

Medicent Electrón. 2024;28:e4168

ISSN 1029-3043

Informe de Caso

Ectopia testicular perineal en recién nacido.

Presentación de un caso

Perineal ectopic testis in a newborn. A case report

Daily Barroso Sánchez^{1*} <https://orcid.org/0009-0004-4974-5166>

Abel Armenteros García¹ <https://orcid.org/0000-0003-1117-3364>

Neicy Hernández Fernández¹ <https://orcid.org/0000-0002-7743-9017>

¹Hospital Pediátrico Universitario «José Luis Miranda». Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

*Autor para la correspondencia: Correo electrónico: dailybs29@gmail.com

RESUMEN

El testículo normal está situado en el escroto en el momento del nacimiento; el no descendido se define como toda aquella condición, en la que el testículo no se encuentra en la bolsa escrotal, le falta o su descenso es inadecuado. El diagnóstico se realiza por la anamnesis y el examen físico. Se reporta el caso de un recién nacido, que asiste a consulta del cuerpo de guardia del hospital, con escroto derecho vacío, masa perineal palpable e irritabilidad. El examen físico permitió comprobar que la masa era el testículo ectópico ubicado en el área



perineal El ultrasonido inguino-escrotal y abdominal confirmó el diagnóstico. El objetivo de este artículo es presentar la experiencia en esta anomalía congénita mediante un caso clínico, y realizar una revisión de la bibliografía existente.

DeCS: criptorquidismo; recién nacido; escroto.

ABSTRACT

Normal testicle is located in the scrotum at birth; an undescended testicle is defined as any condition in which it is not located in the scrotal sac, is absent or its descent is inadequate. Its diagnosis is made by history and physical examination. We present a newborn who was seen at the hospital emergency room consultation due to an empty right scrotum, palpable perineal mass and irritability. Physical examination confirmed that the mass was an ectopic testicle located in the perineal area. Inguinal, scrotal and abdominal ultrasound confirmed the diagnosis. The objective of this article is to present the experience in this congenital anomaly through a clinical case as well as to review the existing literature.

MeSH: cryptorchidism; infant, newborn; scrotum.

Recibido: 10/01/2024

Aprobado: 24/02/2024

La ectopia testicular es una posición anormal del testículo fuera del trayecto habitual del descenso hacia el escroto, localizado en región femoral, perineal, abdominal o transversa.

El primer estudio sobre el tema fue publicado por John Hunter en 1786, según Rostián.⁽¹⁾ La incidencia de este trastorno varía y es más alta en los recién nacidos prematuros (30 %).^(1,2) En la bibliografía revisada se encontró, que la frecuencia en neonatos pre-términos es 10 veces superior a la de los neonatos a término. Algunos reportes demostraron un patrón hereditario en la criptorquidia



aislada, herencia que concuerda con su etiología multifactorial, según bibliografía revisada, sobre todo en los casos bilaterales.^(1,3,4)

Como factores de riesgo se plantea, además de la prematuridad, consumir alcohol y tabaco durante el embarazo, defectos de la pared abdominal, gestación múltiple, relación de la ingesta materna de dietilestilbestrol por amenaza de aborto con el aumento de la incidencia de criptorquidia en varones, alteraciones de la diferenciación sexual, hipospadia, presentación pélvica, nacimientos de niños con criptorquidia en los primeros trimestres de cada año (sobre todo en los meses de febrero y marzo). Según algunos autores, la explicación de este hecho radica en que la intensidad y la duración de la luz diurna modifican los ritmos circadianos de gonadotropinas, las cuales intervienen en la regulación de la testosterona fetal.⁽²⁾

Los testículos pueden descender al escroto, de forma espontánea, durante el primer año de vida, generalmente en los tres primeros meses de vida en el 75 % de los recién nacidos a término y en el 90 % de los recién nacidos prematuros; así, la prevalencia de criptorquidia disminuye entre 0,8 y 1,2 % en el primer año de vida. Después, no es probable que descienda espontáneamente.^(1,2)

El desarrollo de los testes desde la semana seis de vida intrauterina, al igual que los ovarios -periodo indiferenciado- depende del gen SRY y de la testosterona producida por las células intersticiales de Leydig; como son órganos retroperitoneales, descienden desde el abdomen hasta el escroto a través del canal inguinal, guiados por el *gubernáculum testes*, tejido mesenquimático. Investigaciones recientes han demostrado que ello es indispensable para la fase inguinoescrotal del descenso testicular, el cual se hace en dos etapas: primera, transabdominal, desde el abdomen al anillo inguinal interno, en dependencia del estímulo hormonal desde los días 150 y 180 de gestación, y entran al anillo inguinal interno; segunda etapa, transinguinal o inguinoescrotal, entre las 25 y 30 semanas de embarazo, influenciado por algún neurotransmisor que provocaría contracciones rítmicas del gubernáculum testes; el aumento de la contractilidad del cremáster tendría que ver con la falta de control inhibitorio de la contracción y



la teoría de alteración neurológica. En esta etapa están involucrados los factores mecánicos y hormonales.^(2,3)

Por su ubicación se pueden clasificar en:

-Teste no palpable: El testículo no se palpa en ningún lugar. Constituye el 8 % de los casos de síndrome de escroto vacío, son los testes preescrotales y ectópicos.⁽²⁾

-Teste palpable: El testículo se palpa fuera del escroto. Se ha demostrado que más del 70 por ciento se palpa.⁽²⁾

-Criptorquidia: El testículo se encuentra en cualquier lugar de su trayecto normal, pero es imposible bajarlo manualmente a la bolsa escrotal. Es más frecuente en el lado derecho (70 % de los casos) que en el izquierdo (30 %). Se diferencian en varios tipos:^(1,2)

- Intrabdominal.
- Dentro del saco inguinal superficial.
- Dentro del canal inguinal (localización más frecuente, 75%).
- Parte superior del escroto (la segunda situación más común, 25%).

-Ectopia testicular: El testículo está situado fuera del trayecto normal de descenso

-Teste retráctil o «en ascensor»: Está en el conducto inguinal y al empujarlo, puede bajar al escroto. En el momento del parto puede aparecer como descendido, pero después asciende.⁽²⁾

La fisiología del testículo está adaptada a la baja temperatura que existe en el escroto (aproximadamente de 33°C); por tanto, en el teste no descendido, donde la temperatura es más alta, se producen progresivas alteraciones de la histología, el riesgo de neoplasias es 20-46 veces más alto que en los niños con testes descendidos normales.^(4,5)

La ecografía es el método más utilizado en la búsqueda de testículos no descendidos, puesto que permite confirmar la existencia de testículos pequeños o rudimentarios presentes en las bolsas con una especificidad del 95 %. Sin embargo, su sensibilidad es baja y puede ser que no llegue a detectar gónadas en



conducto inguinal o en cavidad abdominal. El valor predictivo de una ecografía negativa es poco satisfactorio, con hasta un 84 % de falsos negativos según las series.

Adicionalmente, la tomografía computadorizada y la resonancia magnética nuclear tampoco tienen sensibilidad suficiente, su única utilidad es la capacidad para definir el tamaño de los testículos cuando son detectados.⁽⁴⁾ La resonancia, al igual que laparoscopia, localiza los vasos intraabdominales y tiene la ventaja de no ser invasiva.^(6,7,8)

Para algunos autores, la utilización de imágenes para detectar testículos ectópicos permanece controversial. Creemos que es muy importante, el uso del ultrasonido como método inicial de estudio en niños con testículos no descendidos; a veces es difícil palpar un testículo no descendido en los niños, por diferentes situaciones: obesos, un escroto poco desarrollado o el testículo mismo, pequeño.⁽⁸⁾

Algunos autores han utilizado la laparoscopia, en el caso de testículos intraabdominales, como un método diagnóstico que permite visualizar la localización ectópica de los testículos y planear el tratamiento definitivo.^(9,10)

La TAC tiene especificidad 100 % en diferentes series y entre 86-94 % de sensibilidad, pero en niños menores de cinco años, por tener menos grasa, el resultado no es satisfactorio, y es justamente, en el niño menor para quien se necesita hacer el diagnóstico.^(8,10)

La laparoscopia provee de visualización directa de vasos testiculares y es un buen método para localizar el teste intrabdominal. En Cuba, la primera orquidopexia laparoscópica se realizó en el Hospital «William Soler» de Ciudad de la Habana, en el año 1995; la orquidopexia laparoscópica se asocia con un índice ligeramente menor de atrofia testicular, pero es un índice mayor de retracción testicular a largo plazo.^(8,10) El tratamiento puede ser hormonal o quirúrgico, este último no se recomienda antes del primer año de edad.⁽²⁾



Respecto al momento de la cirugía del testículo ectópico, debido a su situación fuera del descenso normal, no es necesario retardarla; es diferente cuando se trata de testículo no descendido porque se espera el año de edad para resolverlo.^(1,3)

Presentación del paciente

Paciente del sexo masculino, mestizo, de 20 días de vida, producto de un embarazo normal, parto distócico por cesárea, bajo peso al nacer. Los padres le notaron la bolsa escrotal derecha vacía desde su nacimiento y les llamó la atención el aumento de tamaño al lado de esta, por ello asistieron a consulta de cuerpo de guardia de cirugía pediátrica.

Se examinó a un niño eutrófico. Al realizarle examen físico de los genitales externos, se encontró pene normal, bolsa escrotal izquierda normal con testículo de buen tamaño en su interior, bolsa escrotal derecha con buen tamaño pero vacía, y en zona de periné se palpó una tumoración ovoidea no dolorosa, de consistencia renitente, que impresiona corresponder al testículo con localización ectópica. (Figura 1)





Figura 1. Se observa el testículo derecho, de localización perineal, con bolsa escrotal derecha vacía, resto de los genitales normales. Testículo izquierdo normal.

El diagnóstico preoperatorio fue realizado en base al examen físico con apoyo del ultrasonido; en la literatura revisada sobre este tipo de anomalía, el diagnóstico -en algunos casos- se ha realizado durante la exploración quirúrgica. El paciente se someterá a posterior tratamiento quirúrgico.

Comentario

En los últimos años, estudios ecográficos han revolucionado con respecto al diagnóstico de variedades de ectopias menos frecuente y de difícil diagnóstico por el examen físico, lo que permite descartar o confirmar la sospecha clínica, así como, realizar diagnóstico diferencial con otras entidades tumorales o inflamatorias. La situación del testículo fuera del escroto eleva su temperatura, permanentemente, en 2-3°, lo que significa alterar el desarrollo de los túbulos seminíferos en el niño, hecho que se constata al microscopio a los dos años de

edad. A los cuatro años hay franca disminución en el número de espermatogonias y luego, aparición de fibrosis tubular e hialinización, hechos irreversibles. Las células de Leydig, en cambio, permanecen intactas, es por ello, que se debe realizar un diagnóstico y una corrección quirúrgica precoz de esta patología; se propone su realización antes de los dos años de edad.^(1,2,9)

En la ectopia testicular, las características del testículo y de sus elementos son normales, en su mayoría se acompañan de saco herniario que debe ser corregido durante el acto quirúrgico.^(3,4)

Las principales razones para manejar la criptorquidia son: aumento del riesgo de deterioro del potencial de fertilidad y malignidad, siendo el seminoma el más frecuente, atrofia, torsión y/o hernia inguinal asociada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rostián CG. Testículo no descendido. Rev Chil Pediatr [internet]. 2000 [citado 12 ene. 2024];71(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062000000300012&lng=es
2. Navas Gámez D, Núñez Segura N, Molina Cruz T. Criptorquidia: falla en el descenso testicular en la población infantil. Rev Méd Sinerg [internet]. 2023 [citado 12 ene. 2024];8(5):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/1034/2163>
3. Blanco Sigríd, Gottlieb Silvia, Grinspon Romina, Rey Rodolfo. Criptorquidia: desde la embriología al tratamiento. Medicas UIS [Internet]. 2015 Dec [citado 12 ene. 2024];28(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v28n3/v28n3a13.pdf>
4. Lisboa JF, Rhoden EL, Bonfanti A, Ros C, Telöken C, Souto Ari Vargas C. Testículo perineal ectópico. *J Bras Urol*. 1998;24(1):23-4.



5. Alonso Domínguez FJ, Amador Sandoval BV, Fragas Valdés R, Ares Valdés Y, Carballo Velázquez L. Testículos no descendidos y cáncer. Arch Esp Urol [internet]. 2005 [citado 12 ene. 2024];58(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/urol/v58n4/testiculos.pdf>
6. Leslie SW, Sajjad H, Villanueva CA. Cryptorchidism. [citado 2024 ene. 19]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470270/>
7. Shin J, Jeon GW. Comparison of diagnostic and treatment guidelines for undescended testis. Clin Exp Pediatr [internet]. 2020 [citado 2023 ene. 10];63(11):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7642136/>
8. Tejado P, Monago D, Mesa D, Jaén M, Bote A, Gómez D. Patología escrotal y escroto agudo: hallazgos ecográficos clave. SERAM [internet]. 2021 [citado 18 ene. 2023];1(1):[aprox. 31 p.]. Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/4708/3174>
9. Promm M, Dittrich A, Brandstetter S, Fill-Malferttheiner S, Melter M, Seelbach-Göbel B, et al. Evaluation of Undescended Testes in Newborns: It Is Really Simple, Just Not Easy. Urol Int [internet]. 2021 Oct. [citado 2022 ene. 18];105:[aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8686700/>
10. You J, Li G, Chen H, Wang J, Li S. Laparoscopic orchiopexy of palpable undescended testes_ experience of a single tertiary institution with over 773 cases. BMC Pediatr [internet]. 2020 Mar 16 [citado 2022 ene. 18];20(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7075009/>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

