

PATOLOGÍA DEL DESCENSO TESTICULAR

*Dra. Alejandra Ríos R.
Cirujana Pediátrica*

Definición

La criptorquidia es aquel testículo que no se palpa en la bolsa escrotal debido a una detención del proceso normal de descenso testicular desde el retroperitoneo hasta la bolsa escrotal. Durante los primeros 3 meses de vida puede existir un descenso testicular espontáneo debido al estímulo hormonal natural o “mini pubertad”.

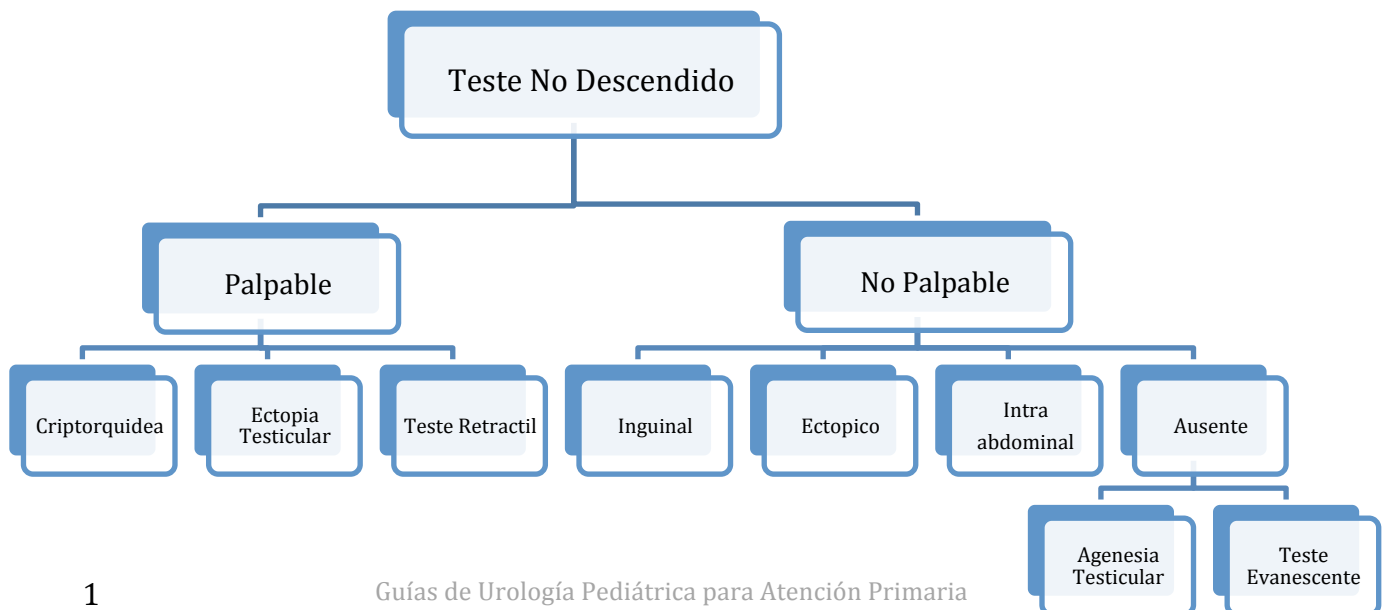
Epidemiología:

La incidencia de la criptorquidia es de 1-2,6%, siendo más frecuente en:

- RN pretérmino: 45% en <35 semanas de gestación, y 60-70% en RN bajo 1500 grs.
- Lado derecho (50 a 60% del total); el izquierdo es de 25% y bilateral 10-25%.
- Incidencia familiar de un 10 a 15%.

Clasificación

Existen varias clasificaciones de esta condición, siendo la más utilizada aquella que divide en testes en palpables (80%) y no palpables (20%):



I. TESTE PALPABLE

1. **Testículo retráctil o en ascensor:** es aquel teste que oscila entre escroto y canal inguinal por reflejo cremasteriano aumentado, bajando fácilmente y permaneciendo en escroto sin tensión del cordón espermático. Se debe vigilar el tamaño y la simetría gonadal en forma periódica con examen clínico y ecografía, ya que un 20% de estos testes se pueden volver criptorquídicos.
2. **Criptorquídea:** detención del proceso normal de descenso testicular, ya sea en el abdomen o en el cordón espermático. En aquellos bilaterales, se debe solicitar evaluación por endocrinología y genética que descarten alteraciones del desarrollo sexual (por ejemplo Prader - Willy).
3. **Testículo ectópico:** es aquel que teste se encuentra fuera del trayecto normal, teniendo un cordón de longitud adecuada y un descenso completo. La más frecuente es inguinal supra-aponeurótico. Otras posibilidades son femoral, perineal, púbico entre otros.

II. TESTE NO PALPABLE

Es aquel testículo que no es posible palpar en las mejores condiciones posibles, con un paciente tranquilo, ambiente cálido o por urólogo pediátrico con experiencia. Este tipo de testes son el 20% del total de las criptorquidias, siendo los más comunes los de canal inguinal (70%), intrabdominales (35%) y agenésicos (10%). En aquellos se puede realizar una ecografía de la región inguinal para buscarlo, y su especificidad es operador dependiente.

Clínica y Diagnóstico

El diagnóstico es clínico y permite la clasificación de la condición del teste, por lo que debe ser realizado por un médico.

Se comienza el examen físico con la inspección de la bolsa escrotal buscando hipoplasia o asimetría escrotal. Se examina con el niño lo más relajado posible, con las manos del examinador de temperatura agradable, evitando evocar el reflejo cremasteriano que es más activo en >3 meses. En caso de reflejo hiperactivo se puede sobrestimular con la idea de abolirlo al poner al niño sentado con las piernas cruzadas. Se debe palpar la consistencia y tamaño del teste, en comparación con la

edad y con su testículo contralateral. En caso de no palpar el testículo en el canal inguinal, se debe buscar en lugares ectópicos, antes de catalogarlo de teste no palpable.

Estudio

El estudio ecográfico inguinal posee baja especificidad y podría ayudar tanto para medir el volumen testicular en contexto de testículos retráctiles como para ubicar las gónadas en pacientes obesos.

Tratamiento e indicaciones de derivación

El tratamiento de elección del testículo no descendido es la cirugía entre los 6 meses y 18 meses de edad, sin embargo, su derivación debiese ser al momento del diagnóstico. En caso de tener una hernia inguinal concomitante, se debe operar al momento del diagnóstico de la hernia.

En caso de testículos retráctiles, se recomienda derivación de igual manera para que el seguimiento y examen físico en búsqueda de asimetría testicular sea realizado por especialista.

Lectura recomendada

1. Madden N (2008). Testis, hydrocoele and varicocoele. En: Essentials of pediatric urology (p 247-264).
2. Ovalle A, López PJ (2014). Patología testicular. En: Manual de urología pediátrica (p 49-51).
3. López PJ (2018). Testículo no descendido. En: Manual de cirugía pediátrica: de la A a la Z (p 351-353).