

NUESTRA CONDUCTA ANTE EL TESTICULO RETENIDO

Dres. RAUL J. BORZONE, JUAN C. BRASCHI y J. C. SPERANZA

En el enfoque del estudio de los testículos no descendidos tenemos que considerar tres factores importantes:

- A) Etiológico.
- B) Funcional.
- C) Metaplásico o Anaplásico.

A) *Factor Etiológico:*

Se acepta según los conceptos actuales que las alteraciones en el descenso testicular se condicionan por acción simultánea de varios factores:

I) Obstáculos mecánicos:

Corrientemente presentan una retención unilateral. Son los trastornos del desarrollo del conducto inguinal y del escroto, insuficiente crecimiento del cordón, adherencias peritoneales y la permanencia del conducto peritoneo vaginal.

II) Disfunción hormonal:

Son habitualmente de un porcentaje menor y generalmente traen una retención testicular bilateral. Mientras normalmente las gonadotrofinas placentarias favorecen el descenso en los dos últimos meses del embarazo, en estos casos parece que se forma la retención por un defecto de gonadotrofina o por una respuesta reducida a ella. Esto explicaría el rápido éxito terapéutico que se obtiene a menudo con la administración de gonadotrofina en los casos de distopía testicular bilateral.

III) Trastornos genéticos:

Los trastornos embrionarios, es decir las disgenesias e hipoplasias testiculares no son solamente alteraciones de la génesis testicular, que reconocemos clínicamente por rudimentos gonadales del tamaño de un guisante y algo indurados, sino también las retenciones testiculares.

B) *Factor Funcional:*

Se considera que en la evolución del desarrollo testicular se pueden diferenciar cuatro periodos importantes, que son:

I) Fase de reposo testicular:

Corresponde desde el nacimiento hasta un máximo de cinco años.

II) Fase de crecimiento testicular:

Transcurre desde el sexto al décimo año.

III) Fase de maduración testicular:

Se extiende desde 11 a los 15 años.

IV) Fase de completa maduración:

Este periodo comienza a los 15 años y se extiende hasta su total maduración.

Estos periodos son fundamentales, ya que al comienzo de la fase de crecimiento, 6 años, ya existen cambios degenerativos en el aparato tubular. Es

por ello que se considera de importancia la precocidad en la iniciación del tratamiento, ya que todas las medidas terapéuticas deben haberse aplicado, en lo posible, antes de finalizar este período, pues los cambios degenerativos en la fase de maduración habrán avanzado tanto que ya no será posible una maduración del epitelio germinal, siendo infértiles las 3/4 partes de testículos a esa edad (11 a 15 años).

C) *Factor Metaplásico o Anaplásico:*

Creemos que el tratamiento de estos enfermos debe ser solucionado lo antes posible en consideración a su factor funcional. La probabilidad de una malignización de los testículos distópicos es actualmente tema de revisión y discusión, ya que no existen comprobaciones fehacientes de esta metaplasia.

Para tener una terminología más precisa utilizamos la siguiente clasificación:

Clasificación:

Habitualmente la bibliografía anglosajona y escandinava denomina criptorquídea a todos los tipos de retención testicular.

Creemos conveniente adoptar los términos de criptorquídea para aquellos testículos que han detenido su descenso en un punto dentro de su trayecto normal, y el de ectopía para aquellos que se han desviado de su camino en el descenso fisiológico. Es decir, uno es un testículo no descendido y el otro es un testículo mal descendido.

A las criptorquídeas a su vez se las divide en:

CRIPTORQUIDEAS

A) **Testículos móviles, pendulares o en ascensor:**

Son de desarrollo normal que durante períodos de tiempo se sitúan por sí mismos en la zona del orificio inguinal externo o en el conducto inguinal como consecuencia de la contractura del músculo cremaster.

B) **Testículos Deslizantes:**

Son de tamaño normal y se los puede llevar en forma manual hasta la bolsa escrotal pero cuando se los deja libres se retiran inmediatamente hasta la zona del orificio inguinal externo o incluso en el conducto inguinal. Son como consecuencia de un pedículo vascular corto o persistencia de un proceso vaginal.

C) **Retención Testicular:** Se subdividen en

1) **Abdominales:**

No se consiguen diagnosticar por el examen clínico. Llama la atención antecedentes familiares, lo cual habla de un defecto de tipo congénito primario y que en un 30 % más o menos existen malformaciones que llegan al sistema urogenital:

2) **Inguinales:**

Es la anomalía más frecuente. Se diagnostica fácilmente al verlo en el canal inguinal o por encima del orificio inguinal externo. Su característica es que el testículo está fijo y no puede descender nunca por completo al escroto.

ECTOPIA TESTICULAR

El testículo se ha desviado de su camino en el descenso fisiológico. Según la situación en que se encuentre pueden ser:

- A) Femorales
- B) Perineales
- C) Peneanos
- D) Inguinales superficiales

Tratamiento:

En el tratamiento de esta patología consideraremos primero el tratamiento clínico u hormonal con la aplicación de gonadotrofina coriónica. En realidad este tratamiento no tiene una explicación cierta pero habitualmente se acepta que provoca una estimulación en el crecimiento de los túbulos contorneados condicionando un fortalecimiento y un estiramiento del cordón espermático, como asimismo una ampliación del canal inguinal. La acción de la gonadotrofina coriónica produce una estimulación propia de andrógenos que desaparece seis semanas después.

La utilizamos en forma diferente si el padecimiento es uni o bilateral.

Para los casos unilaterales efectuamos un tratamiento más prolongado que consiste en la aplicación de 10.000 U.I., pero administrada en dosis de 500 U.I. tres veces por semana durante seis semanas y media, es decir, una serie de 20 inyecciones.

Para los casos bilaterales, en que esta terapéutica es más efectiva, el tratamiento es más corto e intenso. Consiste en la aplicación también de 10.000 U.I., pero efectuadas en tres inyecciones de 3.300 U.I. día por medio. De esta manera hemos tenido resultado satisfactorio en el orden del 28 % para los bilaterales y en un 11 % para los unilaterales, lo cual hace un porcentaje de efectividad del 19 % en los testículos no descendidos.

Creemos que una nueva serie, en los casos en que el resultado es escaso o negativo, se debe realizar siempre que el paciente tenga edad para ello.

Se realiza una pausa que oscila de dos meses a un año, y si entonces no obtuvimos resultados efectuamos el tratamiento quirúrgico correspondiente dentro de los dos meses de haber terminado el tratamiento hormonal, pues el testículo en esos momentos es cuando está en las mejores condiciones histológicas.

Cuando existe una real respuesta al tratamiento hormonal, se presentan como manifestación clínica, un cambio de coloración en el escroto y pene que se torna rosado como si fuera manoseado.

Creemos que los testículos descendidos con tratamiento médico tienen mejor futuro que los descendidos quirúrgicamente.

En lo que respecta a la ectopía, se trata de manera quirúrgica lo más precozmente posible.

Consideramos importante la investigación del síndrome de Klinefelter, que se presenta en 1:80 de los niños criptorquídeos.

Este síndrome caracterizado por la tríada de atrofia testicular parenquimatosa (hipogonadismo primario), ginecomastia postpuberal y aumento de la gonadotrofina urinaria por encima de 80 U. ratas en orina, es debido a una displasia gonadal con un desarrollo testicular deficiente y degenerando sin concordancia con el sexo cromático celular del resto del individuo que es de tipo femenino.

El sexo testicular masculino sería el disgenético e hipogonadal, en tanto que el verdadero sexo vendría dado por los cromosomas genéticos femeninos. Resultado de ello sería el desarrollo de una inversión gonadal del sexo en individuos cromosómicamente femeninos.

Los que padecen este síndrome serán estériles y no van a tener manifestaciones clínicas hasta la pubertad.

Lo único que lo pesquiza es el estudio cromosómico que se efectúa en forma relativamente fácil en la saliva.