

## Notas clínicas

# Torsión testicular en un paciente anciano con criptorquidia simulando hernia inguinal incarcerada

*Testicular torsion in an elderly patient with cryptorchidism simulating incarcerated inguinal hernia*

Roldán Aviña JP, Serrano Borrero I, Merlo Molina S, Pastrana Gallego E, Muñoz Pozo F

Hospital de Alta Resolución de Écija. Sevilla.

## RESUMEN

**Introducción:** la criptorquidia en pacientes ancianos es extremadamente rara y puede confundirse con una hernia inguinal complicada.

**Caso clínico:** varón de 96 años que acudió a Urgencias por dolor inguinal izquierdo intenso con una tumoración irreductible a dicho nivel que se catalogó con episodio de incarceración. Tras la exploración física se constató que el hemiescrotro izquierdo estaba vacío confirmándose mediante ecografía-doppler que se trataba de una criptorquidia izquierda que había presentado un episodio de torsión testicular.

**Discusión:** existe poca bibliografía sobre complicaciones agudas de pacientes adultos con criptorquidia. En caso de torsión del testículo no descendido puede confundirse fácilmente con una hernia

inguinal incarcerada. En algunos casos se podrá diagnosticar con una ecografía-doppler, aunque en la mayoría de las ocasiones será un hallazgo intraoperatorio.

**Palabras clave:** criptorquidia, torsión testicular, hernia inguinal incarcerada, anciano.

## ABSTRACT

**Introduction:** cryptorchidism in elderly patients is extremely rare and can be confused with a complicated inguinal hernia.

**Clinical case:** a 96-year-old man who came to the emergency room for intense left groin pain with an irreducible tumor at that level that was classified as an episode of incarceration. After the physical examination, it was found that the left hemiscrotum was empty, confirming by Doppler ultrasound that it was a left cryptorchidism that had presented an episode of testicular torsion.

**Discussion:** there is little bibliography on acute complications in adult patients with cryptorchidism. In the case of torsion of the undescended testicle, it can easily be confused with an incarcerated

### CORRESPONDENCIA

Juan Pastor Roldán Aviña  
Hospital de Alta Resolución de Écija  
41400 Écija  
[jproldan@aecirujanos.es](mailto:jproldan@aecirujanos.es)

XREF

### CITA ESTE TRABAJO

Roldán Aviña JP, Serrano Borrero I, Merlo Molina S, Pastrana Gallego E, Muñoz Pozo F. Torsión testicular en un paciente anciano con criptorquidia simulando hernia inguinal incarcerada. Cir Andal. 2022;33(1):49-51.

inguinal hernia. In some cases it can be diagnosed with a Doppler ultrasound, although in most cases it will be an intraoperative finding.

**Key words:** cryptorchidism, testicular torsion, incarcerated inguinal hernia, elderly.

## INTRODUCCIÓN

La criptorquidia es un trastorno del desarrollo que consiste en el descenso incompleto de uno o ambos testículos a través del canal inguinal hacia el escroto. El término procede del griego “kryptós” (escondido) y “orjís” (testículo) y su presentación en adultos es muy infrecuente, siendo extremadamente rara su aparición en ancianos lo que facilita que pueda ser confundido con una hernia a nivel inguinal<sup>1</sup>. La inexistente fijación al escroto del teste no descendido puede aumentar las posibilidades de que aparezca una torsión del mismo<sup>2</sup>. Ambas circunstancias se dieron en el caso que presentamos. Se realizó una extensa revisión bibliográfica (incluyendo las últimas actualizaciones de Up-to-Date) donde sólo un artículo describía 13 casos de torsión testicular de un teste no descendido<sup>3</sup>; el resto describían criptorquidias asociadas a hernia inguinal (sólo un artículo en el anciano<sup>4</sup>) y torsiones testiculares a nivel del canal inguinal en pacientes pediátricos.

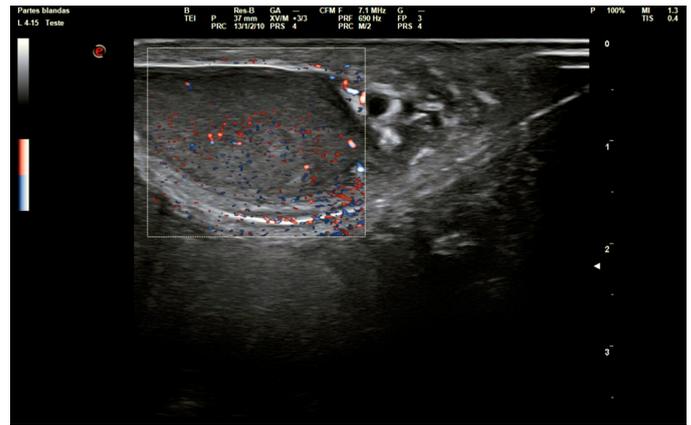
## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 96 años sin antecedentes personales de interés, que fue remitido a Urgencias desde el Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias por dolor en fosa ilíaca izquierda intenso y de 3-4 horas de evolución. No refería fiebre, molestias urinarias, náuseas ni vómitos. Hábito intestinal conservado, con última deposición esa misma mañana con heces normales.

El abdomen era blando, liso y depresible sin visceromegalias. Presentaba dolor en el cuadrante inferior izquierdo, donde se palpaba una tumoración de consistencia elástica, redondeada, de superficie lisa y no reductible, con dolor importante tras intentos repetidos de reducción. En ese momento el paciente comentó que su teste izquierdo no había descendido, tal y como se confirmó al explorar el escroto. No se encontró hernia ni dilatación del anillo inguinal profundo.

Se completó el estudio con ecografía testicular bilateral que mostraba normalidad del teste derecho (en bolsa) y confirmó que la tumoración de la región inguinal se correspondía con una criptorquidia con un testículo similar al derecho, aunque ligeramente disminuido de tamaño, con buen flujo vascular (Figura 1).

Con la analgesia administrada (Metamizol 2 g IV) y tras las maniobras exploratorias y la ecografía el paciente refiere que el dolor había desaparecido. Entendemos que el paciente sufrió un episodio de torsión y destorsión del teste no descendido en base a la clínica aguda (que nunca había presentado previamente), asociada a la desaparición del dolor tras las maniobras de exploración y la realización de la ecografía que mostró buen flujo en el testículo. Tras un período de observación en Urgencias y tras confirmar que no hubo una nueva torsión, el paciente fue dado de alta. Declinó ser revisado en la consulta de Urología porque nunca le había molestado y porque no quería operarse.

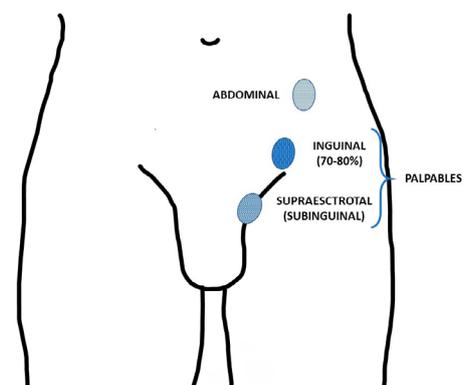


**Figura 1** Ecografía-doppler testículo izquierdo (localizado a nivel inguinal) con buen flujo vascular.

## DISCUSIÓN

La criptorquidia es la malformación genitourinaria más frecuente y consiste en la ausencia del testículo en su sede escrotal<sup>5</sup>, encontrándose en un 3% de los recién nacidos y entre el 0,5-1% de los adultos<sup>1</sup>. Según su localización se clasifican en: 1) supraescrotales (suprainguinales), 2) inguinales y 3) abdominales<sup>6-8</sup> (Figura 2). Cuando no se diagnostica y se trata durante la infancia suele asociarse a problemas de infertilidad (disminución del conteo de espermatozoides y empeoramiento de la calidad del espermatozoide) también a tumores testiculares de células germinales entre 25-100 veces más que la población normal<sup>1,5,6,9,10</sup>. En aquellos pacientes en los que se realiza una orquidopexia, el riesgo no disminuye, pero al recolocar el teste en la bolsa escrotal se facilita la autoexploración y el diagnóstico precoz de masas testiculares<sup>6,8</sup>.

La torsión testicular es una verdadera urgencia ante el riesgo de pérdida de la viabilidad del testículo en pocas horas por compromiso del flujo arterial y venoso que termina determinando la isquemia y posterior atrofia del teste. El cuadro clásico es el de un dolor muy intenso, de rápida instauración que se puede irradiar a la ingle o incluso al abdomen acompañada de intenso cortejo vegetativo<sup>2,5,6,11</sup>.



**Figura 2** Clasificación de las criptorquidias (más frecuentes las palpables y dentro de ellas las de localización inguinal).

Ante la sospecha clínica de torsión testicular el método diagnóstico más comúnmente utilizado es la ecografía-doppler para valorar el flujo sanguíneo<sup>2,6,8</sup>. La viabilidad del testículo si se resuelve la torsión en las primeras 6 horas es del 100% pero pasadas 12 horas decrece al 20%<sup>5</sup>. Tan importante como el tiempo de evolución es el grado de torsión; cuando la torsión es completa (>360°) la atrofia testicular puede aparecer a las 4-6 horas mientras que si es incompleta (<360°) puede tardar en aparecer entre 12-24 horas<sup>6</sup>.

La torsión de un testículo criptorquídico fuera de la edad pediátrica presenta una gran dificultad diagnóstica por su bajo nivel de sospecha<sup>2,3</sup>. No están aclarados los motivos por los que se puede producir la torsión aceptándose dos teorías: 1) aparición de contracciones o espasmos del músculo cremáster y 2) que el menor tamaño del testículo criptorquídico facilita el giro sobre el eje vascular<sup>11</sup>. La incidencia de torsión testicular es mayor en pacientes con criptorquidia (hasta 10 veces más)<sup>6,8</sup>. En el diagnóstico diferencial, por su similitud con los síntomas y la exploración física, se realiza en primer lugar con una hernia inguinal incarcerada<sup>1,9</sup> pudiendo incluso coexistir los dos diagnósticos<sup>4,10</sup>. Otras posibilidades a tener en cuenta son la presencia de una orquitis (casi siempre traumática), un tumor germinal o la presencia de adenopatías patológicas<sup>6,11</sup>. En pacientes fuera de la edad pediátrica, la mayoría de las ocasiones el diagnóstico será un hallazgo intraoperatorio. Cuando se sospeche la torsión, la ecografía-doppler sigue siendo la prueba más comúnmente usada<sup>2,8</sup>. En casos de diagnóstico más complejo se llega a utilizar el TAC de abdomen con contraste en el que se ha descrito el “signo de remolino inguinoescrotal” con una sensibilidad y especificidad del 100% para el diagnóstico de torsión testicular de una criptorquidia<sup>7</sup>.

El tratamiento de elección en los adultos con criptorquidia, asociada o no a torsión testicular, es la orquiectomía ante la posibilidad de degeneración maligna del testículo no descendido<sup>1,2,9,10</sup>. En nuestro caso, al producirse la destorsión del testículo durante los intentos de reducción de una probable hernia incarcerada, junto con la avanzada edad del paciente y atendiendo a su propio deseo, se optó por un tratamiento conservador.

A modo de conclusión, en aquellos pacientes afectados de criptorquidia en los que exista un dolor agudo a nivel inguinal, se deberá sospechar la existencia de una torsión testicular. Y atendiendo a nuestro caso concreto añadiríamos que ante la sospecha de una hernia inguinal incarcerada en un paciente que no refería tener la hernia previamente, se deberá realizar exploración testicular de forma sistemática.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kassir R, Dubois J, Berremila SA, Baccot S, Boleil-Bourlier A, Tiffet O. A rare variant of inguinal hernia: cryptorchid testis at the age of 50 years. Etiopathogenicity, prognosis and management. *Int J Surg Case Rep* 2014; 5: 416-418.
2. Hinarejos D, Vivancos S, Bonillo MA, Serrano A, García F. Torsión testicular en testes no descendidos. *Actas Urol Esp* 2007; 31: 49-51.
3. Naouar S, Braiek S, El Kamel R. Testicular torsion in undescended testis: a persistent challenge. *Asian J Urol* 2017; 4: 111-115.
4. Ignokwe MC, Olasehinde O, Salako AA, Agbakwuru EA, Eyekpegba J. An unusual case of cryptorchid testis coexisting with inguinal hernia in an 84 year old man. *J Gastrointest Dig Syst* 2015; 5: 4.
5. Rodríguez J, Hijano F. Identificación y tratamiento de las principales patologías testiculares. *Form Act Pediatr Aten Prim* 2018; 11: 43-50.
6. Şener NC, Okan B, Karakoyunlu N, Ercil H, Suleyman Y, Znegin K et al. A rare emergency: testicular torsion in the inguinal canal. *Biomed Res Int* 2015; 2015: 320780.
7. Indiran V. Cryptorchid testis with torsion: inguinoescrotal whirlpool sign. *Indian J Urol* 2016; 32: 247-248.
8. Nepal P, Kumar D, Ojili V. Abnormal descent of the testis and its complications: a multimodality imaging review. *S Afr J Rad* 2018; 22: a1374.
9. Sepúlveda L, Gorgal T, Lage J, Monteiro A, Rodrigues F. Undescended testis presenting as incarcerated inguinal hernia in adults: a rare case and literature review. *Curr Urol* 2013; 7: 214-216.
10. Maekawa A, Kobayashi H, Muramatsu S, Noguchi N, Tsunemi A, Tanaka M. A case of inguinal hernia incarcerated associated with cryptorchidism in an adult. *J-Stage* 2018; 79: 2531-2535.
11. Geng JH, Huang CN. Torsion of undescended testis: clinical, imaging and surgical findings. *Urol Sci* 2014; 25: 31-34.