

ECTOPIA TESTICULAR

Dr. Miguel A. Corts.
Dr. Oscar J. Lepez.
Dr. Rolando O. Ciro.

El objeto del presente trabajo es traer a consideración la estadística registrada en el Servicio de Cirugía y Traumatología y de Urgencia del Hospital de Niños de la Ciudad de Santa Fe en los últimos diez años.

MATERIAL Y METODOS

Sobre un total de 70 pacientes observados, que concurrieron a la consulta en el período comprendido entre enero de 1965 y diciembre de 1974, las edades oscilaron entre los dos y doce años, con edad promedio de seis años, de los cuales 55 niños correspondieron a ectopía testicular unilateral (78,5 por ciento) y 15 a bilaterales (21,5 por ciento). De las primeras, 32 correspondían al lado derecho (58,1 por ciento) y el resto al lado izquierdo (41,9 por ciento).

La altura de la detención fue en la gran mayoría en el trayecto inguinal, entre ambos orificios, que sumando entre uni y bilaterales conformaron el 95 por ciento de las observaciones, y el resto se localizó por encima de dicho trayecto inguinal, encontrando sólo cuatro casos.

El tamaño del testículo ectópico fue ligeramente inferior con respecto al normal en los casos unilaterales. El escroto en el 100 por ciento de las observaciones se presentó hipotrófico y por lo general fue el motivo de consulta. Como patología asociada se encontró la hernia inguinal, el hidrocele y el quiste de cordón.

CONSIDERACIONES

Llamamos ectopía testicular al descenso incompleto en el trayecto que normalmente debe efectuar la glándula en su recorrido hacia el escroto. Recordando la embriología, el testículo se desarrolla a nivel del segmento superior e interno del cuerpo de Wolf. La glándula, para alcanzar el fondo del escroto pierde el contacto con el riñón hacia el cuarto mes de vida intrauterina. Se desplaza de la región lumbar a la ilíaca, llegando al sexto mes al orificio profundo del conducto inguinal y al octavo mes al fondo del escroto, acompañándose en su descenso del conducto peritoneo vaginal. Esta embriología, explica la alta frecuencia con que se encuentra la hernia intrainguinal asociada a la ectopía testicular, como así también el hidrocele y el quiste de cordón.

CRITERIO TERAPEUTICO:

ECTOPIA UNILATERAL O BILATERAL SIN HERNIA EVIDENT

Comenzamos con tratamiento médico. Gonadotrofina coriónica



Trifactor
polvo

Director técnico
Professor Doctor
Nicolás Giovambattista
Químico-Farmacéutico

 Bago

En el mundo de la cirugía

en dosis estimulantes con el criterio de que la glándula aumente de tamaño y consistencia, los tejidos vecinos a la misma se hacen más laxos y se alargan los elementos del cordón, lo que facilitarfa su descenso. Se debe iniciar el tratamiento a los cuatro años de edad, tratando de resolver el problema del niño antes de los seis años, o sea antes de la etapa escolar.

1. Dos ampollas intramusculares de 500 Unidades cada una de gonadotropina coriónica por semana, durante seis semanas (45 días) en total, 6.000 Unidades.
2. Espera de seis semanas (45 días) y nuevo control clínico del niño: puede ocurrir:
 - a) Sin modificaciones.
 - b) Mejoría clínica.
 - c) Puede descender.
3. En cualquiera de los tres casos se deben repetir las dosis anteriores.
4. Nueva espera de seis semanas, y luego, nuevo control del niño, pudiendo encontrar:
 - a) Sin modificaciones trat. quirúrgico.
 - b) Con mejoría parcial - trat. quirúrgico para completar el descenso.
 - c) Con descenso controles periódicos, pues se puede correr los riesgos del testículo en ascensor, o sea la torsión.

ECTOPIA UNILATERAL CON HERNIA EVIDENTE

Una vez efectuado el diagnóstico, se debe realizar terapéutica quirúrgica para tratar las dos patologías, fijando el testículo al fondo del escroto. En estos casos, la presencia de la hernia es la que define perentoriamente la terapéutica agresiva.

ECTOPIA BILATERAL

No hay criterio uniforme en cuanto a si se deben corregir ambos lados en forma simultánea: nosotros preferimos descender quirúrgicamente primero el testículo "más fácil", o sea aquel que ofrezca mayores garantías de llegar al fondo del escroto, con el ánimo de preservar desde ya, una función genética. Dejamos transcurrir un lapso de tres meses para efectuar la segunda intervención.

RESULTADOS

Se efectuó tratamiento médico en 56 casos, el resultado en cuanto al aumento de tamaño de la glándula fue excelente, pero nulo en cuanto al descenso hacia el escroto. Se efectuó en todos los casos tratamiento quirúrgico. En 28 casos según técnica de Thorex (Fijación a muslo) según Gross, con 11 complicaciones inmediatas, debiendo destacar una gangrena testicular y el resto hematomas de bolsa, con dos abscesos de pared. En el resto (57 casos), se efectuó técnica de Ercole (Fijación escrotal), encontrándose como complicaciones sólo tres hematomas y un absceso de pared. La mortalidad fue nula.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se presentan 85 ectopías en 70 pacientes, 15 bilaterales. Se enfatiza el criterio terapéutico, con pobres resultados del tratamiento hormonal, en cuanto al descenso. El resultado del tratamiento quirúrgico ha sido favorable, salvo un caso de gangrena testicular.
