

Ectopia testicular cruzada. Presentación de un caso*

I. Fernández Jiménez, D. Peláez Mata, V. Álvarez Muñoz, J.A. Álvarez Zapico, J.L. Teixidor de Otto

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Central de Asturias. Oviedo.

RESUMEN: La ectopia testicular cruzada es una rara patología congénita en la cual ambos testículos se localizan en el mismo hemiescrotro y que traduce una alteración en el descenso testicular normal.

Desde su descripción por Lenhossek en 1886⁽¹⁾ y posteriormente Halstead en 1907⁽²⁾ han sido descritos hasta la actualidad poco más de 100 casos de esta rara patología.

Como teorías etiológicas se han postulado la adhesión de los testículos a estructuras müllerianas, fusión de los conductos de Wolff o la alteración en la implantación del gubernáculo, sin que ninguna de ellas haya sido universalmente aceptada.

La presentación clínica habitual es la de una hernia inguinal con testículo contralateral ausente, encontrando ocasionalmente ambos testículos en el lado herniario. Presentamos un nuevo caso de esta patología.

PALABRAS CLAVE: Teste ectópico; Teste no descendido; Ectopia testicular transversa.

CROSSED TESTICULAR ECTOPIA. A NEW CASE

ABSTRACT: Crossed testicular ectopia is a rare congenital malformation in which both testis are located in the same hemiscrotum, and is related to an anomaly in normal testicular descent.

This entity was first described by Lenhossek in 1886⁽¹⁾ and posteriorly by Halstead in 1907⁽²⁾. Since then, there have been described less than a hundred of cases of this rare congenital malformation.

Several ethiopathogenic theories have been proposed, including testicular adherence to müllerian structures, fusion of the wolffian ducts or defective gubernacular development, although none of them has been widely accepted.

Usually, clinical sign is an inguinal hernia with empty contralateral hemiscrotum, and sometimes both testis in ipsilateral hemiscrotum. A new case of this pathology is presented.

KEY WORDS: Ectopic testis; Cryptorchidism; Transverse testicular ectopia.

Correspondencia: I. Fernández Jiménez, Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Central de Asturias, C/ Celestino Villamil s/n, 33006 Oviedo.

*Trabajo presentado como póster en el XXXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Pediatría. Oviedo, 1997.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de dos años de edad, que acude a nuestra consulta por testículo izquierdo no descendido. En la exploración presentaba hipoplasia de bolsa escrotal izquierda y testículo izquierdo no palpable; testículo derecho palpable en bolsa escrotal de aspecto normal.

Se realizaron estudios complementarios que incluyeron ecografía, en la cual se observó testículo izquierdo. Posteriormente, la RMN (resonancia magnética nuclear) demostró la presencia de testículo derecho a nivel del canal inguinal homolateral y testículo izquierdo alojado a nivel de la bolsa escrotal derecha (Fig. 1). Con el diagnóstico de ectopia testicular cruzada se intervino quirúrgicamente, realizando orquidopexia transeptal del testículo izquierdo, orquidopexia de testículo derecho hipoplásico y ligadura de conducto peritoneo vaginal permeable bilateral (Figs. 2 y 3). La evolución del paciente ha sido favorable hasta la actualidad.

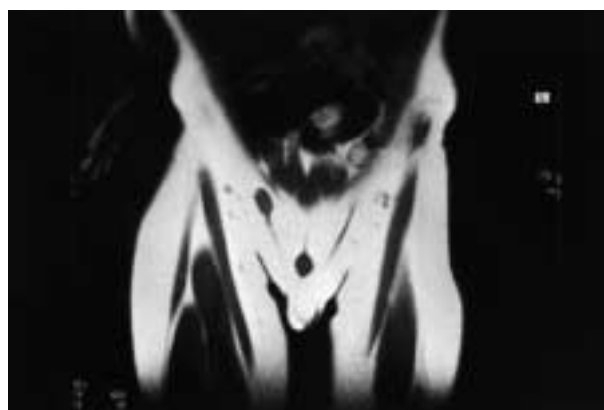


Figura 1. RMN que demuestra la presencia de teste derecho en canal inguinal y teste izquierdo ectópico que cruza hacia hemiescrotro derecho.



Figura 2. Ambos testículos a nivel de hemiescrotos derechos.



Figura 3. Orquidopexia bilateral. Bolsa escrotal izquierda hipoplásica.

DISCUSIÓN

Esta rara patología, también denominada ectopia testicular transversa, pseudoduplicación testicular, testículo doble unilateral y descenso testicular aberrante, fue descrita por Halstead en 1907 como primer hallazgo quirúrgico. Desde entonces han sido postuladas varias teorías sobre el origen de esta anomalía congénita. Berg (1904)⁽³⁾ afirmaba que era consecuencia de un origen testicular común; Gupta y Das (1960)⁽⁴⁾ y Gauderer⁽⁵⁾ supusieron que la causa estaba en una fusión temprana de los conductos de Wolff. Skandalakis, en 1972, postuló que el cruzamiento testicular tenía lugar en fases tardías del desarrollo⁽⁶⁾. Otros pensaron que se debía a una alteración anatómica como implantación anómala del gubernáculo o a la obstrucción del anillo inguinal que impediría el descenso testicular normal⁽⁷⁻⁹⁾.

La edad media de presentación se sitúa en los 4 años⁽⁵⁾. Aunque habitualmente se presenta asociado a hernia inguinal y/o criptorquidia, hasta en un 20% de los casos se presentan anomalías genitourinarias que incluyen hipospadias, disgenesia renal bilateral, síndrome del conducto de Muller persistente⁽¹⁰⁻¹²⁾ o quistes seminales. Pueden presentarse además variaciones anatómicas en los vasos y conducto deferente, como en un caso descrito de duplicidad bilateral del conducto deferente⁽¹³⁾.

En la mayoría de los casos el diagnóstico es casual (65%)⁽⁵⁾ como hallazgo operatorio en pacientes diagnosticados de hernia inguinal o criptorquidia. Entre los métodos diagnósticos se han utilizado la ecografía, TAC (tomografía axial computarizada) o RMN, como en nuestro caso, y en raras ocasiones arteriografía y venografía, debiendo establecer un diagnóstico diferencial con quistes de cordón, espermatocelo, quistes y tumores testiculares y fusión esplenogonadal.

El tratamiento es siempre quirúrgico, realizando una or-

quidopexia ipsilateral transeptal según una modificación a la técnica de Ombredanne⁽¹⁴⁾.

Recientemente, la laparoscopia ha demostrado ser una técnica válida en el caso de testículos no palpables, en el que otras exploraciones han sido negativas⁽¹⁵⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Von Lenhossek M. Ectopia testis transversa. *Anat Anz (Jena)* 1886;**1**:376.
2. Halstead AE. Ectopia testis transversa. *Surg Gynecol and Obstet* 1907;**4**:129-132.
3. Berg AA. Transverse ectopy of the testis. *Ann Surg* 1904;**40**:223-224.
4. Gupta RL, Das P. Ectopia testis transversa. *J Indian Med Assoc* 1960;**35**:547-549.
5. Gauderer M. Transverse testicular ectopia. *J Pediatr Surg* 1982;**17**:43-47.
6. Skandalakis JE. Anomalies of testicular descent. En: Gray-Skandalakis JE (ed). *Embriology for Surgeons*. Philadelphia: Saunders, 1972; pp. 588-589.
7. Josso N. Development and descent of the fetal testis. En: Bierich JL, Rager K, Rauke MB (eds). *Maldescensus testis*. Muenchen: Urban & Schwarzenberg, 1977; pp. 3-11.
8. Frey HL, Rajler J. Role of the gubernaculum and intraabdominal pressure in the process of testicular descent. *J Urol* 1984;**131**:574-579.
9. Paltii NP. Transverzalna iktopii laichka. *Urol Nefrol (Mosk)* 1965;**30**:63 (Abstr).
10. Fourcroy JL, Belman AB. Transverse testicular ectopia with persistent mullerian duct. *Urology* 1982;**19**:536-538.
11. Mahfouz El-Sayed H, Issa Mohammed A, Farag TI, Naguib KK,

- Al-Awadi SA, Schumke RN. Persistent mullerian duct syndrome: Report of two boys with associated crossed testicular ectopia. *J Pediatr Surg* 1990;**25**(6):692-693.
12. Martin EL, Bennet AH, Cromie WJ. Persistent mullerian duct syndrome with testicular ectopia and spermatogenesis. *J Urol* 1992;**147**:1615-1617.
13. Tolete-Velcek F, Bernstein MO, Hansbrough F. Crossed testicular ectopia with bilateral duplication of the vasa deferentia: An unusual finding in cryptorchism. *J Pediatr Surg* 1988;**23**(7):641-643.
14. Ombredanne M. Indications et technique de l'orchidopexie trans-crotale. *La Presse Medicale* 1910;**2**:745-750.
15. Balaji KC, Diamond DA. Laparoscopic diagnosis and management of transverse testicular ectopia. *Urology* 1995;**46**(6):879-880.