

tica permite mejorar las indicaciones terapéuticas y resultados, al conocer el estado del Wirsung en relación al pseudoquiste, haciéndolas más precisas y mejorar los resultados. Neolons, ha hecho una clasificación del estado del Wirsung en relación al pseudoquiste, en cuatro tipos: Tipo I Conducto pancreático normal. Tipo II Estrictura del conducto pancreático. Tipo III Oclusión del conducto pancreático, desconectado. Tipo IV Conducto pancreático dilatado (propio de las pancreatitis crónicas)³ En general las lesiones quísticas del páncreas constituyen un importante reto en el diagnóstico radiológico y a diferencias de lo que sucede en las lesiones sólidas, la mayoría son benignas o de bajo potencial maligno. El 75-95% de los casos corresponden a los pseudoquistes pancreáticos.⁷

La incorporación de técnicas endoscópicas modernas permiten abordaje transpapilar o transmural según esté comunicado con el conducto pancreático principal, guiado por ecoendoscopia con o sin fluoroscopia,⁸ la colocación de prótesis dobles pig tailed o la utilización de sustancias química para su ablación,⁹ siendo en la actualidad el método de elección en la mayoría de los casos, reservándose la cirugía cuando no es factible la reconstrucción en Y de Roux o han fracasado los otros procedimientos.¹⁰ En nuestro caso no contamos con dicha tecnología; por lo que el abordaje se realizó a través de laparotomía y

abordaje transgástrico, justificado por la ubicación, las dimensiones y el tiempo de evolución. En una revisión sistemática que comparaba el drenaje del pseudoquiste pancreático por vía endoscópica, percutánea y quirúrgica se concluyó que tanto el drenaje endoscópico como quirúrgico son igualmente eficaces¹ El paciente cumplía con los criterios para efectuar la cistogastrostomía indicada en pseudoquistes maduros de ubicación retrogástrica alta y donde la pared del pseudoquiste contacta con la pared gástrica posterior, hecho verificado por imágenes en preoperatorio. A pesar que existe el riesgo que el paso del líquido gástrico pueda provocar infección y hemorragia sobre todo si persiste una fístula, los resultados son comparables a la cistoyeyunoanastomosis con asa en Y de Roux 3.

CONCLUSIÓN

La indicación fundamentada de la cistogastrostomía por laparotomía continúa siendo un procedimiento viable con buenas tasas de curación en pseudoquistes pancreáticos, reproducible, sobre todo en aquellos lugares donde no se cuenta con la opción de la tecnología endoscópica intervencionista.

REFERENCIAS

1. Luis Augusto Zárate, Jairo Enrique Mendoza Saavedra, German Tovar Fierro MAAP. Drenaje endoscópico transgástrico de pseudoquiste pancreático en paciente pediátrico in a pediatric patient. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2018;33(2):161-165.
2. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. Classification of acute pancreatitis - 2012: Revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*. 2013;62(1):102-111. doi:10.1136/gutjnl-2012-302779
3. Fernando G. Seudoquistes Pancreáticos. In: *Enciclopedia Cirugía Digestiva*. ; 2017:1-33.
4. Fogel EL, Sherman S. ERCP for gallstone pancreatitis. *N Engl J Med*. 2014;370(2):150-157. doi:10.1056/NEJMct1208450
5. Navarro S. El arte de la cirugía pancreática. Pasado, presente y futuro. *Gastroenterol Hepatol*. 2017;(xx). doi:10.1016/j.gastrohep.2017.03.010
6. Morales CMO, Baena G. La clasificación de Atlanta revisada en imágenes : Actualización en la pancreatitis aguda y sus nuevas definiciones por consenso internacional Objetivo docente. *EPOS Eur Soc Radiol*. 2014:1-38. doi:10.1594/seram2014/S-1348
7. Francisco Javier Velasco Albendea, Bélgica O. Márquez Lobo, Gabriel Jose López Ordoño, Jose Manuel Becerra Almazán HEA. Quiste linfopitelial pancreático. Caracterización morfológica y dificultades en el diagnóstico radiológico. *Rev Española Patol*. 2012;45(2):105-108. doi:10.1016/j.patol.2011.02.013
8. Martín A. Gómez Zuleta, Adan Luquez Mindiola ÓFRM. Drenaje de pseudoquiste pancreático guiado por ecoendoscopia sin fluoroscopia : serie de casos. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2017;32(2):160-165.
9. Antonio Guerrero García, Ferrán González-Huix, Michael J. Levy et al. Tratamiento ablativo de lesiones quísticas pancreáticas. *Gastroenterol Hepatol*. 2019;42(1):43-50. doi:10.1016/j.gastrohep.2018.07.004
10. Antonio Rodríguez-D'Jesus, Gloria Fernández-Esparrach ES. Tratamiento endoscópico del pseudoquiste de páncreas: aspectos prácticos Antonio. *Gastroenterol Hepatol*. 2011;34(10):711-716. doi:10.1016/j.gastrohep.2011.10.001

Dislocación Testicular Postraumática.

Presentación de un caso y revisión de la literatura



Juan Francisco Castro Bac,¹ MACG. Carlos Gonzalo Estrada Pazos,² MACG. Francisco Cardona.³

¹Médico Residente de Cirugía General, ²Jefe de Departamento de Urología, ³Jefe de Servicio Cirugía General. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Guatemala. Autor correspondiente Dr. Juan Francisco Castro Bac. E-mail: jfranco80@gmail.com Tel: 42419364

RESUMEN

La dislocación testicular tras traumatismo contuso es infrecuente. Definida como la migración extraescrotal de uno o ambos testículos secundaria a un traumatismo. Se presenta caso de paciente adulto joven con cuadro clínico de dislocación testicular traumática, resuelto quirúrgicamente por reducción manual y orquidopexia transescrotal, con adecuada evolución postoperatoria. En pacientes con múltiples lesiones y especialmente con trauma pélvico o abdominal, recomendamos evaluación meticulosa del área escrotal. Sugerimos la reducción quirúrgica y la fijación transescrotal como tratamiento de elección.

Palabras clave: Dislocación testicular, traumatismo

ABSTRACT

Post-traumatic testicular dislocation. Case report and literature review

Testicular dislocation after blunt trauma is rare. Defined as the extracrotal migration of one or both testicles secondary to trauma. We present a case of a young adult patient with a clinical picture of traumatic testicular dislocation, surgically resolved by manual reduction and transscrotal orchidopexy, with adequate postoperative evolution. In patients with multiple injuries and especially with pelvic or abdominal trauma, we recommend careful evaluation of the scrotal area. We suggest surgical reduction and transscrotal fixation as the treatment of choice.

Keywords: Testicular dislocation, traumatic.

INTRODUCCIÓN

La dislocación testicular tras traumatismo contuso es infrecuente. Es una lesión cuyo diagnóstico y tratamiento deben ser precoces para evitar la posible pérdida del testículo afecto. Se define como la migración extraescrotal de uno o ambos testículos secundaria a un traumatismo.

El objetivo es aportar un caso sobre una patología infrecuente y poco descrita en la literatura y en nuestro medio. Presentamos el caso de paciente de 22 años de edad quien se presenta a nuestra unidad con historia de trauma, a la evaluación clínica con hallazgo de dislocación testicular. Es llevado a sala de operaciones para exploración inguinal, se realiza reducción manual y orquidopexia transescrotal, con adecuada evolución postoperatoria. La dislocación testicular postraumática es una complicación poco frecuente de los traumatismos escrotales asociados frecuentemente a accidentes en motocicletas, recomendamos una evaluación meticulosa del área escrotal en pacientes con múltiples lesiones y especialmente en pacientes con trauma pélvico o abdominal. Sugerimos la reducción quirúrgica y la fijación transescrotal como tratamiento de elección.

PRESENTACION DE CASO

Paciente de 22 años de edad quien consulta a la emergencia, con historia de accidente de tránsito en motocicleta 7 días previos a la consulta, refiere que sufre contusión testicular contra tanque de combustible, con leve dolor posterior al evento y por aumento del mismo decide consultar. Al momento del ingreso presenta dificultad a la marcha por dolor, sin estigmas de trauma abdomino pélvico. A la evaluación genital se evidencia masa palpable en región supra inguinal izquierda, la cual es dolorosa a la marcha y a la palpación, (Figura 1), y signo de Brocsmann, (Figura 2), sin cambios de coloración. Se decide ingreso a sala de operaciones para realizar exploración inguinal bajo anestesia general. Se aborda por incisión supra inguinal, evidenciamos luxación testicular, localizado en tejido celular subcutáneo en la cercanía del orificio inguinal superficial, no se evidencia cambios que sugieran isquemia u otro tipo de lesiones (Figura 3) por lo que se realiza reducción manual y fijación transescrotal del teste (Figura 4). El paciente es dado de alta al segundo día post operatorio con adecuada evolución y cita al séptimo día después de la cirugía, observado ambos testes alojados en bolsa escrotal y sin asimetría de tamaño.

REVISION DE LA LITERATURA

El trauma escrotal cerrado puede causar varias entidades como la amplia variedad de las lesiones testiculares, contusiones, hematomas, roturas de la túnica albugínea, sin embargo, la dislocación testicular es infrecuente. Los casos reportados en su mayoría por choques en motocicleta en las que el escroto choca contra el tanque de gasolina.¹

La dislocación traumática se define como la migración extraescrotal de uno o ambos testículos secundario a un traumatismo escrotal.² Hipotéticamente el testículo puede encontrarse en un punto cuyo centro es el orificio inguinal externo y cuyo diámetro es el cordón espermático. Las localizaciones posibles son: inguinal superficial (50%), púbica (18%), canalicular (8%), peniana (8%), intraabdominal (6%), perineal (4%), acetabular (4%) y crural (2%). Se considera que, si la fuerza traumática es menor a 50 kgs, se produce dislocación, mientras que, si es mayor, se produce rotura de la túnica albugínea al sobrepasarse la resistencia tisular.¹

El examen físico revela una masa palpable consistente con el testículo dislocado y un hemiescroto ipsilateral bien desarrollado, vacío, (signo de Brockman). Debe excluirse la historia de teste retráctil o de criptorquidia no reconocida, en estos casos el hemiescroto vacío no está desarrollado. La ultrasonografía doppler es uno de los primeros estudios preoperatorios que se debe realizar para evaluar el flujo sanguíneo y descartar torsión testicular, la tomografía abdominal es útil en casos de luxación intrabdominal o en trauma pélvico y escrotal asociado.³

La reducción manual y la exploración quirúrgica están descritos para el tratamiento de la luxación testicular. La reducción manual se recomienda en los primeros 3 o 4 días posteriores a la dislocación, cuando el edema ha disminuido y hay menos posibilidad de formación de adherencias³, sin embargo, la tasa de éxito es baja y se corre riesgo de lesionar aún más el teste; por lo que, la reducción quirúrgica y la fijación del testículo al escroto es el tratamiento de elección.^{1, 5} En los casos de diagnóstico tardío, las posibles complicaciones incluyen: torsión testicular, isquemia, atrofia de los túbulos seminíferos, alteraciones en la espermatogénesis, dolor crónico. A pesar de ello varios reportes han demostrado que una vez que la condición es tratada el pronóstico de la función endocrina y fertilidad pueden ser excelentes.⁴ En testículos con trauma directo, con compromiso vascular o detectados tardíamente, es conveniente realizar biopsia testicular para detectar posibles lesiones histopatológicas.¹

CONCLUSION

La dislocación testicular postraumática es una complicación poco frecuente de los traumatismos escrotales asociados frecuentemente a accidentes en motocicletas. Recomendamos una evaluación meticulosa del área escrotal en pacientes con múltiples lesiones y especialmente en pacientes con trauma pélvico o abdominal. Sugerimos la reducción quirúrgica y la fijación transescrotal como tratamiento de elección.

REFERENCIAS

1. Miguel Sebastián Rodríguez Piraquive, Andrés Felipe Puentes Bernal y Héctor Alirio Corredor Ayala, Dislocación testicular: reporte de un caso y revisión de la literatura, Publicado por Elsevier España, S.L.U.
2. J.M. ALAPONT ALACREU, C. DOMÍNGUEZ HINAREJOS, A. SERRANO DURBÁ, F. GARCÍA IBARRA, Dislocación testicular traumática. aportación de un caso, Actas Urol Esp. 26 (10): 804-805, 2002}
3. Argyrios Siatelis, Evangelos Misiakos, George Bagias, Vassilios Papachristos, Anastasios Machairas, Testicular Dislocation After Scrotal Trauma: A Case Report and Brief Literature Reviewq Nick Zavrav Urology Case Reports 2 (2014) 101e104
4. Aslam MZ, Thwaini A, et al. Testicular dislocation: a rare consequence of blunt scrotal injury. Canadian Urological Association Journal. 2009;3.
5. Luján Marco S, Budía Alba A, Bango García V, Ramírez Backhaus M, Delgado Oliva FJ, Jiménez Cruz JF. Dislocación testicular postraumática. Actas Urol Esp 2006; 30 (4): 409-411

ANEXOS



Figura 1: En la imagen se evidencia masa supra inguinal (teste izquierdo) la cual se encuentra resaltada por círculo.



Figura 2: Se evidencia bolsa escrotal con signo de Brockmann (bolsa escrotal vacía bien desarrollada)



Figura 3: Incisión supra inguinal izquierda, se evidencia teste en tejido celular subcutáneo con características macroscópicas normales.



Figura 4: Se reduce y se fija testículo a la bolsa escrotal.