

Masa inguinal izquierda: Diagnóstico tardío de criptorquidia en hombre adulto

Left inguinal mass: Late diagnosis of cryptorchidism in adult man

Carlos Santa María-Ramírez^{1,2}, Ariane Ferreira Barbosa³, Matías Cayetano Méndez Sanabria⁴

DESCRIPCIÓN DE LA IMAGEN

Interés clínico

Paciente masculino de 34 años de edad, acude al Servicio de Cirugía de un hospital de referencia de la ciudad de Asunción - Paraguay, por dolor inguinal de dos días de evolución, acompañado de tumoración en la misma región, lado izquierdo. No se conocen antecedentes patológicos personales. No se obtiene ningún otro dato de valor.

Descripción de la historia clínica

- **Inspección:** se constata abdomen plano, asimétrico a expensas de tumoración ovoidea de 2 cm de diámetro, de bordes lisos y límites regulares, localizada en región inguinal izquierda (RII). Sin otros datos de relevancia.

- **Palpación:** blando, depresible, doloroso en RII. Se palpa tumoración de consistencia sólido-elástica, irreductible mediante maniobras de Taxis.

Descripción del diagnóstico con una correlación clínica de la imagen: Masa Inguinal Izquierda.

- **Diagnóstico presuntivo:** Hernia Inguinal Izquierda. Lloyd M. Nyhus Tipo II
- **Hallazgo intraoperatorio:** criptorquidia unilateral, lado izquierdo.
- **Cirugía realizada:** Orquiectomía inguinal izquierda.

Respuesta al tratamiento

Paciente dada de alta al 2do día posoperatorio. Se indica limpieza diaria de herida y retorno por consultorio al 8vo día, para control.

¹ Médico-cirujano egresado de la Universidad Privada del Este - Sede Asunción, República del Paraguay

² Médico Residente de Medicina Familiar del Hospital General "Barrio Obrero". Ciudad de Asunción, República del Paraguay

³ Estudiante del 3er. año – 5to Semestre, Carrera de Medicina. Universidad Privada María Serrana – Sede Asunción, República del Paraguay

⁴ Estudiante del 1er. año, Carrera de Medicina. Universidad Privada del Este– Sede Asunción, República del Paraguay.

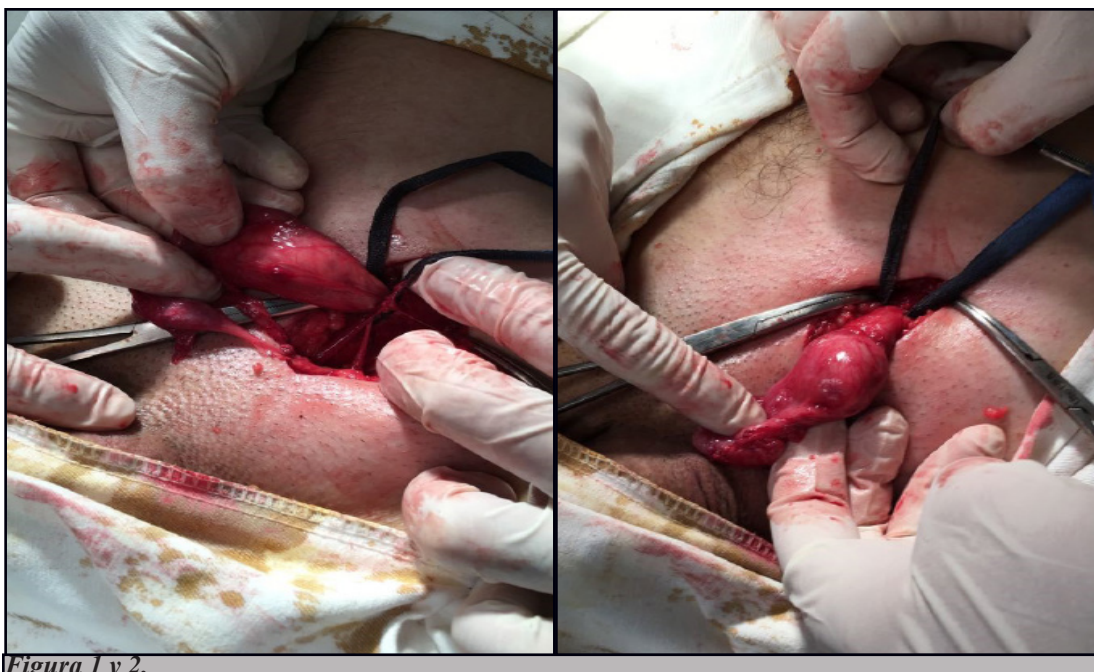


Figura 1 y 2.

Correspondencia a:

Matías Cayetano Méndez Sanabria

E-Mail:

mati31laccp@gmail.com

Telf. y celular:

(+595) 981 825-866

Recibido:

22 de septiembre de 2019

Aceptado:

11 de enero de 2020

Agradecimientos y/o Dedicatoria:

A Dr. Rodrigo Rubén Quevedo Corrales, por el apoyo incondicional e invaluable para la confección del presente trabajo.

scientific.umsa.bo

Conflicto de Intereses

Este trabajo ha sido presentado en el I Congreso de Estudiantes de la Salud, 2019. Paraguay

Patología en cuestión

La criptorquidia es una condición en la que el testículo queda detenido en algún punto de su trayecto antes de alcanzar su ubicación definitiva en la bolsa escrotal¹, pudiendo ser unilateral o bilateral (30%), con afectación común del testículo derecho^{1,2}. Las unilaterales son de peor pronóstico por asociación con atrofia gonadal y esterilidad¹. Los factores desencadenantes de criptorquidia pueden ser: mecánicos, neurológicos, genéticos, medio-ambientales y hormonales¹.

Aproximadamente el 80% de los testículos descienden al tercer mes de vida extrauterina, sin embargo, un 3% de los embarazos de termino y un 30% de prematuros registran criptorquidia². Si bien la mayoría no presenta tumores testiculares, los niños que nacen sin descenso gonadal en absoluto tienen riesgo aumentado de desarrollar tumores de células germinativas, a diferencia del que descendió parcialmente, quedando retenido en el abdomen^{3,4}.

El diagnóstico se hace por historia clínica, análisis laboratoriales hormonales, estudios de imágenes e histología^{1,5}. El tratamiento definitivo es la orquidopexia, consistente en la fijación testicular (en <2 años), pero esto no elimina el riesgo de cáncer testicular^{1,5}. Cuando el testículo está demasiado alto en el retroperitoneo imposibilita la orquidopexia, al igual que los conductos deferentes cortos o atróficos y los testículos anómalos. Para estos casos, se recomienda la orquiectomía, consistente en la extirpación quirúrgica del testículo, previa comprobación de normalidad del contralateral⁵.

1. **Disecación:** Tras previa incisión de Felizet, se da apertura del tejido celular subcutáneo, seguido de la aponeurosis del oblicuo mayor, disección del colgajo superior e inferior, logrando así acceder al cordón espermático. (**Figura 1**)
2. **Individualización del cordón espermático:** Mediante el lazo azul, se individualiza el cordón espermático, mientras que por debajo utilizando los dedos se logra visualizar el contenido del mismo, sospechoso de testículo atrófico. (**Figura 2**)
3. **Esquema gráfico – Región de la Fosa Iliaca Derecha:** Imagen médica extraída de internet e incluida para mejor entendimiento de la ubicación espacial de la incisión de Felizet (incisión oblicua infraumbilical paralela al ligamento inguinal, desde el tubérculo púbico y un punto medio en la espina iliaca anterosuperior). (**Figura 3**)

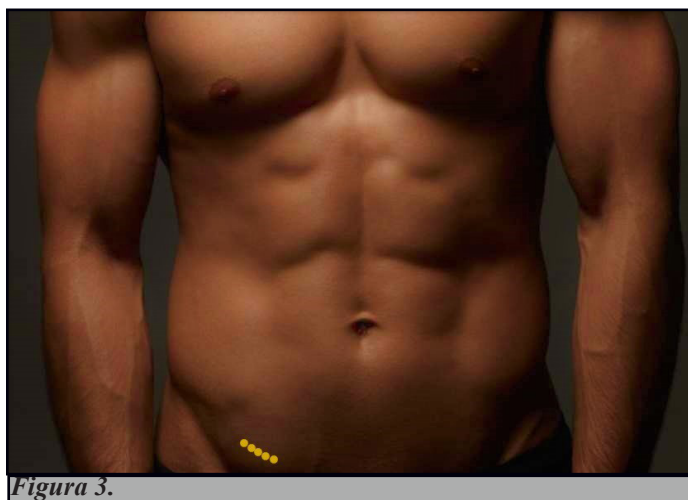


Figura 3.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Khalil Ahmad Samhan. Medicina sexual masculina. 1ª edición. Author House™ UK Ltd. UK. 2011: 275-277

² Stephen Leslie HS. StatPearls. [Internet].; 2016 [citado el 14 de octubre de 2019]. Disponible en: <http://knowledge.statpearls.com/chapter/0/20158/>.

³ Stanfor Children´s Health. Stanford Children´s Health web site [Internet].; 2019 [Citado el 22 de septiembre de 2019]; Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=tumores-de-clulas-germinales-90-P05836>

⁴ American Cancer Society. American Cancer Society web site. [Internet].; 2018 [citado el 22 de septiembre 2019]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-testiculo/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>

⁵ Dinis Dias, AF. Criptorquidia Revisão sistemática de conceitos; U. Porto. [Internet]. 2017 [Citado el 22 de septiembre de 2019]; 11-12. Disponible en: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/108928/2/231881.pdf>