

Torsión del cordón espermático y de los anexos testiculares

P Meria
P Brunet

Resumen. – La torsión del cordón espermático afecta esencialmente a los adolescentes y adultos jóvenes. Impone una escrototomía exploradora y, según el estado del testículo, una orquidectomía o una orquidopexia. La orquidopexia puede realizarse con dos o tres puntos de sutura no reabsorbible, dispuestos entre la cara superointerna del testículo y las envolturas del escroto, o bien de manera pasiva, mediante eversión de la fascia vaginal testicular, lo cual da lugar a la formación de adherencias intraescrotales. Además, se fija el testículo del lado contralateral a título preventivo. Las torsiones de los anexos testiculares son tratadas mediante excisión del anexo.

© 2001, Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, París. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: testículo, torsión del cordón espermático.

Introducción

La torsión del cordón espermático pone en juego la vitalidad del testículo cuando el diagnóstico y tratamiento se llevan a cabo de manera tardía.

El riesgo testicular aumenta a partir de seis horas de isquemia y la escrototomía exploradora ha de ser realizada sin dilación ante cualquier duda diagnóstica [6]. La torsión de los anexos testiculares, esencialmente la hidátide pediculada, no compromete de ninguna manera el valor funcional del testículo, pero impone también una exploración quirúrgica.

Reseña anatómica

TESTÍCULO

Los medios de fijación del testículo son tres. El cordón espermático fija el polo superior del testículo. El gubernaculum testis fija el polo inferior. Estos dos puntos de fijación son axiales y no impiden, por sí solos, los movimientos de rotación (fig. 1). El verdadero factor que limita la torsión es el mesorchium, es decir, la banda posterior, desprovista de vaginal, sobre la cual están dispuestos los elementos vasculares (fig. 2) [1].

Algunas variaciones favorecen la torsión del cordón:

- la ausencia de mesorchium, que suprime la fijación posterior y permite una rotación sobre el eje formado por el cordón y el gubernaculum;
- la ausencia conjunta de mesorchium y de gubernaculum, que hace que el testículo se pueda mover en todos los sentidos. Esta variedad anatómica corresponde al testículo denominado «en badajo», tipo III de Ishizuka [4];
- la inversión testicular, cuando la cabeza del epidídimo bascula hacia delante, se asocia con un alargamiento del gubernaculum y con una ausencia de mesorchium.

Dichas anomalías pueden ser bilaterales en más de la mitad de los casos y ocasionar torsiones de los dos cordones espermáticos. Habitualmente, la torsión se hace hacia el interior (fig. 3).

ANEXOS

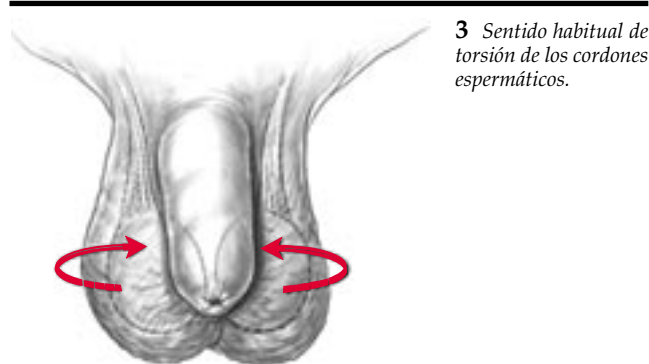
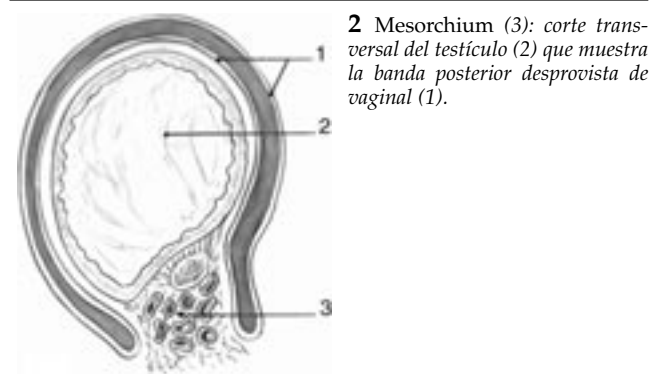
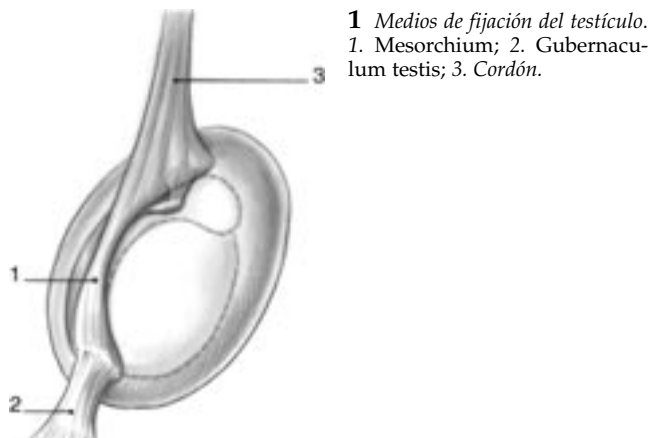
Se trata de vestigios embrionarios desprovistos de función:

- la hidátide pediculada, es un resto wolfiano implantado en la cabeza del epidídimo, cuyo carácter pediculado permite la torsión;
- la hidátide sésil de Morgagni, que es un residuo mülleriano implantado en el testículo o el epidídimo, que no sufre torsión alguna;
- el órgano de Giralès y los vasos aberrantes de Haller.

DIFERENTES TIPOS DE TORSIÓN DEL CORDÓN ESPERMÁTICO

- Torsión supravaginal: tiene lugar en el período prenatal o perinatal y puede ser, de entrada, bilateral.
- Torsión intravaginal: ocurre a cualquier edad, con un aumento de la frecuencia durante la pubertad.

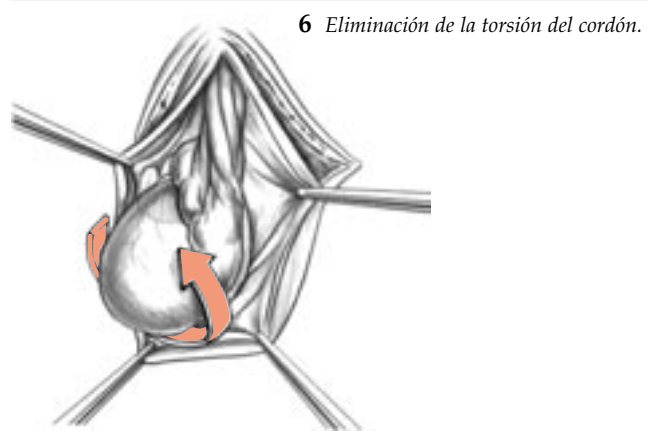
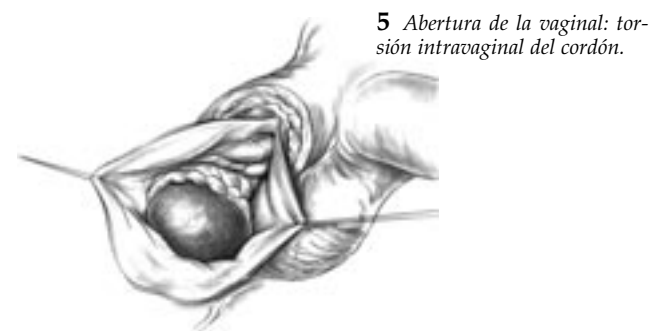
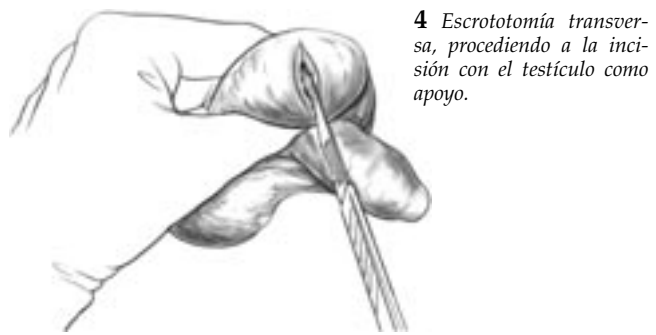
Paul Meria : Praticien hospitalier, service d'urologie, hôpital Saint-Joseph, 185, rue Raymond-Losserand, 75674 Paris, France.
Pierre Brunet : Praticien hospitalier, service d'urologie, centre hospitalier, 62300 Lens, France.



— Caso particular: la excepcional torsión interepidídimo-testicular, que complica un defecto de fijación entre el testículo y el epidídimo.

Diagnóstico de los dolores testiculares

Ante un dolor escrotal agudo o subagudo, el problema esencial es de orden diagnóstico. La ecografía testicular, si es normal, no permite eliminar el diagnóstico de torsión del cordón. La ecografía Doppler en color mejora la sensibilidad diagnóstica de la ecografía ordinaria, pero existen falsos negativos y el examen depende de quien lo lleve a cabo, por otra parte, no siempre está disponible en caso de urgencia^[6]. Además, no existe examen complementario lo bastante fiable como para hacer el diagnóstico de torsión de los anexos testiculares. La escrototomía exploradora es, pues, necesaria en urgencias, con fines diagnósticos y terapéuticos.



Tratamiento de las torsiones del cordón espermático

El objetivo consiste en suprimir la isquemia al eliminar la torsión y, en caso de conservación, fijar el testículo para prevenir las recidivas. Se hace igualmente necesaria una fijación preventiva del testículo opuesto. Se puede intentar la eliminación manual de la torsión por rotación externa, partiendo del principio de que la torsión casi siempre tiene lugar hacia el interior, pero, incluso en caso de lograrlo con éxito, la intervención quirúrgica se impone cuanto antes, para llevar a cabo una orquidopexia preventiva^[6]. Desde el punto de vista medicolegal, es importante prevenir al paciente y a su familia del posible carácter irreversible de las lesiones y del riesgo de orquidectomía.

VÍA DE ACCESO

La escrototomía horizontal homolateral^[2] es la vía más utilizada; la incisión se hace utilizando el testículo como apoyo (fig. 4). Ahora bien, la escrototomía mediana puede ser una

alternativa si se quiere abordar los dos testículos. La vía inguinal puede también ser utilizada en caso de duda sobre la existencia de una lesión tumoral.

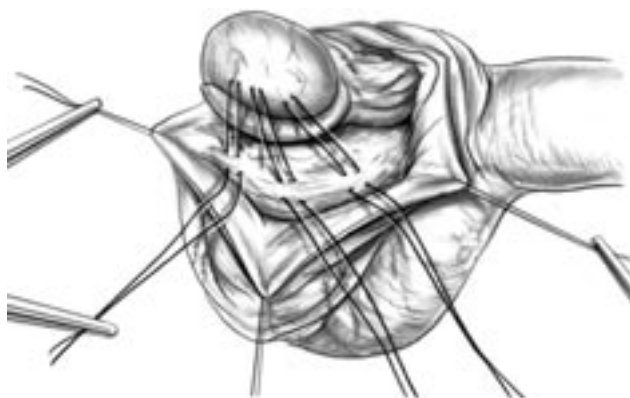
TRATAMIENTO DE LAS LESIONES

En caso de diagnóstico peroperatorio de epididimitis, se sutura la escrototomía y se inicia un tratamiento específico. En caso de torsión del cordón, la abertura de la fascia vaginal deja escapar un líquido serosanguinolento. Puede suceder que la torsión se haya corregido de manera espontánea, sobre todo durante la inducción de la anestesia, y que el testículo esté recuperando su color normal. Si la torsión persiste todavía, se colocará el testículo en su posición normal mediante una rotación en sentido inverso (figs. 5 y 6) irrigándolo con suero fisiológico tibio entre 10 y 15 minutos. Durante este tiempo, se observará la evolución de su aspecto.

— Si recupera con rapidez su color de porcelana, la conservación es posible.

— Si la recuperación del color es más difícil, se puede infiltrar el cordón espermático con lidocaína sin adrenalina. Si la evolución sigue siendo desfavorable y el testículo conserva un color negruzco, se realizará una orquidectomía, ligando por separado los elementos del cordón.

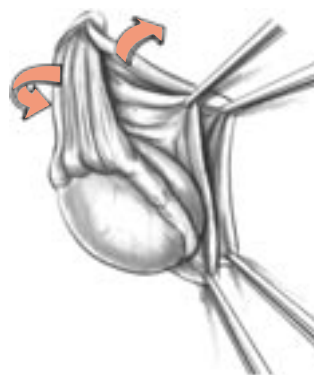
— En los casos intermedios, cuando el testículo conserva una coloración y una vitalidad dudosas, algunos autores proponen efectuar una incisión en la albugínea: la ausencia de sangrado e identificación de los tubos seminíferos impone una orquidectomía, que se lleva a cabo con mayor facilidad si el testículo opuesto está sano [2]. Si se opta por una actitud conservadora en presencia de un testículo cuya vitalidad es intermedia, se debe prevenir al paciente del riesgo secundario de atrofia, o incluso de la posibilidad de una degeneración purulenta. En caso de orquidectomía, y secundario a ésta se puede colocar una prótesis si el paciente lo desea.



7 Fijación testicular al tabique mediante tres puntos separados.



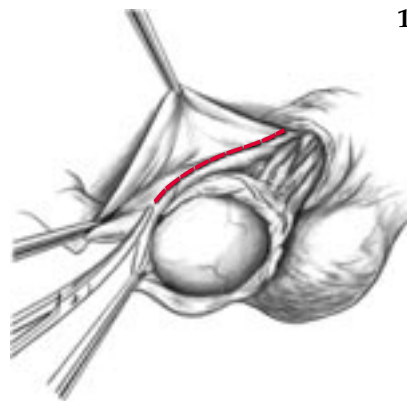
8 Fijación de las dos caras y del polo inferior del testículo.



9 Eversión de la vaginal.



10 Sutura de los dos bordes libres de la vaginal.



11 Resección de la vaginal.

PREVENCIÓN DE LAS RECIDIVAS

Existen múltiples técnicas de orquidopexia, con o sin utilización de hilo de sutura.

— La orquidopexia se realiza con hilo no reabsorbible, monofilamento o trenzado 4/0. Con el fin de no arriesgarse a alterar la vascularización intrínseca del testículo, el paso de las agujas debe ser siempre tangencial a la albugínea, sin introducirse demasiado en la pulpa. Asimismo, se evitará pasar los puntos por la cara anterior del testículo, para limitar el riesgo vascular y situar el hilo en el polo superior, sobre la cara mediana o externa del testículo (fig. 7) [2]. Para facilitar el paso del hilo de sutura, se puede llevar a cabo la eversión de las envolturas con un dedo o sujetarlas con una pinza de tipo Kelly: es importante que el testículo sea fijado sólidamente a la vaginal y a la cara profunda de las envolturas. En general, se utilizan dos o tres puntos entre el testículo y el tabique o la pared

externa del escroto, antes de ligarlos tras la reintegración del testículo. Algunos autores proponen una fijación conjunta de las dos caras del testículo y del polo inferior (fig. 8) [2].

— La alternativa consiste en la *eversión de la vaginal testicular*, tal como se practica para tratar los hidroceles. El principio consiste en crear fijaciones entre la albugínea y la túnica dartos que limiten cualquier movimiento ulterior [5]. Después de haber eliminado la torsión del cordón y exteriorizado la vaginal, se procede a una amplia incisión de ésta. Seguidamente, se lleva a cabo la eversión, suturando juntos los dos bordes libres con una sutura continua de hilo reabsorbible 2/0 (figs. 9 y 10). El testículo es más tarde reintegrado en su lugar, sin fijación alguna. Algunos autores completan la eversión mediante una orquidopexia similar a la descrita más arriba, tras haber resecado una parte de la vaginal (figs. 11 y 12) [2].

El drenaje no es indispensable después de la orquidopexia.

PREVENCIÓN DE LAS TORSIONES CONTRALATERALES

Se puede llevar a cabo en el mismo tiempo operatorio, mediante una escrototomía del lado opuesto o mediante una escrototomía mediana. Con el fin de evitar cualquier riesgo de infección, a veces es preferible realizar esta intervención en un segundo tiempo, sobre todo si se acaba de realizar una orquidectomía a causa de un testículo necrosado. Se aplicarán las técnicas descritas precedentemente.



12 Inversión y sutura del resto de la vaginal.

Torsión de los anexos

La única maniobra operatoria que se debe llevar a cabo es la excisión del anexo, principalmente la hidátide pediculada, durante la escrototomía. No existe tratamiento preventivo contralateral.

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención del artículo original: Meria P et Brunet P. Torsion du cordon spermatique et des annexes testiculaires. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Techniques chirurgicales - Urologie, 41-415, 2000, 4 p.

Bibliografía

- [1] Blanc E, Meria P, Cussenot O. Anatomie chirurgicale des organes génitaux masculins externes. *Encycl Méd Chir* (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Techniques chirurgicales-Urologie, 41-390, 1998 : 1-12
- [2] Hinman F. Reduction of testis torsion. In : *Atlas of urologic surgery*. Philadelphia : WB Saunders, 1998 : 347-348
- [3] Ishizuka E, Iwasaki A, Sato K, Kitajima N, Sano K, Fukukoa H. Orchiopexy for intravaginal testicular torsion. *Eur Urol* 1989 ; 16 : 295-297
- [4] Ishizuka E, Noguchi S, Sato K, Iwasaki A, Fukukoa H. A classification for intravaginal torsion of the testis. *Eur Urol* 1988 ; 15 : 108-112
- [5] Lent V, Stephani A. Eversion of the tunica vaginalis for prophylaxis of testicular torsion recurrences. *J Urol* 1993 ; 150 : 1419-1421
- [6] Whitfield HN, Hendry WF, Kirby RS, Duckett JW. Spermatic cord torsion. In : *Textbook of genitourinary surgery*. London : Blackwell science, 1998 : 251-252