

Distopias testiculares. Propuesta de una clasificación.

Testicular dystopia: A clasification proposal.

TREFOGLI Pablo¹, PAREDES Eduardo¹, GRAÑA Alberto¹.

¹Departamento de Cirugía Pediátrica. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

SUMMARY

Testicular dystopia is clasified according to their location in what is called stages, 0: Normal; Stage I: escrotal and unstable; Stage II: tractionable to high scrotum; Stage III: tractionable to low inguinal region; Stage IV: High inguinal, Stage V: Not found; Stage VI: Ectopic. Since 1987, 109 patients were studied with 146 gonads, of which 72 unilateral lesions and 74 as part of bialteral distopy. 29% (43 gonads) represents stage II; 27% (39 gonads) stage III; 23% (33 gonads) stage I; 14% (21 gonads) stage IV; y 7% (10 gonads) to stage V. More than 50% of them belong to stages I and II. (*Rev Med Hered 1993; 4(3): 129-134*)

KEY WORDS: Testicular dystopia, cryptorchidism, undescended testes, testicular malformation, classification.

RESUMEN

Las distopias testiculares son clasificadas en estadios según la localización del testículo. Estadio 0: normal; Estadio I: escrotal inestable; Estadio II: traccionable al 1/3 superior del escroto; Estadio III: traccionable a región inguinal baja; Estadio IV: inguinal alto; Estadio V: no habido; Estadio VI: ectópico. Desde 1987, en 109 pacientes con distopias testiculares, se estudiaron 146 gónadas de las cuales 72 fueron unilaterales y 74 bilaterales (37 pacientes). El 29% (43 gónadas) correspondieron al estadio II; 27% (39 gónadas) al estadio III; 23% (33 gónadas) al estadio I; 14% (21 gónadas) estadio IV; y 7% (10 gónadas) al estadio V. Más del 50% de las gónadas pertenecieron a los estadios I y II. (*Rev Med Hered 1993; 4(3): 129-134*).

PALABRAS CLAVE: Distopias testiculares, criptorquidea, testículo no descendido, clasificación.

INTRODUCCIÓN

Existe un espectro de malformaciones testiculares de localización o posición (distopia), entre el testículo retractil o en ascensor, que no necesariamente ha sido catalogado como anormal, hasta los de localización alta en el canal inguinal o el abdomen.

Esta malformación se describe que puede asociarse a: persistencia del conducto peritoneo-vaginal (PVPC) o hernia inguinal; desconexión epidídimo testicular (DET) e implantación anómala del gubernaculum testis (IAG).

Debido a la carencia de una definición clínica práctica con respecto al término genérico de criptorquidea o el del testículo no descendido es que se realizó el presente estudio.

MATERIAL Y MÉTODO

Este trabajo fue realizado en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Nacional Cayetano Heredia, desde enero de 1987 en que se implementó esta clasificación ([Cuadro N°1](#) y [Figura N°1](#)) a nivel docente y asistencial, como método de trabajo. Se incluyeron sólo a los pacientes sometidos a intervención quirúrgica desde el 1° de enero de 1987 al 31 de julio de 1993. No se consideraron los pacientes menores de un año por tener una malformación reversible (75%) (1), no aquellos con torsión o trauma testicular. Se recolectaron 109 historias de pacientes debidamente registrados con malformaciones uni o bilaterales. Esto comprendió, 146 gónadas clasificadas.

Definición de términos

Hábitat testicular: “Residencia” habitual del testículo. Localización habitual o usual. Puede ser normal (escrotal) o anormal (fuera del escroto).

Traccionabilidad testicular: Es la capacidad del testículo de poder ser traccionado mediante una maniobra durante el examen clínico, desde su hábitat hacia el escroto.

Estabilidad testicular: Es la característica del testículo de permanecer en el mismo lugar anatómico en que fue encontrado inicialmente. Se habla de inestabilidad cuando es errático y tiene tendencia a migrar o migra a posiciones anatómicas diferentes.

Evaluación clínica.

Consistió en cuatro aspectos: Evaluación de la localización testicular: hábitat; de la traccionabilidad testicular, de la estabilidad testicular y del tamaño testicular.

a) Evaluación de la localización testicular: hábitat

La evaluación de la localización testicular determina su hábitat. Para esto, el examen clínico debe evitar la manipulación inadvertida del testículo para no modificar los hallazgos iniciales. Con este fin, se colocan simultáneamente los dedos de la mano izquierda obstruyendo el trayecto inguinal a la altura de ambas espinas del pubis. El objetivo es demostrar el grado de anormalidad de la localización al inicio del examen clínico.

El examen inicial determina si el testículo está por debajo de la espina del pubis (escrotal), por encima de la espina del pubis (inguinal) o es no habido (no localizado clínicamente).

b) Evaluación de la traccionabilidad testicular

La determinación de la traccionabilidad testicular contribuye a definir el estadio. La movilización del testículo fuera de su hábitat inicial, en dirección al escroto, evalúa su traccionabilidad. Algunos estadios clínicos están en relación con esta traccionabilidad.

En relación a traccionabilidad testicular se utilizó las siguientes definiciones:

Testículo comodamente traccionable: Es aquel que llega al fondo escrotal sin tensión. Apareta normalidad.

Testículo limitadamente traccionable: Es aquel que no llega al fondo escrotal y cuyo pedículo queda tenso al traccionarlo.

Testículo no traccionable: Es aquel que se encuentra fijo en el canal inguinal.

c) Evaluación de la estabilidad testicular

La estabilidad testicular se explora mediante el examen clínico. Flexionando los muslos con las rodillas juntas o produciendo el reflejo cremasteriano, se puede inducir el cambio de posición del testículo. El estable permanece en el escroto, el inestable migrará al conducto inguinal. El testículo traccionable al escroto con pedículo tenso o corto con tendencia a regresar o que regresara a su posición inicial, se considera inestable. El testículo no traccionable al escroto, puede ser también inestable, cuando cambia de posición introduciéndose en el abdomen.

d) Evaluación del tamaño testicular

La evaluación del tamaño testicular se realiza comparando ambos testículos. Así podemos expresar el porcentaje de disminución de tamaño cuando lo gónada contra lateral es normal. En casos bilaterales el uso del orquidómetro es indispensable como referencia. Encontrar un testículo disminuido de tamaño obliga a evaluar y descartar distopia testicular.

Evaluación quirúrgica

La evaluación quirúrgica comprendió:

- a. Determinación de la posición precisa del testículo.
- b. Determinación de la implantación del gubernaculum testis. Puede haber implantación anómala del gubernaculum (IAG)
- c. Determinación de la persistencia del conducto peritoneo vaginal (PCPV)
- d. Registro de la anatomía epidídimo testicular. Puede haber desconexión epidídimo testicular (DET)
- e. Medición del tamaño y volumen testicular

Esta evaluación se utilizó tan sólo para confirmar el estadio clínico.

RESULTADOS

Considerando el total de gónadas, se encontró que los estadios más frecuentes fueron I, II y III, representando el 79% ([Figura N°2](#))

En los casos de distopia testicular unilateral encontramos una distribución semejante del lado izquierdo como del derecho (Cuadro N°2). Además se encontró predominio de los estadios II y III con 25 (34.7%) y 24 gónadas (33.3%), respectivamente ([Cuadro N°2](#)).

En los casos de presentación bilateral, se encontraron predominio de los estadios I, II y III (36.5%, 24.3% y 20.3%, respectivamente) ([Cuadro N°3](#)). Igualmente las combinaciones más frecuentes fueron entre estadios I, II y III ([Cuadro N°4](#)).

El estadio I fue notoriamente menos frecuente en los casos unilaterales (8.3%) ([Figura N°3](#))

DISCUSIÓN

Se delimitaron las variedades clínicas de las malformaciones testiculares de localización o posición (distopia) en estadios y se elaboró la presente clasificación. Esta clasificación tiene la ventaja que para su aplicación no es necesario recurrir a artificios técnicos ni hacer mediciones; los estadios o grados permiten comparar niveles clínicos entre sí, resultados de tratamiento, pronóstico y la posible evolución natural de la patología dentro del primer año de vida.

Consideramos que el testículo normal nunca es confundido como patológico. Sin embargo un testículo diatópico puede ser encontrado en posición normal, momentáneamente. Por este motivo, al primer hallazgo de anormalidad debe sospecharse distopia testicular lo que nos obliga a estudiarlo y observarlo a través del tiempo.

El fundamento más importante de anormalidad está dado por los conceptos de localización (hábitat) y estabilidad testicular. La traccionabilidad, el hábitat y la estabilidad testicular definen los estadios. El estadio V es por exclusión y el estadio VI es con fines de completar la clasificación.

Los estadios de la clasificación delimitan grupos de pacientes que tienen un mismo comportamiento clínico quirúrgico. Es además útil para seguir la evolución de las distopias testiculares en el primer año de vida, pues define en forma clara, cada etapa de su progresión. En vez de decir que el testículo, está bajando, uno puede referirse a los estadios por los cuales está pasando en forma precisa.

Son múltiples las clasificaciones que se han elaborado, así como se le ha dado distintos nombres al testículo diatópico. Nuestra clasificación a diferencia del resto unifica criterios aceptando que existe una variedad de localizaciones como parte de un espectro amplio de la misma patología.

Beltrán Brown (2) no considera los estadios I y II de esta clasificación, y afirma que su aplicación en menores de 1 año es difícil. Además menciona que la altura en que se encuentra el testículo tiene relación con el pronóstico, concepto en el que estamos de acuerdo. Por otro lado Pellerin (3) afirma que el tipo 1 de su clasificación más que tener un pequeño problema en el proceso de la migración presenta un disturbio en el proceso de la fijación. Sus estadios no son clínicamente claros y no tienen referencias anatómicas exactas.

Generalmente, ésta patología ha sido ordenada en cuatro grupos: a) criptorquidismo: en el que se consideran todas las posibilidades en forma descriptiva, semejantes a las de nuestra clasificación, pero no se definen en forma sistemática y precisa que permita diferenciarlos entre sí; b) testículos retractiles: son considerados como variantes normales, a pesar de que en la literatura hay amplia evidencia de casos de anormalidad manifiesta, motivo por el cual lo hemos incluido como distópicos; c) testículos ectópicos: los testículos localizados en una bolsa inguinal subcutánea son considerados como ectópicos conjuntamente con aquellos de localización femoral, suprabúlica, perineal etc, a pesar de que no están claramente fuera de la línea de descenso testicular y d) aroquía (4). Como podemos ver, hay una pobre definición de grupos a diferencia de nuestra clasificación.

En lo que respecta a nuestro trabajo, hemos encontrado que los estadios más frecuentes son aquellos cuyas distopias no han sido claramente tipificados en otras clasificaciones, como los estadios I(5) (6) (7) (8) (9) y II que son justamente los pacientes que pasan indistintamente como normales o anormales.

Pensamos que nuestra propuesta de clasificación tiene la virtud de delimitar claramente cada estadio en forma objetiva mediante el examen clínico, hallazgo que fue corroborado en el 100% de los casos mediante la evaluación quirúrgica.

Correspondencia:

Dr. Pablo Trefogli
Servicio de Cirugía Pediátrica, Departamento de Cirugía, Hospital Nacional Cayetano Heredia. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Av. Honorio Delgado s/n San Martín de Porres. Lima, Perú.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.Kogan SJ. Cryptorchidism. Kelalis PP, King LR, Belman AB. (eds): Clinical Pediatric Urology, 2a ed. Philadelphia W.B. Saunders Company, 1985, p. 868.
- 2.Beltran-Brown F, Villegas F. Clinical Classification for undescended testes: Experience in 1010 Orchidopexies.
- 3.Pellerin D, Revillon Y, Nezelof C. Cryptorchidism and surgery. Chir Pediatr 1986; 27(4): 190-5.
- 4.Fonkalsrud W. Eric, Mengel Wolfgang, (Eds): The Undescended Testis. Year Book Medical Publishers, Inc. 1981; Pag 46-56.
- 5.Farrington GH. The position and retractability of the normal testis in childhood with reference to the diagnosis and treatment of cryptorchidism. J Pediatr Surg 1958; 3:53.

- 6.Puri P. Bilateral retractile testes-Subsequent effects on fertility J Pediatr Surg 1977; 12-563.
- 7.Saito S, Kumamoto Y. The number of Spermatozoa in various Congenital testicular disorders. J Urol 1989; 141(5): 1166-8.
- 8.Ito H, Kataumi Z, Yanagi S, Kawamura K, Sumiya H, Fuse H, Shimazaki J. Change in the volume and Histology of retractile testis in prepubertal boys. Int J. Androl. 1986; 9(3): 161-9.
- 9.Abyholm T, Oian P, Godeladze JO. True Cryptorchidism and retractile testes in infertile men. Acta Eur Fertil 1986; 17(1): 15-8.