10 veces mayor en prematuros que en niños de término. La gran mayoría presenta un descenso a la bolsa escrotal a los 12 meses y solo el 1% persiste al año de edad. La criptorquidea ha aumentado en los últimos 20 años, por mejor reconocimiento de la patología y mayor número de niños prematuros que sobreviven después del nacimiento.<sup>1</sup> La clasificación más utilizada lo divide en palpable o no palpable y, por su localización, en aquel que detuvo su descenso en alguna parte del trayecto normal ó en testículo ectópico verdadero, cuando su descenso se localiza fuera del trayecto normal; este puede encontrarse en la región perineal, conducto femoral, área púbica próxima al pene e incluso en hemiescroto contralateral.<sup>2</sup> La formación del escroto es simultánea a la placa uretral y las anomalías se asocian en un 90% con hipospadia, cuerda o alteraciones del seno urogenital. Las tres anomalías escrotales encontradas son: el escroto bífido, transposición penoescrotal y el escroto ectópico o accesorio.<sup>3</sup> En el caso presentado se observa un testículo ectópico junto con la bolsa escrotal en región suprapúbica.

**OBJETIVO**

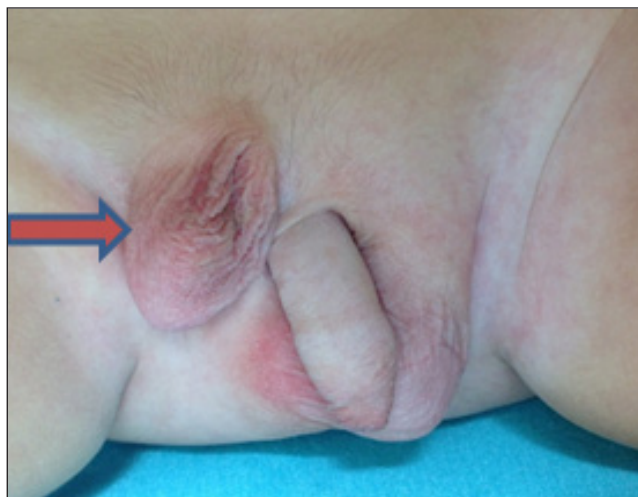
Mostrar un caso clínico de escroto y testículo ectópico y su corrección quirúrgica.

**CASO CLÍNICO**

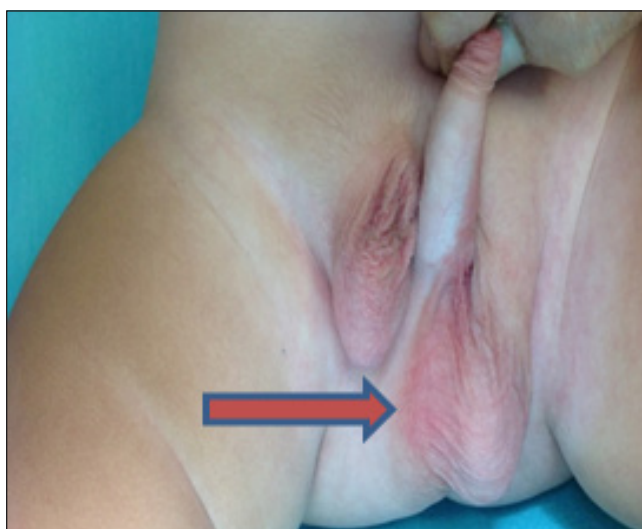
Masculino de 7 meses con antecedentes de ser producto de gesta 3, control prenatal regular, embarazo normoevolutivo, nacido vía vaginal, peso de 3,400 grs, desarrollo psicomotor normal para la edad y desarrollo genital adecuado para la edad. Se detecta al nacimiento presencia de testículo y escroto ectópico, localizado en región suprapúbica del lado derecho. Valorado por el servicio de cirugía pediátrica quien programa para corrección quirúrgica. A la exploración física consiente activo reactivo con buena coloración de tegumentos, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen sin datos patológicos, sin masas palpables; en región suprapúbica

derecha se observa bolsa escrotal con testículo derecho en su interior de consistencia firme de aproximadamente 1cm (figura 1), el pene en sitio anatómico normal con falo de 1.5 cm, testículo izquierdo en bolsa escrotal izquierda en localización normal, consistencia normal de aproximadamente 1.5cm (Figura 2), y ausencia de bolsa escrotal derecha. Laboratorios con reporte de hemoglobina 11.9 mg/Dl, hematocrito 35.4%, plaquetas 380 mil, leucocitos 11,300, neutrófilos 52%, linfocitos 39%, tiempos de coagulación TP 11.2 segundos y TPT 29.3 segundos.

Se solicitó ultrasonido renal y se reportó sin presencia de alteraciones renales. Se realizó descenso de bolsa escrotal con técnica de colgajo con preservación vascular y descenso testicular “orquidopexia”. (Figuras 3 y 4). La revisión a los 15 días fue con evolución adecuada. Escroto y testículo derecho sin alteraciones (Figura 5).



**Figura 1.** Bolsa escrotal y testículo derecho.



**Figura 2.** Bolsa escrotal y testículo izquierdo.

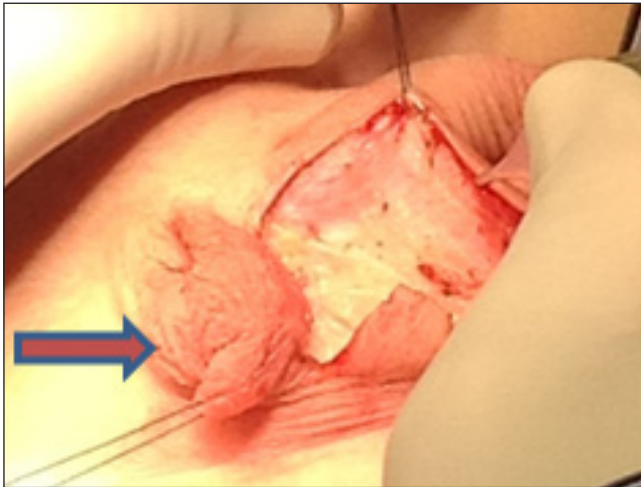


Figura 3. Orquidopexia y realización de colgajo.



Figura 4. Testículo y bolsa escrotal en posición anatómica normal.



Figura 5. Revisión posquirúrgica.

## DISCUSIÓN

El testículo ectópico se define como testículo que se salió del trayecto del descenso normal. De acuerdo a Hutson la ectopia testicular se debe a localización anormal del nervio genitofemoral como consecuencia de una migración anormal del gubernaculum testis.<sup>2,4,5</sup> La localización ectópica más frecuente es la región perineal, seguida del conducto femoral, área púbica próxima al pene y finalmente hemiescrotal contralateral. El 90% de las alteraciones escrotales; se asocian a hipospadias, cuerda o alteraciones del seno urogenital. Las tres anomalías escrotales encontradas fueron: el escroto bífido, transposición penoescrotal y el escroto ectópico o accesorio.<sup>3</sup> En 2012 Raghu S. Ramareddy del Hospital Vanivillas, reportó una serie en donde 5 de los pacientes tenían testículo a nivel perineal, uno a nivel del pene y otro un testículo transverso. La técnica que utilizó fue la orquidopexia, debido a que solo era ectopia testicular pura, la bolsa escrotal se encontraba en su localización habitual,<sup>6</sup> diferente al paciente. Ese mismo año Gokhan Koc reportó el caso de un paciente con testículo ectópico perineal al cual solo le realizó descenso y pexia a bolsa escrotal.<sup>7</sup> En 2011 el Dr. Manuel R. Cabrera Johnson presentó tres pacientes portadores de testículos ectópicos ubicados en el área perineal y en el pene a los cuales se les realizó orquidopexia.<sup>4</sup> En el 2009 el Dr. José Martín Palacios presentó una ectopia testicular cruzada, hallándose ambos testículos por arriba del anillo inguinal profundo derecho. Se les realizó orquidopexia bilateral.<sup>5</sup> En el 2008 Sirajuddin Soomro reportó dos casos de ectopia testicular a nivel perineal con realización de orquidopexia.<sup>8</sup> En toda la bibliografía revisada existen escasos reportes de testículos ectópicos sin bolsa escrotal ectópica; la gran mayoría solo reportó testículo ectópico. En 2001, el Dr. Alvarado García reportó un paciente de 11 años con criptorquidea izquierda y escroto izquierdo ectópico a quien se realizó orquidopexia y colgajo pediculado del escroto ectópico,<sup>3</sup> caso muy parecido al paciente reportado en el hospital, pero con la diferencia de que en este no se encontró alteración renal asociada.

## CONCLUSIÓN

Es muy importante la intervención quirúrgica en el tratamiento, para preservar la función reproductiva y hormonal del testículo, de preferencia antes de los 18 meses; pues las alteraciones del tejido testicular pueden ser irreversibles después de esa edad; como se realizó en nuestro caso.

Se observó en el paciente un testículo a nivel pubopeneano de lado derecho y con presencia de bolsa escrotal ectópica al mismo nivel y ausencia de bolsa escrotal derecha en área genital. Se le realizó el descenso testicular y colgajo pediculado del escroto derecho, con evolución satisfactoria.

**REFERENCIAS**

1. Rostion A, Carmen G. Testículo no descendido. Rev. Chil. Pediatr., Santiago, v. 71, n. 3, mayo 2000. Disponible en [http://www.scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062000000300012&Ing=es&nrm=ido](http://www.scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062000000300012&Ing=es&nrm=ido). Accedido en 06 feb. 2014. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062000000300012>.
2. Jay L. Grosfeld, James A. O'Neill, Jr., Arnold G. Coran, Eric W. Fonkalsrud. Pediatric Surgery sixth edition. 2006. Chap. 75. Pg.1193-1197.
3. Alvarado García, E Uribe Vargas, D Uribe Ramos, J.E 4.
4. Cabrera M. Ectopia testicular en niños. Revista chilena de urología. 2011; 76(2) 139-144.
5. Palacios Acosta JM, León Hernández A, Guzmán Mejía JI, Shalkow Klincovstein J. Ectopia testicular cruzada asociada a criptorquidia derecha. Informe de un caso y revisión de la literatura. Acta Pediátrica Mexicana 2009; 30 (4):212-215.
6. Raghu S. Ramareddy, Anand Alladi, O.S. Siddappa. Ectopic testis in children: Experience with seven cases. Journal of Pediatric Surgery 2013; 48: 538–541.
- Gallego G. Escroto Ectópico. Revista de Cirugía Infantil 2001; 11 (4): 240-242.
7. Gokhan Koc, Selim Yavuz Sural, Devrim Nihat Filiz, Yuksel Yilmaz. Perineal Ectopic Testis case report. Urology journal 2012; 9 (1).
8. Soomro S, Ali S. Perineal Ectopic Testis - A Rare Encounter in Pediatric Surgical Practice. Case report. Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan 2008; 18 (6): 386-387.