

BOLSA ESCROTAL VACÍA

Dr. Luis Camarena Luviano¹, Dr. Manuel Lara Márquez²

¹Cirujano pediatra, Capítulo León, ²Cirujano pediatra, Capítulo Salamanca
Bol Cient Cult Col Ped Gto 2023;1(1):21-23

Cuando estamos ante un paciente con una o ambas bolsas escrotales vacías, debemos considerar una de las siguientes posibilidades: testículo no descendido congénito, testículo no descendido adquirido, testículo retráctil, testículo ectópico y testículo ausente.

La etiología no está bien comprendida. Se han propuesto varios factores implicados en el descenso testicular: mecánicos, hormonales, genéticos, neurotransmisores, etc. En teoría, cualquier alteración de estos factores, puede interrumpir el descenso testicular.

Testículo no descendido congénito: es el trastorno genital más común, con una incidencia de 1 a 4.6% en los recién nacidos de término y entre 1.1 a 45% en los prematuros. Se calcula que el 70% de estos testículos descenderán espontáneamente en el transcurso de los primeros seis a doce meses de vida. El descenso espontáneo después de los doce meses de edad es improbable.

El testículo no descendido generalmente es un defecto aislado, aunque en ocasiones puede estar asociado a otras malformaciones. Puede ser bilateral hasta en 30% de los casos.

Testículo no descendido adquirido: el testículo está descendido al nacimiento, sin embargo, antes de la pubertad, típicamente entre los 4 a 8

años, puede ascender permanentemente al canal inguinal debido a un cordón espermático corto o a un proceso fibroso en el canal inguinal (ej. posterior a hernioplastia inguinal).

Testículo retráctil: es un testículo descendido al nacimiento, sin embargo, algunas semanas después comienza a ascender de manera intermitente al canal inguinal, debido a un reflejo cremastérico hiperactivo. El testículo regresa a su posición escrotal al relajarse el músculo cremáster. Generalmente son bilaterales y 30% de ellos pueden evolucionar a testículos no descendidos adquiridos.

Testículo ectópico: es un testículo no descendido, el cual además se encuentra fuera de la vía normal de descenso (región suprapúbica, muslo, escroto contralateral, perineo).

Testículo ausente: por atrofia secundaria a un compromiso vascular (torsión testicular in útero), o menos comúnmente por agenesia.

Abordaje diagnóstico

Debe obtenerse una historia clínica completa, interrogando específicamente antecedentes maternos de exposición a dietilestilbestrol, insecticidas, estrógenos exógenos, alcohol, cafeína, humo de tabaco. Entre los antecedentes paternos, testículos no

descendidos, u otras malformaciones genitales como hipopadias, varicocele, etc.

La exploración física es el único método que permite diferenciar entre testículos palpables y no palpables. Se realiza en posición supina. En caso de palpase el testículo, deberá determinarse su localización, tamaño con respecto al contralateral y consistencia; así como aspecto del escroto y malformaciones genitales asociadas. En caso de testículo retráctil es útil colocar al paciente en posición sentada con las piernas cruzadas o en cuclillas, con el fin de relajar el cremáster.

Los estudios de imagen no aportan beneficios adicionales y no deben solicitarse.

En caso de testículos no palpables bilaterales (habiendo descartado testículos retráctiles), o en caso de testículo unilateral no palpable asociado a micropene o hipospadias severo, el paciente debe ser evaluado por un equipo multidisciplinario con la finalidad de descartar un trastorno de diferenciación sexual. Es urgente la valoración genética y hormonal de un recién nacido con testículos no palpables bilateralmente, para descartar hiperplasia suprarrenal congénita.

Clasificación y tratamiento

La clasificación más útil es dividir los testículos en palpables y no palpables, ya que el tratamiento se decidirá en base a su presencia y localización. Los pacientes en los que no ocurre descenso espontáneo en los

primeros seis meses de edad, deben ser referidos a cirugía. El tratamiento hormonal es marginalmente eficaz y debe reservarse solo para casos muy seleccionados.

La orquidopexia debe realizarse a partir de los seis meses de edad postnatal corregida, y nunca diferirse más allá de los 18 meses, ya que en posición extra escrotal disminuye el número de células germinales y de Leydig, y aumenta el riesgo de malignización.

La orquidopexia abierta se realiza en caso de palpase el testículo, mientras que el abordaje laparoscópico se reserva para pacientes con testículos no palpables.

Los niños con testículos retráctiles no requieren tratamiento médico ni quirúrgico, solo vigilancia anual hasta la pubertad.

La vigilancia postoperatoria se realizará anualmente durante toda la vida, con el fin de detectar oportunamente tumores testiculares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cooper CS. Undescended testes (cryptorchidism) in children: Clinical features and evaluation. En: Drutz JE (ed.) *UpToDate*. Waltham, Mass.: UpToDate, 2022.
www.uptodate.com/contents/undescended-testes-cryptorchidism-in-children-clinical-features-and-evaluation?search=Cryptorchidism&source=search_result&selectedTitle=1~96&usage_type=default&display_rank=1. Consultado el 21 diciembre 2022.

2. Radmayr C, et al. Management of undescended testes. En: EUA Guidelines on Paediatric Urology (internet). March 2022. Disponible en: <https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Paediatric-Urology-2022.pdf>.
3. Bowlin PR. Undescended Testes and Testicular Tumors. En: Holcomb III GW, Murphy JP, St. Peter SD editors. Holcomb and Ashcraft's Pediatric Surgery. Seventh Edition. Elsevier; 2020. p. 805 – 820.
4. Kolon TF, et al. Evaluation and Treatment of Cryptorchidism: AUA Guideline. J Urol 2014;192(2):337-45.
5. Diagnóstico y tratamiento del testículo no descendido. México: Secretaría de Salud; 12 / Diciembre/ 2014.