

## Dislocación (luxación) testicular traumática

### Traumatic testicular luxation (dislocation)

Dres. Miguel A. López  
Aramburu;  
José Rosa Arias;  
Pablo Peña Pérez.\*

#### INTRODUCCIÓN

La Dislocación Testicular Traumática (DTT) se define como el desplazamiento del testículo y sus anejos, previamente situados a nivel intraescrotal, hacia una localización ectópica<sup>1</sup>.

Es una rara entidad, de la que se contabilizaban entre el año 1818 (fecha de la primera comunicación de *EG Claubry*) y el 2006, apenas 150 casos, y desde entonces se han producido aisladas comunicaciones<sup>2</sup>.

Aproximadamente el 50% de las comunicaciones de casos de DTT se dan en la literatura japonesa, lo que se ha intentado explicar abogando por la falta de interés a la hora de documentar en nuestro entorno occidental esta patología, y ser por tanto más frecuente de lo que las comunicaciones indican, pero que personalmente descartamos categóricamente, ya que la tendencia a la publicación científica no creemos que dependa de la patología a comunicar y sí más del nivel científico colectivo<sup>3,4</sup>.

En el momento actual creemos que en lengua castellana se contabilizan 9 comunicaciones contando la nuestra (8 españolas y una guatemalteca) con un total de 11 casos<sup>1-8</sup>.

#### CASO CLÍNICO

Paciente varón de 17 años de edad que acude al Servicio de Urgencias por presentar tumoración dolorosa a nivel inguinal izquierdo. Refiere ausencia de testículo izquierdo en bolsa escrotal.

Hace 72 horas fue atendido en urgencias por accidente de moto con Fractura de Huesos Propios Nasales y epistaxis bilateral. Se practicó, bajo anestesia general, tratamiento quirúrgico de urgencia por parte del Servicio de Otorrinolaringología, que procedió a la reducción de la fractura, taponamiento y colocación de férula y escayola. Dada la buena evolución fue dado de alta el mismo día de la intervención.

La exploración revela ausencia de teste izquierdo en bolsa con desarrollo normal de la misma. Formación ovoidea a nivel de conducto inguinal izquierdo, dolorosa a la palpación. Imposible lograr su descenso a bolsa.

La ecografía informa de presencia de testículo izquierdo en trayecto inguinal, de características normales (Figuras 1 y 2).

Con el diagnóstico de Luxación Traumática de Testículo se procede, con carácter de urgencias, a exploración quirúrgica, localizándose el teste por encima de la aponeurosis del oblicuo mayor.

Se procede a su liberación y pexia a escroto. Curso postoperatorio sin incidencias.

Servicio de Urología y \*Unidad de  
Enfermería Urológica. Hospital  
Santiago Apóstol. Miranda de Ebro  
(Burgos), España.

Miguel A. López Aramburu  
Ctra. San Juan del Monte, 17  
09200 Miranda de Ebro (Burgos),  
España.

Tel.: (00-34) 6-6995-4499  
malaburu@gmail.com

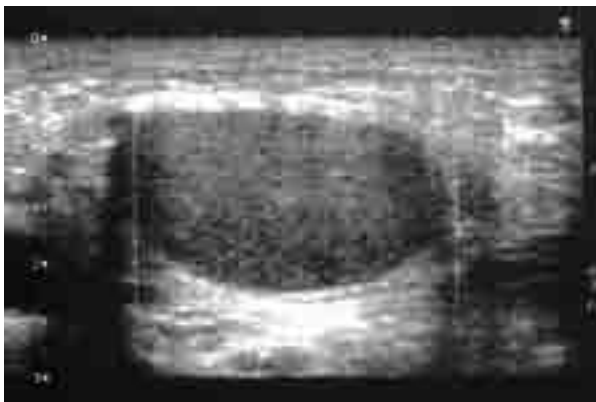


Figura 1. Ecografía inguinal. Teste en localización subcutánea.

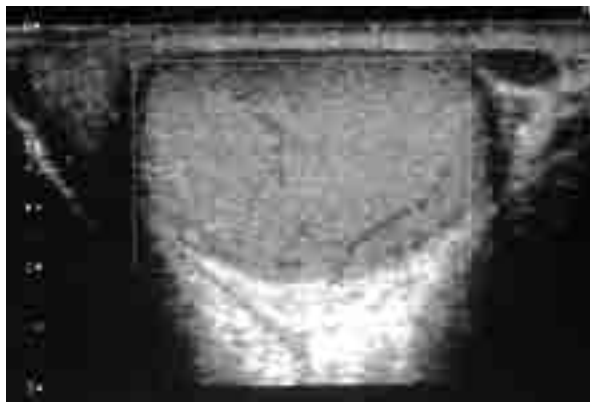


Figura 2. Eco Doppler testicular que demuestra testículo indemne.

Al mes de la cirugía se observa un teste izquierdo en bolsa de características normales.

## DISCUSIÓN

La dislocación testicular traumática afecta principalmente a varones jóvenes, y los accidentes de moto en particular se perfilan como la causa más frecuente<sup>3,4</sup>.

No obstante, multitud de otros accidentes pueden estar en el origen, tal como accidentes de bicicleta, patadas, caídas a horcajadas etc<sup>5,8</sup>. En la etiología de la dislocación, aparte del trauma desencadenante, se ha esgrimido como agente etiológico secundario un reflejo cremastérico exagerado<sup>5</sup>.

Una vez que el efecto traumático actúa sobre el testículo y éste resiste las fuerzas y no se lesiona la albugínea ni el parénquima noble (ruptura, estallido...), al estar el teste libre en el escroto tenderá a desplazarse, pudiendo hacerlo en cualquier dirección del espacio<sup>1,3</sup>. Por ello, su desplazamiento superior va a dar lugar a las dislocaciones, superficiales y profundas.

En la primera, y más frecuente, el teste en su migración se aloja en el tejido subcutáneo por encima de la fascia del oblicuo mayor. En su migración el teste rompe fibras en las fascias espermáticas creando un ojal que permite el paso en un sentido, pero no así en el inverso cuando cesan las fuerzas traumáticas.

La posición más frecuente será en el tejido subcutáneo inguinal, constituyendo esta localización el 50% de todas las posibles ubicaciones<sup>1</sup>. La inmensa mayoría serán unilaterales (90%)<sup>2</sup>. Otras localizaciones posibles pueden ser: en conducto inguinal, púbica, peneana, intra-abdominal, perineal, acetabular, crural y hemiescrotro contralateral<sup>3,8</sup>.

El diagnóstico es clínico y en no pocas ocasiones si el paciente es un politraumatizado que presenta lesiones con compromiso vital, puede pasar desapercibido tanto para el paciente como para los médicos de urgencias que lo atienden en un primer momento, tal y como sucedió en nuestro caso y en otros de la literatura consultada<sup>1,4,6 y 7</sup>.

La ecografía y a TAC ayudan a corroborar el diagnóstico y pueden ser de ayuda en los casos de localizaciones a nivel del conducto inguinal, intraabdominal etc. o bien cuando existe edema o hematoma escrotal, en policontusionados graves etc. La ecografía Doppler es de gran utilidad por la información que aporta de la vascularización del parénquima testicular.<sup>5,8</sup>

El tratamiento es eminentemente quirúrgico y aunque no es una urgencia en el estricto sentido, no debemos demorar la intervención, salvo por causas de fuerza mayor. Cuanto más tiempo permanezca el teste en situación ectópica, más daño se producirá y más traumática será la cirugía de reparación al instaurarse un proceso de adherencias y fibrosis.

La resolución espontánea es una excepcionalidad y sólo se contabilizan dos casos en la literatura consultada<sup>3</sup>. La reducción manual no suele ser muy eficaz, aunque sí se constatan casos de resolución (entre un 6 y un 12% de eficacia)<sup>3</sup>. Se ha preconizado la posibilidad de reducción manual bajo anestesia o sedación en los casos de diagnóstico precoz, y a realizar a los cuatro días del traumatismo cuando el edema ha cedido y la fibrosis peritesticular aún no se ha instaurado<sup>3,8</sup>.

Algunos autores aconsejan toma de biopsia testicular para valoración histológica de daño en la espermatogénesis, pero creemos que cuando la cirugía es realizada de urgencias o diferida en un plazo breve, puede

obviarse, pues carece de utilidad, ya que no existirá daño o bien éste será pasajero<sup>3,8</sup>. En los casos de demoras diagnósticas superiores a 8 o 12 semanas el manejo será obviamente diferente dado el daño parenquimatoso, la posibilidad de atrofia, dolor crónico etc...

Por todo lo anteriormente expuesto tenemos que la luxación traumática testicular es una entidad patológica rara. Su diagnóstico es fácil y llegaremos a él por la clínica (escroto vacío tras un accidente, probablemente de moto, donde previamente se alojaba un testículo normal) y por la exploración (localizaremos frecuentemente el teste alojado en el tejido subcutáneo de la zona inguinal).

Procederemos a su tratamiento quirúrgico con carácter de urgencias o urgencia diferida. La liberación y pexia no debe ofrecer dificultad alguna.

No obstante lo anteriormente citado, la situación clínica probablemente no será la referida y el paciente puede ser un politraumatizado donde pasará muy probablemente desapercibida la luxación testicular si presenta compromiso vital y/o lesiones de órganos abdominales, fracturas múltiples etc... En estas situaciones, tanto para el médico de urgencias como para el propio paciente, la situación puede pasar desapercibida y demorarse el diagnóstico y el lógico tratamiento con la posibilidad

de daño del parénquima noble testicular si la demora se alarga, llegando incluso a la atrofia testicular.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Alonso, A.; Pérez García, D.; Ojea Calvo, A. y cols.: "Luxación testicular bilateral", *Actas Urol Esp* 24(1): 58-60, 2000.
2. Luján Marco, S.; Budia Alba, A.; Bango García, V y cols.: "Dislocación testicular postraumática", *Actas Urol Esp* 30(4): 409-411, 2006.
3. López Alcina, E; Martín, JC, Fuster A. y cols.: "Dislocación testicular. Aportación de 2 nuevos casos y revisión de la literatura", *Actas Urol Esp.*, 25(4): 299-302, 2001.
4. Comesaña Dávila, E.; Alessandro Da Silva, E.; Pereiro Alvarez, B. y cols.: "Dislocación unilateral testicular traumática", *Arch. Esp der Urol.*, 52(3): 278-280, 1999.
5. Granados Loarca, EA y Ambrosio Teni, VL: "Luxación testicular. A propósito de un caso", *Actas Urol Esp* 24(4): 360-361, 2000.
6. Alapont Alacreu, JM; Domínguez Hinarejos, G.; Serrano Durban, A. y cols.: "Dislocación testicular traumática. Aportación de un caso". *Actas Urol Esp* 26(10): 804-805, 2002.
7. Romero, P; Amat, CM.; Duran, MI.: "Luxación testicular traumática: Presentación de dos casos excepcionales", *Act. Urol Esp* 17(10): 710-715, 1933.
8. Gómez, SC.; Parra, L.; Kilani, S. García J.: "Luxación testicular", *Act. Androl.*, 2(2): 23-25, 1994.