

SECCION DE OBSERVACIONES CLINICAS

ATROFIA TESTICULAR POR TRATAMIENTO TARDIO DEL CRIPTORQUIDISMO

* Dr. Héctor Otero Cruz

* Dr. Jaime Bidó Franco

INTRODUCCION

El descenso testicular normalmente ocurre alrededor del séptimo mes de la gestación.¹

Desde Hunter² hasta la fecha el estudio de los niños cuyos testículos no han logrado descender, hasta el escroto, ha sido motivo de preocupación para los padres, para el médico y para el niño que se observa sin algo que él juzga importante para su sexo.

La incidencia de Criptorquidia en el recién nacido pretérmino varía entre 30.3 a 68.4%,³ en los recién nacidos de término es de 4%¹⁻⁴ y al año únicamente se encuentra en un 0.8%.⁵

A pesar de que desde 1924⁶ comenzó a acumularse experiencia respecto a la degeneración de los tubos seminíferos en testículos criptorquídicos, todavía se observan las consecuencias (atrofias testiculares, esterilidad, etc.) de la ausencia de criterios homogéneos, en relación a la edad óptima del tratamiento quirúrgico de estos pacientes. Este trabajo pretende presentar una de las consecuencias (atrofia testicular) del manejo tardío del testis no descendido, con el objetivo de que pediatras, cirujanos y médicos generales comprendan la importancia del diagnóstico y tratamiento temprano de esta patología.

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron los expedientes clínicos de 19 pacientes con atrofia testicular macroscópica, del total de 113 niños

con criptorquidia, diagnosticados y tratados en el Hospital Infantil "Dr. Robert Reid Cabral" de Santo Domingo entre los años 1976 y 1985.

Uno de los pacientes tenía criptorquidia bilateral, por lo que la suma de testículos atróficos fue de veinte (20%) de los 113 casos. Se analizaron datos acerca de edad, localización de testis afectados, tipo de tratamiento, tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento y evolución.

RESULTADOS

De los veinte casos analizados la localización del testículo criptorquídico fue izquierdo en un 63% (12 casos), derecho 32% (6 niños) y bilateral 5% (1 paciente). Se pudo comprobar que el 100% tenía el testis afectado localizado en la región inguinal.

El cuadro 1 muestra los grupos de edad al momento del diagnóstico, y su correlación con la edad al instante de su intervención quirúrgica.

En el cuadro 2 observamos la amplitud de tiempo entre el instante del diagnóstico y el momento del tratamiento quirúrgico, llamando la atención que el 53% de los niños se les intervenía después de los cuatro años de haberse diagnosticado el problema.

Del conjunto de niños estudiados al 79% (15 infantes) se les practicó orquidectomía, siendo una de ellas bilateral; a los restantes 4 niños se les hizo orquidopexia a pesar de su atrofia macroscópica. No se les colocó ninguna prótesis a los orquidectomizados.

El control postoperatorio no anota complicaciones. No se reportaron fallecimientos.

(*) Del servicio de cirugía, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Santo Domingo, R.D.

DISCUSION

Cuadro 1

EDAD AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO DE CRIPTORQUIDIA Y SU CORRELACION
CON LA EDAD AL MOMENTO DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO EN 19 PACIENTES
DEL HOSPITAL INFANTIL "DR. ROBERT REID CABRAL" EN EL PERIODO
1976-1985

		EDAD DEL PACIENTE (AÑOS)				
		0-12	3-5	6-8	9-11	12-15
Diagnóstico de la enfermedad	No	9	4	2	3	1
	%	47	21	11	16	5
Intervención quirúrgica	No	0	6	4	4	5
	%	0	32	21	21	26

Cuadro 2

DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES CRIPTORQUIDICOS DE ACUERDO AL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INSTANTE DEL DIAGNOSTICO Y LA CIRUGIA

TIEMPO (AÑOS)	No.	%
0-1	8	42
2-3	1	5
4-5	2	11
6-7	1	5
8-9	2	11
+ de 10	5	26
TOTAL	19	100

Los pacientes con uno o ambos testículos situados fuera de la bolsa escrotal están expuestos a una serie de padecimientos, algunos de ellos graves, si se permite que sigan su evolución natural. De ahí que los objetivos del tratamiento sean: conservar o preservar la capacidad de reproducción,

corregir la hernia inguinal asociada; disminuir el riesgo de traumatismo y detener las consecuencias psicológicas.⁴⁻⁷⁻⁸

Sin embargo la edad de actuación quirúrgica ha sido históricamente eje de gran controversia. En una época no muy lejana el tratamiento quirúrgico del testículo criptorquídico se realizaba en edad puberal o prepuberal.⁷⁻⁹ Esto porque por motivos fisiológicos y psicológicos se venía aceptando clásicamente que el testículo comenzaba su desarrollo en la edad puberal, pudiéndose por tanto realizar la intervención en el momento inmediatamente anterior a la misma. En 1972 Standtler y Harman⁶⁻⁹ realizaron el primer estudio con biopsias seriadas testiculares, demostrando que el testículo va evolucionando desde el nacimiento, madurando en los primeros años de vida lentamente hasta la edad puberal. Las espermatogonias de niños poseedores de un testículo no descendido, descienden en número a partir de los dos años de vida.¹⁰ Los estudios realizados por Menguel en el 1974 y por Meyer, Goldschmidt y Col en 1977⁷⁻⁹⁻¹¹ confirman el trabajo de Hartman y añaden la medida del diámetro de los túbulos observando que en el testículo no descendido este diámetro se va reduciendo hasta alcanzar valores muy inferiores a los normales.

Esta revolución en el concepto del desarrollo del teste criptorquídico ha hecho cambiar la actitud quirúrgica en relación al mismo, de tal manera, que actualmente está aceptado que todo testículo debe estar en su posición normal antes de los dos años de vida, estableciéndose por lo

tanto esta edad como límite conveniente para la corrección quirúrgica.

El porcentaje (20%) de testículos atróficos, por nosotros estudiados, así como los datos detallados en el cuadro 1, conducen a pensar que no hubo una aplicación de los conceptos arriba destacados. A pesar de que un 47% de los afectados fue diagnosticado en edad óptima, ninguno fue operado en ese tiempo, observándose por el contrario una relación inversamente proporcional, es decir, que a medida que disminuían los casos de niños diagnosticados tardíamente en relación a su edad, había un incremento de la edad al momento de la cirugía, reportándose hasta el 26% de pacientes intervenidos después de 10 años de haberse establecido el diagnóstico (cuadro 2). Estos datos y el análisis de los cuadros nos ayudan a explicar la causa de la atrofia macroscópica que sufrieron estos niños.

Por otro lado, llama la atención el que a un 21% de los afectados se les practicara orquidopexia a pesar del estado de estos testículos, ignorando el criterio de que la orquidectomía está indicada en aquellos casos en que la gónada se encuentra atrófica, por la segura alteración de la fertilidad y de su función endocrina, y con el objetivo de minimizar el riesgo de malignidad.¹²⁻¹⁶

Como la ausencia de testículos en el escroto puede ser una experiencia psicológica para un niño, llegando a ocasionar problemas en su personalidad y en su relación con los demás, compartimos el criterio de algunos autores⁸ de que cuando se realice una orquidectomía debe considerarse la colocación de una prótesis, así como la búsqueda de ayuda especializada, sobre todo para el adolescente. En nuestros casos no comprobamos la colocación de prótesis, ni tampoco datos que nos sugieran que estos pacientes estén recibiendo orientación y ayuda psicológica, lo cual ha sido calificado como necesario por estudiosos del problema.

RESUMEN

Se presentan los resultados de una revisión de 19 expedientes (de un total de 113 afectados de criptorquidia) a los cuales se les comprobó transoperatoriamente atrofia testicular.

Uno de los pacientes tenía criptorquidia bilateral, por lo que la suma de testículos atróficos fue de veinte por ciento (20%); se analizaron las consecuencias del tratamiento tardío del testis no descendido, concluyéndose que ésta fue la causa fundamental de la lesión permanente de la gónada. Se sugiere la necesidad de que estos pacientes reciban orientación y ayuda psicológica, por los trastornos que

provoca, sobre todo en el adolescente, la ausencia de la gónada.

BIBLIOGRAFIA

1. Urbina V.; Martín del Campo N. y Dorantes L.: Resultados del tratamiento con Gonadotropina coriónica en niños con criptorquidia. *Bol. Med. Hosp. Infant Mex.*, 1985; 42 (10); 610-614.
2. Straffon A.: *Cirugía Pediátrica*. Ediciones Médicas Actualizadas. México, 1979, pp. 516.
3. Howard L.F., Raifer J.: Incidence of cryptorchidism. *Urol. Clin. North Am* 1982; 9 : 327-329.
4. Witherington R.: Criptorchism and Approaches to its Surgical Management. *Surg. Clin. North Am.*, 1984; 64 : (2) : 367-384.
5. Villunen AL y Zachan-Christiansen B: Espontaneous alterations in position of the testes. *Arch. Dis Child* 1986; 41 : 198-200.
6. Ferreira R.S.; Crivellini D., Efeita L.G. y Siqueira A.: Criptorquidia: Ventajas de la cirugía temprana. *Bol. Med. Hosp. Infant Mex.* 1983; 40 (1): 36-39.
7. Sancho M.A. y Col.: Estado actual del tratamiento de los testículos no descendidos. *Arch. Pediatr* 1980; 31 : 517-524.
8. Ruiz R., Peña A.: Repercusiones psicológicas de la ausencia testicular y el uso de prótesis. *Acta Pediatr. Mex.* 1985; 6 (4) : 173-176.
9. Hadziselimonic, F.; Heizog, G.B.; Seguchi, H.: Surgical correction of cryptorchism at 2 years. *J. Ped. Surg.* 1975, 10 (1): 19-26.
10. Farrington G.H.: Histologic observations in cryptorchidism: The congenital germ cell deficiency of the undescended testis. *J. Pediatr. Surg.*, 1969; 4 : 606-610.
11. Lattimer J. Smith A., Dougherty L. Beck L.: The optimum time to operate for cryptorchidism *Pediatrics*. 1974, 53 (1): 96-99.
12. King R.L.: Editorial: Optimal treatment of children with undescended testes. *J. Urol.*, 1984; 131 : 734-736.
13. Feria-Bernal G. y Col.: Autotrasplante de testículo: Informe de un caso y revisión de la literatura. *Rev. Invest. Clin. (Mex)*, 1986; 38: 293-296.
14. Skakkeback N.E.; Berthelsen J.G. y Muller J.: Carcinoma in-situ of the Undescended Testis. *Urol. Clin. North Am.*; 1982; 9 (3): 377-385.
15. Job J., Gendrel D.: Endocrine aspects of cryptorchidism. *Urol. Clin. North Am.*, 1982; 9 (3): 353-360.
16. Hezmall H.P. y Lipshultz L.I.: Cryptorchidism and infertility. *Urol. Clin. North Am.*; 1982; 9 (3): 361-369.