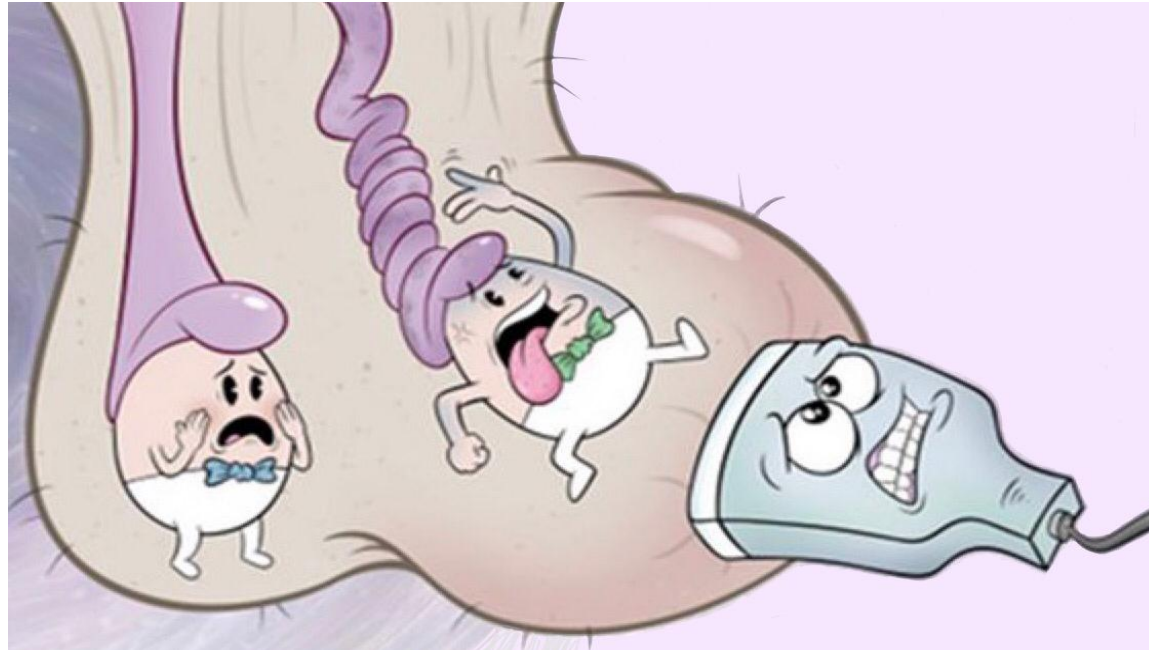


# Torsión Testicular



Noelia Ruso Escobar (Rotatorio Pediatría)  
Tutor: Germán Lloret Ferrándiz (UPED)

Servicio de Pediatría, HGUA

# Caso Clínico

♂ 14 años

No RAM, No AP de interés

Dolor intenso testículo derecho 5 hs de evolución

Asocia **vómitos** y mareo

No dolor abdominal, no fiebre

## Exploración Física

- T<sup>a</sup>: 35.8 °C, TA:117/54 mmHg, Fc: 106 lpm

- Testículo derecho:

- Muy doloroso a la palpación
- Eritematoso y tumefacto
- Ligeramente elevado y horizontalizado
- Reflejo cremastérico muy débil

# Pruebas diagnósticas

## ECOGRAFÍA ESCROTAL:

- Teste D aumentado de tamaño y horizontalizado
- Ausencia de flujo doppler arterial intratesticular D
- Signo del remolino
- Hidrocele asociado
- Teste I sin alteraciones



**TORSIÓN  
TESTICULAR  
DERECHA**

Analgesia



Estudio  
Preoperatorio

**ORQUIDOPEXIA  
BILATERAL**

**Tratamiento**



**Evolución**

- Afebril, dolor controlado, tolerancia +
- Heridas qx sin signos de infección, mínima inflamación
- Alta hospitalaria a las 24 hs y seguimiento en CCEE

# Revisión Bibliográfica

## Escroto agudo (EA) <sup>(7)</sup>:

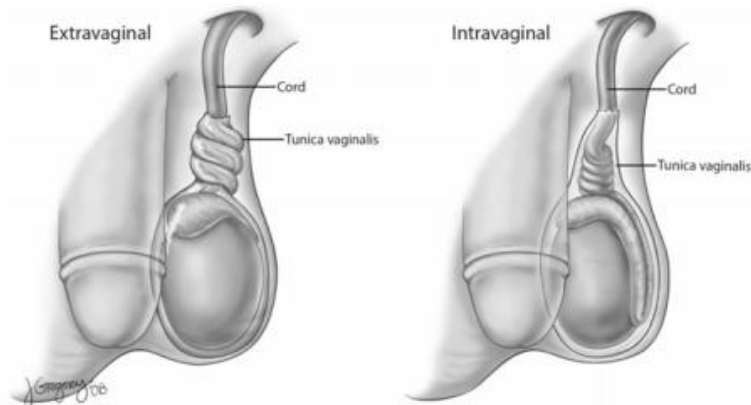
- *Dolor agudo + signos inflamatorios locales (tumefacción, eritema, aumento tª)*
- Causas + frecuentes (85%): *Torsión testicular (TT)*, epididimitis, torsión apéndices testiculares. Otros (10-15%): traumatismos, hernia inguinal incarcerada, vasculitis (SHP)
- Dx precoz → **Descartar TT** → **Urgencia tiempo-dependiente** daño testicular irreversible/atrofia si evolución >10-12 hs <sup>(1)</sup>, repercusión sobre fertilidad <sup>(7)</sup> → **Educación, formar, sensibilizar** <sup>(2)</sup>

Tabla I. Diagnóstico diferencial del escroto agudo

	<i>Torsión testicular</i>	<i>Torsión apéndice testicular</i>	<i>Epididimitis- orquitis</i>
Edad	- Neonatal - Postpuberal	- Prepuberal	- Post/prepuberal
Evolución	- Aguda	- Subaguda	- Subaguda
Dolor: localización	- Difuso	- Polo superior testículo	- Epidídimo
Reflejo cremastérico	- Ausente	- Presente	- Presente
Otros hallazgos	- Afectación del estado general	- "Punto azul"	- Fiebre - Sintomatología urinaria - Actividad sexual +

## Torsión testicular <sup>(7)</sup>:

- *Rotación del cordón testicular sobre su eje longitudinal* → disminución o interrupción flujo sanguíneo al testículo
- *Compresión venosa* → Congestión y tumefacción testicular → obstrucción arterial → Isquemia → Necrosis
- Tipos <sup>(5)</sup> :
  - *Intravaginal*: adolescentes y adultos. Mala fijación testículo a túnica vaginalis. Deformidad típica en badajo de campana (12%) <sup>(4)</sup>. La más frecuente
  - *Extravaginal*: primer año de vida (pre y postnatal). Fijación incompleta del testículo al escroto

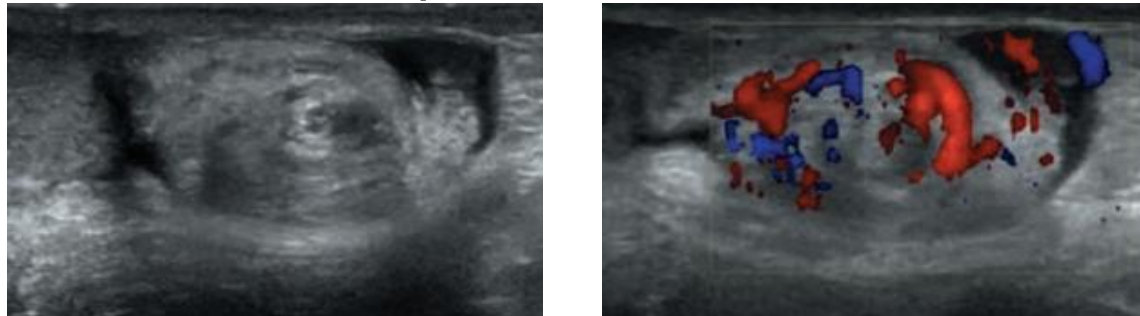


- Epidemiología <sup>(2)</sup>:
  - 3ª causa EA población pediátrica (15-23%)
  - Dos picos: RN y adolescencia (12-18 años)
  - Incidencia: 3.8/ 100000 ♂ <18 años, y 1/4000 ♂ < 25 años
  - Afectación + frecuente teste izdo (76.3%), rotación medial
- Diagnóstico → **Clínico**
  - Anamnesis: *Dolor súbito, intenso y difuso +/- náuseas, vómitos.* Edad, antecedentes (*actividad vigorosa 34%*)<sup>(1)</sup>, clínica urinaria, fiebre...
  - EF (se da en el 50% <sup>(5)</sup>) :
    - Inspección y palpación escrotal bilateral: signos inflamatorios, induración, ascenso y lateralización del testículo (S. 64,1%, E. 96,1%)<sup>(1)</sup> → *Signo de Gouverneur*
    - *Signo de Prehn*
    - Reflejo cremastérico **abolido** <sup>(1)</sup> (S. 91,3%, E. 98,3%)



- **Pruebas complementarias:**

- Eco-doppler testicular (1,2,3,4,7): disminución o ausencia total de flujo sanguíneo en teste afecto. *E. 98,8%, S.89,9%*. Signo del remolino. Observador dependiente



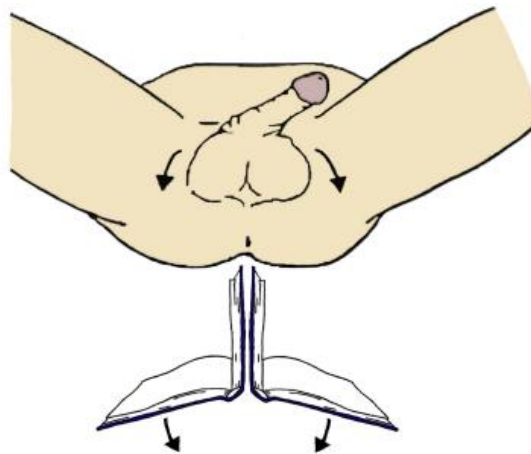
Fuente: A. Siu Uribe y cols

- **Exploración quirúrgica (1,2,3,4,7):**

- Factores determinantes daño testicular: tiempo de evolución (> 6 hs → isquemia irreversible), grado de torsión ( $\geq 180^\circ$ )
- *Testículo viable* → Orquidopexia: detorsión, calentamiento y fijación (bilateral)
- *Testículo inviable* (necrótico, sin reperusión tras detorsión) → Orquiectomía



- **Detorsión manual (DM)** (3,4,5,6)
  - Disminuye el tiempo de isquemia: > ventana terapéutica, mejora el pronóstico
  - Si maniobra exitosa (80%) → alivio dolor inmediato
  - > éxito a < tiempo aplicación
  - Rotación en libro abierto: de frente al paciente; testículo D se rota en sentido antihorario e I en sentido horario (para rotación medial)
  - Requiere orquidopexia posterior: ¿inmediata?, ¿electiva?
  - Tener en cuenta:
    - ✓ Grados de torsión varían de  $180^{\circ}$  a  $1080^{\circ}$  → detorsión incompleta
    - ✓ 1/3 casos rotación atípica (lateral): DM en sentido contrario



2019 Thomas et al. Cureus 11(10): e5967. DOI 10.7759/cureus.5967



# Bibliografía

1. Yang C Jr, Song B, Liu X, Wei GH, Lin T, He DW. Acute scrotum in children: an 18-year retrospective study. *Pediatr Emerg Care*. 2011 Apr;27(4):270-4.
2. Tanaka K, Ogasawara Y, Nikai K, Yamada S, Fujiwara K, Okazaki T. Acute scrotum and testicular torsion in children: a retrospective study in a single institution. *J Pediatr Urol*. 2020 Feb;16(1):55-60.
3. Bowlin PR, Gatti JM, Murphy JP. Pediatric Testicular Torsion. *Surg Clin North Am*. 2017 Feb;97(1):161-172
4. Siu Uribe A, Garrido Pérez JI, Vázquez Rueda F, Ibarra Rodríguez MR, Murcia Pascual FJ, Ramnarine Sánchez SD, Paredes Esteban RM. Detorsión manual y cirugía diferida en la torsión testicular aguda. *Cir Pediatr*. 2019 Jan 21;32(1):17-21.
5. . Vasdev N, Chadwick D, Thomas D. The acute pediatric scrotum: presentation, differential diagnosis and management. *Curr Urol*. 2012 Sep;6(2):57-61.
6. Vasconcelos-Castro S, Flor-de-Lima B, Campos JM, Soares-Oliveira M. Manual detorsion in testicular torsion: 5 years of experience at a single center. *J Pediatr Surg*. 2020 Dec;55(12):2728-2731.
7. A.L. Luis Huertas, S. Barrena Delfa. Escroto agudo. *Pediatr Integral* 2019; XXIII (6): 283 – 291