



Asociación Urológica de  
Centroamérica y el Caribe

## TORSIÓN TESTICULAR TRAUMÁTICA EN PACIENTE CON TESTÍCULO ÚNICO. MANEJO CON CIRUGÍA CONSERVADORA

**Traumatic testicular torsion in a patient with a solitary testicle. Management with conservative surgery**

### Autores

Luis Alberto Contreras Morales <sup>(1)</sup>, Carlos Gonzalo Estrada Pazos <sup>(2)</sup>  
Andrés Salvador Escobar Gómez <sup>(3)</sup> & Jorge Bernardo Pellecer Cano <sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup> **Médico y Cirujano Residente V de Cirugía General** - Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y USAC

<sup>(2)</sup> **Cirujano Urólogo. Jefe de Servicio de Urología** - Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- Hospital General de Accidentes "EL CEIBAL", Guatemala

<sup>(3)</sup> **Médico y Cirujano Residente V de Cirugía General** - Instituto Guatemalteco De Seguridad Social y Universidad de San Carlos de Guatemala

<sup>(4)</sup> **Médico y Cirujano Residente III de Cirugía General** - Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Universidad de San Carlos de Guatemala

**Correspondencia:** 19 avenida 7-14 zona 6 Ciudad de Guatemala Hospital General Juan José Arévalo Bermejo Guatemala, Centro América. Celular: 5979-0972

**Correo electrónico:** betascontreras@gmail.com

**DOI:** <https://doi.org/10.54212/27068048.v9i1.23>

Esta investigación fue financiada con recursos propios. Declaramos no tener ningún conflicto de intereses

**Fecha de envío:** 18/05/2021

**Fecha de aceptación:** 03/06/2021

**Fecha de publicación:** 30/06/2021

### RESUMEN

**Objetivo:** Presentar caso de manejo de cirugía conservadora de torsión testicular con el fin de iniciar a generar evidencia científica en casos donde se amerite cirugía conservadora, en el servicio de urología en Hospital General De Accidentes "EL CEIBAL" Guatemala. **Antecedentes:** Se considera a la torsión testicular una entidad clínica frecuente en infantes sin infrecuente en adultos jóvenes y menos frecuente por trauma, 5 – 6 %. **Materiales y métodos:** Informamos del caso con fotografías clínicas de un paciente masculino de 28 años, con historia de torsión testicular secundario a trauma a quien se le manejo con cirugía conservadora por el antecedente de orquiectomía en la infancia. Teniendo una primera intervención quirúrgica para detorsión testicular manual y una segunda intervención en 48 horas para evaluar resultados y viabilidad testicular las cuales fueron satisfactorias por lo que no se realizó orquiectomía. **Resultados:** El paciente curso con evolución satisfactoria con resolu-

### ABSTRACT

**Objective:** To present a case of testicular torsion managed with conservative surgery in order to begin to generate scientific evidence related to these cases. Where conservative surgery is warranted, at the Urology Service at Hospital General De Accidentes "EL CEIBAL" Guatemala. **Background:** Testicular torsion is considered a frequent clinical entity in infants, infrequent in young adults and less frequent due to trauma 5-6%. **Materials and methods:** We report the case with photographs of a 28-year-old male patient, with a history of testicular torsion secondary to trauma, who was managed with conservative surgery due to a history of orchidectomy in his childhood. Having a first surgical intervention we performed surgery. For manual testicular distorsion and a second intervention in 48 hours to evaluate results and testicular viability, which were satisfactory, so orchidectomy was not performed. **Results:** The patient had a satisfactory evolution with resolution of testicular pain and

ción de dolor testicular y de los cambios isquémicos sin necesidad de orquiectomía. Conclusiones: Se conoce que pasadas de las 6 horas es muy poco probable que exista reversión de la isquemia en el testículo secundario a torsión, sin embargo, individualizando el caso del paciente considerando un testículo valioso se da tratamiento con cirugía conservadora y tiene evolución favorable. Se debe vigilar al paciente ya que al mínimo cambio en su estado metabólico e inflamatorio se debe reintervenir y realizar orquiectomía.

ischemic changes without the need for orchidectomy. Conclusions: It is known that after 6 hours it is very unlikely that there is reversal of the ischemia in the testicle secondary to torsion, however, individualizing the case of the patient considering a valuable solitary testicle, treatment is given with conservative surgery and has a favorable evolution. The patient must be monitored, closely since at with at the minimum change must to monitored in his metabolic and inflammatory state, he must reoperate and perform orchidectomy.

## PALABRAS CLAVE

testículo, trauma, torsión, isquemia, reporte de caso

## KEYWORDS

testicle, trauma, torsion, ischemia, case report

## INTRODUCCIÓN

Se considera la torsión testicular la entidad clínica más común de dolor escrotal, definida como la rotación axial del cordón espermático y el testículo sobre su propio eje ocasionando obstrucción del flujo sanguíneo; se observa frecuentemente en pacientes pediátricos, en la cual el diagnóstico oportuno es importante, siendo las primeras horas desde el inicio del cuadro clínico, primordiales para establecer el tratamiento quirúrgico.

No se cuenta reportes sobre la cirugía conservadora en casos de torsión testicular con compromiso vascular importante, sin embargo, es una opción viable en pacientes con órganos valiosos. Exponemos el siguiente caso como reporte de caso.

## CASO CLÍNICO

Se presenta a la emergencia, paciente masculino de 28 años con historia de trauma por contusión escrotal presentando dolor súbito localizado en testículo izquierdo.

A su evaluación clínica se documenta paciente quejumbroso, movilidad limitada secundario a

dolor genital, hemiescrotos derecha vacía y hemiescrotos izquierda con edema y eritema sin presencia de reflejo cremastérico izquierdo.

Se solicita ultrasonido escrotal el cual reporta testículo izquierdo levemente aumentado de tamaño, ecogenicidad disminuida, Doppler color con ausencia de flujo concluyendo sospecha de torsión testicular. En los exámenes de gabinete presentan leucocitosis y neutrofilia. Se decide ingreso a sala de operaciones como un escroto agudo. Para exploración escrotal.

Transoperatoriamente se observa edema testicular, torsión testicular con tres giros sobre su eje longitudinal y cambios isquémicos los cuales no resuelven al aplicar solución fisiológica tibia.

Por antecedente de orquidectomía derecha, se decide realizar cirugía conservadora, realizando orquidopexia de testículo izquierdo y cierre de escroto, planificando una reintervención posterior a las 48 horas.

A las 48 horas se procede la exploración donde es notable la mejoría de coloración del testículo en relación con la previa, no aqueja dolor. Posterior a la cirugía paciente egresa deambulando, con escroto ligeramente edematizado y sin dolor.

Figura 1. Testículo torsionado 8 horas desde el inicio de los síntomas primera cirugía



Figura 2. Segunda cirugía 48 horas posterior mejora evidente en testículo



## DISCUSIÓN

La torsión testicular es una entidad clínica que genera urgencia quirúrgica secundaria a la estrangulación del flujo arterial basándose en la exploración física y en la ecografía doppler. Se debe tener resolución quirúrgica lo más pronto posible para evitar la resección del órgano por isquemia irreversible. Según Patrick J. She-not el 12% de los varones pueden padecer de esta entidad siendo más común entre los 12 y los 18 años, e infrecuente pasados los 30 años (1).

Desde el punto de vista anatómico se conoce que normalmente la túnica vaginalis solo cubre la superficie posterolateral del testículo lo que limita el movimiento del testículo sobre su mismo eje longitudinal. Sin embargo, en pacientes con torsiones testiculares se ha encontrado que la proyección de la túnica vaginalis de mayor proyección en la cobertura anterior y hacia cefálica, lo que genera mayor libertad de movimiento de los testículos sobre su eje longitudinal provocando mayor posibilidad de torsión testicular (1).

Considerando como factores de riesgo de la torsión testicular se citan entidades como aumento del volumen testicular, antecedente de criptorquidia, trauma y ejercicio reciente, así como factores ambientales (baja temperatura) (1).

El dolor testicular es considerado el motivo de consulta principal relacionado con la torsión en pacientes pediátricos principalmente (3), este puede estar asociado a náusea, vómitos y la evidencia de la horizontalización del testículo. Se conoce que los estudios que apoyan al diagnóstico encontramos la ecografía doppler color la cual tiene una sensibilidad del 89.9% y especificidad del 98.8%(2).

De manera tradicional la exploración quirúrgica ha sido el "gold estándar" para resolver la torsión, pero la destorsión manual ha sido la técnica más utilizada, previa intervención quirúrgica con el objetivo de disminuir el tiempo

de isquemia, esta técnica consiste en girar el teste de medial a lateral, cuya técnica se le conoce como la "técnica en libro abierto".

Se entiende por éxito en la cirugía como el cese del dolor, posterior recuperación del flujo arterial del testículo, siendo comprobada al realizar una ecografía doppler, tomando en cuenta que durante el procedimiento quirúrgico, es fundamental la péxia del testículo para evitar recidivas de una nueva torsión testicular.

Según los autores Ericka Ringdahl y Lynn Teague. el hallazgo de reflejo crematérico unilateral, es signo predictivo de torsión testicular, siendo el periodo de tiempo óptimo de 6 horas posteriores al inicio de los síntomas (4). según Ronald Blum Peña la incidencia de la torsión testicular estimada es de 1 por cada 4,000 hombres, en adultos jóvenes llega a ser a los 25 años (5).

Transoperatorio se debe de buscar revertir la isquemia visualizando la coloración del parénquima poniendo el órgano en contacto con solución fisiológica tibia posterior a la destorsión manual evidenciando los cambios isquémicos (5).

Como ya se ha comentado anteriormente, la torsión testicular es una urgencia urológica frecuente, altamente improbable en pacientes con historia de trauma. presentándose solo en el 5 a 6% de los casos (6).

Se cita el puntaje de severidad Barbosa, et al la cual incluye:

- Edema testicular (2 puntos)
- Escroto y testículo indurado (2 puntos)
- Ausencia del reflejo cremastérico (1 puntos)

El cual considera de 0 a 2 puntos bajo riesgo, de 3 a 4 puntos riesgo intermedio sugiriendo consulta a urología, así como uso de estudios de apoyo (ultrasonido doppler color) y más de 5 puntos, predictor del 100% de torsión testicular (7).

## CONCLUSIONES

La cirugía conservadora en torsión testicular no está estudiada, para dictar la toma de conductas sin embargo es importante mencionar que la individualización del caso permite la conservación del testículo único del paciente. El hecho de no realizar la orquiectomía obliga al monitoreo constante del paciente, valorar cambios en la respuesta inflamatoria que generen necesidad de reintervención inmediata y hasta orquiectomía inmediata.

Se debe realizar estudio doppler color al paciente posterior a su egreso para determinar el grado de recuperación del tejido testicular. Llevar seguimiento de hormona testosterona al paciente. Para determinar funcionalidad testicular.

## REFERENCIAS

1. Shenot J. P Torsion Testicular Manual MSD version para profesionales Medical College at Thomas Jefferson University Agosto de 2019.
2. García Fernández G; Hernández Bravo A; Bautista Cruz R. Torsión testicular reporte de un caso, Servicio de Cirugía General Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rivosa Pérez, Villahermosa Tabasco México. Volumen 85 No 5, paginas 432-435, septiembre octubre de 2017.  
<https://doi.org/10.1016/j.circir.2016.05.014>
3. Uribe Siu A; Garrido Perez I.J; Vasquez Rueda M.R; y Cols. Destorsion Manual y Cirugía Diferida en la Torsión Testicular Aguda, Cirugía Pediátrica Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba. Numero 32, Paginas 17-21 año 2019.
4. Ringdahl E, Teague L. Testicular Torsion. Am. Fam Physician. 2006 Nov 15;74(10):1739-43. PMID: 17137004.

5. Blum Peña R; Cordero Campo F. J; Escroto agudo y su manejo urología Revista Medica de Costa Rica y Centro America volumen 597, paginas 159-162 año 2011.

6. Papatsoris G. A; Mpadra A. F; karamouzis V.M. Post Traumatic Testicular Torsion TJTES Turkish Journal of Trauma Y Emergency Surgery. Ulus Trauma Volumen 9, páginas 70-71 año 2003.

7. Laher A; Ragavan S; Mehta P; y Colls. Testicular Torsion in the Emergency Room: A Review of Detection and Management Strategies. Open Access Emergency Medicine, 181.174.90.112 año 2021.

Copyright (c) 2021 Luis Alberto Contreras Morales, Carlos Gonzalo Estrada Pazos, Andrés Salvador Escobar Gómez & Jorge Bernardo Pellecer Cano



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato — y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, , incluso para fines comerciales, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe dar crédito a la obra original de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace de la obra.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)