



## Torsión epididimaria

Dr. Carlos Baeza-Herrera,\* Dr. Carlos Suárez-Estrada,\*\* Dr. Ricardo Cortés-García,\*\*\* Dra. Juana Yadira Mauro-Ibarra\*\*\*\*

### RESUMEN

La disociación epidídimo-testicular completa es una causa muy rara de torsión del epidídimo. Nuestro paciente, un niño de 15 años de edad, se presentó con manifestaciones de intenso dolor del escroto, lo que hizo necesario realizar la exploración quirúrgica del conducto inguinal derecho. Se halló un infarto total del epidídimo debido a su torsión. Creemos que la sujeción angosta del epidídimo al testículo predispuso la torsión. Se efectuó una epididimectomía, se realizó la hemostasia del mesorquio residual y se suturó el testículo en su lugar.

**Palabras clave:** Escroto agudo, infarto testicular, epidídimo, testículo.

### ABSTRACT

Complete dissociation of testis and epididymis caused by epididymal torsion is a very rare condition. Our 15-year-old patient presented with severe scrotum pain which required immediate surgical exploration. A total infarction of the epididymis was found as a result of epididymal torsion. The short attachment of the epididymis to the testis predisposed the torsion of the epididymis. Epididymectomy was carried out and the testis was sutured down.

**Key words:** Acute scrotum, testicular infarction, epididymis, testis.

**E**l síndrome escrotal agudo es un término genérico para describir afecciones del escroto y de las estructuras que contiene, cuya manifestación principal es el dolor y que frecuentemente requieren la exploración quirúrgica del canal inguinal afectado para resolver el problema. Entre las enfermedades que requieren la operación se encuentran la torsión testicular, la más común, y la torsión del epidídimo, la más rara.

### CASO CLÍNICO

Adolescente de 15 años de edad quien ingresó a un servicio de urgencias con el antecedente de haber iniciado su padecimiento cinco días antes de la hospitalización

con dolor testicular derecho y dificultad para deambular. A los dos días de haberse iniciado el dolor, el escroto se inflamó y apareció fiebre. Se le indicaron antibióticos y antiinflamatorios, con los que hubo discreta mejoría. A su ingreso, se lo encontró consciente, con signos vitales normales. La exploración genital reveló flogosis escrotal derecha; el reflejo cremasteriano estaba parcialmente abolido; a la palpación, se detectó una tumoración infraescrotal de consistencia firme, dolorosa, lo que hizo pensar en un quiste del epidídimo. La transluminación fue positiva, se observó bien el testículo. Los estudios de laboratorio fueron normales. Se procedió a explorar el canal inguinal derecho. Se encontró el epidídimo totalmente necrosado con torsión a nivel de un mesorquio pediculado, que tenía

\* Jefe del Departamento de Cirugía. Profesor Titular de Cirugía Pediátrica, División de Postgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

\*\* Residente de Cirugía

\*\*\* Jefe de Residentes

\*\*\*\* Patóloga Adscrita Hospital Pediátrico Moctezuma. Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Venustiano Carranza. Tel: 55 71 40 57 57 84 28 08. Correo electrónico: dr.carlosbaeza@yahoo.com.mx  
Recibido: marzo, 2009. Aceptado: junio, 2009.

Este artículo debe citarse como: Baeza HC, Suárez EC, Cortés GR, Mauro IJY. Torsión epididimaria. Acta Pediatr Mex 2009;30(4):201-3.

La versión completa de este artículo también está disponible en: [www.nietoeditores.com.mx](http://www.nietoeditores.com.mx)

Correspondencia: Dr. Carlos Baeza-Herrera. Oriente 158 No. 189 Colonia Moctezuma 2ª Sección 15530 México, D. F. Delegación

irrigación independiente del cordón espermático (Figura 1). Se extirpó el epidídimo, dejando el testículo intacto. La evolución fue satisfactoria. El paciente fue enviado a su domicilio el día siguiente. El estudio histológico de la pieza operatoria reveló conductos epididimarios permeables, congestión vascular y epitelio cilíndrico ciliado (Figura 2).

## DISCUSIÓN

El epidídimo, está conectado con el testículo a través de los conductos seminíferos, conductos rectos, rete testis y



**Figura 1.** Momento transoperatorio que muestra la isquemia del epidídimo que estaba torcido dos vueltas en sentido horario.



**Figura 2.** Corte histológico del epidídimo que muestra necrosis; conductos epididimarios permeables, congestión vascular y epitelio cilíndrico ciliado característico.

el conducto deferente. Desde el punto de vista fisiológico se divide en tres porciones: El epidídimo inicial, donde se absorbe el líquido lubricante procedente de la próstata; el medio, donde maduran los espermatozoides; el epidídimo distal, donde se almacenan dichos espermatozoides para ser expulsados en el momento de la eyaculación<sup>1</sup>.

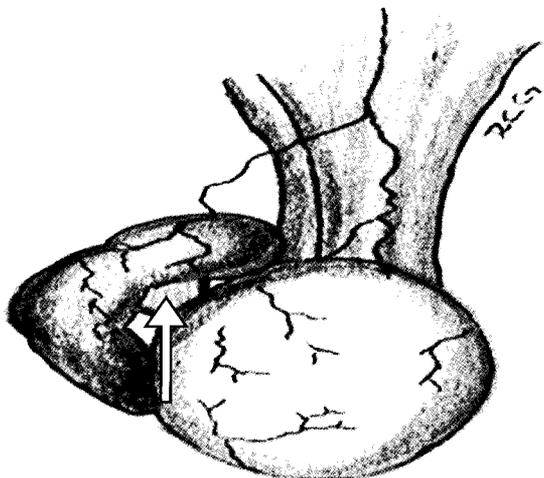
Anatómicamente, de manera normal, el epidídimo está sujeto al polo superior del testículo a través de una membrana tenue en cuyo extremo proximal desciende la arteria que irriga el epidídimo. Por abajo, (en una extensión que hace que la torsión sea poco probable), se inserta en el resto de la gónada por medio del mesorquio<sup>2</sup>, el espacio entre ambos debe permitir el paso cuando más de la punta de un dedo del cirujano, dato que se aprecia “pellizcando” el mesorquio con los dedos índice y pulgar. En el presente caso dicho espacio era muy amplio.

El síndrome escrotal agudo es un término genérico para indicar flogosis y dolor escrotal. Ocurre frecuentemente por enfermedades de curso agudo como la torsión del apéndice testicular de Morgagni, epididimitis, orquitis y torsión del testículo. Otras veces, menos comunes, por un trauma, en el edema escrotal idiopático, el piocele, erisipela y tumores. La torsión del epidídimo es excepcional<sup>3</sup>, ya que según nuestra revisión, este caso es el sexto publicado<sup>4-6</sup>. Revisando lo publicado respecto a las enfermedades de los adultos, Padmore et al<sup>7</sup>, hallaron que las causas más comunes que requirieron epididimectomía fueron el quiste epididimario, la epididimitis crónica y la epididimalgia.

La torsión testicular y la torsión epididimaria, se asemejan tanto, que frecuentemente son indistinguibles; sin embargo, algunos estudios de gabinete como la ultrasonografía Doppler y la imagen por resonancia magnética por sustracción magnificada con medio de contraste<sup>8</sup>, pueden distinguir una de otra. Cada una tiene consecuencias distintas. La primera requiere la mayoría de las ocasiones una orqui-epididimectomía; la segunda, solamente requiere epididimectomía.

Desde el punto de vista etiopatogénico, para que haya torsión del testículo y el epidídimo, se requiere un factor desencadenante. En la torsión testicular, se han descrito casos en los que la deformidad conocida como “badajo de campana” predispone a la torsión testicular aguda o intermitente<sup>2</sup>. En el caso de la torsión del epidídimo, la inserción epididimaria tiene un pedículo largo de base angosta sobre el polo superior del testículo afectado<sup>5,6</sup>.

como muestra la figura 3, que se denomina disociación epidídimo-testicular<sup>9</sup>.



**Figura 3.** Esquema para explicar como sucedió la torsión. Nótese la gran separación epidídimo-testicular (flecha) y la independencia del epidídimo que permitió la formación de un mesorquio largo de implantación corta, que contribuyó a que ocurriera la torsión.

El caso que presentamos, a diferencia de los cinco previamente publicados, tiene la peculiaridad que en el momento de la exploración física se identificó al epidídimo como anormal y el diagnóstico preoperatorio presunto fue infarto de quiste epididimario derecho; además, existía una base de implantación cefálica pequeña y pedículo vascular largo que predispuso a la complicación.

Esta complicación, además de imprevisible, es extraordinariamente difícil de sospechar antes de la exploración quirúrgica del canal inguinal afectado. En primer término, porque nadie pensaría que esto puede suceder dada la disposición anatómica que mantiene el testículo y el epidídimo en su sitio; segundo, porque las manifestaciones clínicas en ambas circunstancias son tan similares que por su mayor frecuencia se diagnostica la torsión testicular y no la patología tan rara de este caso.

En nuestra casuística del síndrome escrotal agudo respecto al diagnóstico diferencial, en los últimos 10 años vimos 152 niños que sufrieron torsión gonadal y con menor frecuencia orquiepididimitis, tumores, loxoce-lismo, hidrocele a tensión, hernia inguinal estrangulada; esta última en un bebe de seis meses quien además sufrió torsión testicular. Otra patología poco usual es el piocele y pioescroto y como consecuencia peritonitis generalizada y la persistencia de un conducto peritoneo-vaginal permeable<sup>10</sup>.

No obstante lo extraño de problemas como éste, uno de los fundamentos más importantes para el diagnóstico oportuno es que el clínico y el cirujano sepan que la complicación existe; si se cubre esta premisa, todo lo demás es factible. Si no se ha cubierto, no se le puede pedir al clínico o al cirujano que vea lo que no sabe que existe, ni que comprenda algo que desconoce.

#### REFERENCIAS

1. Geneser F. Histología. 3a. Ed. México, DF: Editorial Panamericana; 1999. p. 654.
2. Stillwell JT, Kramer AS. Intermittent testicular torsion. *Pediatrics* 1986;77:908-11.
3. Schalamon J, Ainoedhofer H, Schlee J, Singer G, Haxhija QE, Hollwarth EM. Management of acute scrotum in children—the impact of Doppler ultrasound. *J Pediatr Surg* 2006;41:1377-80.
4. Brisson P, Feins N, Patel H. Torsion of the epididymis. *J Pediatr Surg* 2005;40:1795-7.
5. Ravichandran S. Torsion of the epididymis: a rare cause of acute scrotum. *Int J Urol* 2003;10:556-7.
6. Elert A. Isolated epididymal torsion in dissociation of testis-epididymis. *Urology* 2002;41:364-5.
7. Padmore ED, Norman WR, Millard HO. Analyses of indications for and outcomes of epididymectomy. *J Urology* 1996;156:95-6.
8. Terai A, Yoshimura K, Ichioka K, Ueda N, Utsunomiya N, Kohei N et al. Dynamic contrast-enhanced subtraction magnetic resonance imaging in diagnosis of testicular torsion. *Urology* 2006;67:1278-82.
9. Haynes EB, Bessen AH, Haynes EV. The diagnosis of testicular torsion. *JAMA* 1983;249:2522-52.
10. Baeza CH, Jiménez NG, Atzin JLF, Godoy AHE. Manifestaciones inguinales del abdomen agudo. *Cir Ciruj* 2004;72:99-103.

I N P  
CENTRO DE INVESTIGACIÓN  
Y DOCUMENTACIÓN