

Criptorquidia y malformaciones de epidídimo

Dres. R. Gana, H. Becar, M. Iglesias, M. Varela, F. Ossandón, M. Iglesias, J. Duarte

Departamento de Urología, Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile.

Resumen

Se realizó un estudio retrospectivo en 28 pacientes operados de criptorquidia, incluyendo 6 casos de bilateralidad, o sea se analizaron 34 testículos para identificar malformaciones del epidídimo. Ocho testículos tenían anatomía anormal del epidídimo, 2 eran testículos evanescentes y 24 normales. La presencia del conducto peritoneo vaginal permeable resultó más frecuente en los testes anómalos. Es importante constatar estas anomalías que tendrían relación con el pronóstico de fertilidad testicular.

Palabras clave: Criptorquidia - Malformación de epidídimo

Summary

In this retrospective study thirty-four testis were studied to identify associated epididymal malformations from twenty-eight children who underwent orchiopexy for cryptorchidism, including six bilateral cases. Eight testes had abnormal epididymal anatomy, two were vanishing testis and 24 were normals. A patent processus vaginalis was identified to be more frequent in anomalous testes. Is important to document epididymal anomalies that might change testicular fertilization potential.

Index words: Cryptorchidism - Epididymis malformation.

Resumo

Foi realizado um estudo retrospectivo em vinte e oito pacientes submetidos a correção cirúrgica de criptorquia, incluindo 6 casos de comprometimento bilateral, ou seja, foram analisados 34 testículos para identificar malformações do epidídimo. Oito testículos tinham anatomia anormal do epidídimo, dois eram testículos atroficos, e vinte quatro eram normais. A presença do conduto peritônio vaginal permeável resultou mais freqüente em testículos anômalos. É importante constatar estas anomalias que teriam relação com o prognóstico da fertilidade testicular.

Palavras chave: Criptorquia - Malformação do epidídimo.

Introducción

Motivados por las variaciones en la anatomía del epidídimo en los pacientes operados de criptorquidia y en la falta de conocimiento de la anatomía normal del epidídimo en nuestra población pediátrica decidimos revisar en forma prospectiva estos pacientes.

La anatomía normal del epidídimo en pacientes pediátricos se ha querido homologar a la anatomía de éste en pacientes operados por otra causa que no sea la criptorquidia¹. Como hernia, hidrocele, varicocele entre otras. Otros autores² asocian las anomalías del epidídimo con la persistencia del conducto peritoneo vaginal independientemente de es criptorquí-

dico o no. Además habría mayor asociación entre conducto peritoneo vaginal (CPV) permeable y anomalías del epidídimo, que en altura del teste criptorquídico³.

Material y método

Se estudiaron en forma prospectiva 28 pacientes operados de criptorquidia en nuestro servicio, siendo 6 de estos bilaterales, por lo que se revisaron 34 testículos constatándose, siempre por un mismo observador, la anatomía del epidídimo, la localización del testículo y el grado de permeabilidad del CPV². Se consideró cerrado cuando el CPV estaba obliterado a nivel del orificio inguinal profundo, parcialmente abierto cuando estaba abierto a nivel del orificio inguinal profundo, cerrándose distal a este y abierto cuando llegaba hasta el testículo.

Resultados

Se operaron 34 testículos. La edad promedio de operación fue de 54.4 meses (2m - 192m). Lado izquierdo 17 testes y 17 derechos. Hubo 23 inguinales, 4 supraescrotales, 2 intrabdominales, 3 ectópicos superficiales y 2 testículos evanescentes (inguinales).

El conducto peritoneo vaginal estaba cerrado en 14, parcialmente permeable en 12 pacientes.

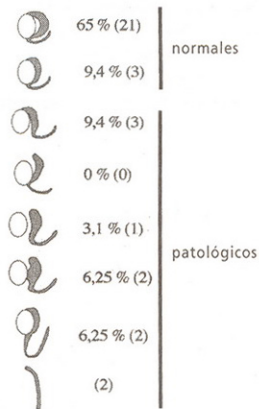


Fig. 1: hallazgos anatómicos en los 34 testículos explorados.

Con respecto a las variaciones del epidídimo, la más frecuente fue la unión del epidídimo al teste por la cabeza y la cola, teniendo el cuerpo separado 21 testes (65%). Testes evanescentes 2. Unión sólo por el cuerpo 2 (6,25%). Disyunción completa 1 teste (3,1%). Unión completa entre teste y epidídimo 3 (9,4%).

Discusión

Si consideramos normales los testículos unidos por la cabeza y la cola^{1,2} que es nuestra variación más frecuente, y le sumamos los 3 testículos que tienen la anatomía normal del adulto sumamos 24 en total (75%). De éstos, 14 tuvieron CPV permeable y 10 cerrados. De los 8 testes considerados anormales (25%) sin tomar en cuenta los evanescentes, 6 tenían CPV permeable y 2 cerrados. Por lo tanto en testículos criptorquídicos con CPV permeable o parcialmente permeable es más frecuente la malformación del epidídimo 30%. Cuando el CPV está cerrado la malformación está presente sólo en el 16,6% de los testes (Tabla 1).

	anatomía normal	anatomía anormal
Permeable	14	6 (42.8%)
Cerrado	10	2 (20%)
Total	24	8 (33%)

Tabla 1: situación del conducto peritoneo vaginal en testículos con epidídimo normal.

En esta serie habría un 25% de anomalía del epidídimo, considerando como normal cuando el epidídimo está unido por la cabeza y por la cola o unido completamente.

La variación anatómica más frecuente sería la unión del epidídimo al testículo por la cabeza y la cola, quedando el cuerpo separado.

A pesar que la serie es pequeña, hay una tendencia mayor de asociación de anomalías del epidídimo en presencia de CPV permeable.

Siempre debería abrirse la vaginal del testículo para constatar la anatomía del epidídimo, ya que se puede dar un pronóstico de fertilidad de ese testículo, más aún en las criptorquidias bilaterales.

Bibliografía

1. Tureck PJ: Normal epididymal anatomy in boys. *J Urol* 151(3):726-727, 1994.
2. Spencer J: Association of epididymal anomalies with patent processus vaginals in hernia, hydrocele and cryptorchidism. *J Urol* 156:2054-2057, 1996.
3. Elder J: Epididymal anomalies associated with hydrocele/hernia and cryptorchidism: Implications regarding testicular descent. *J Urol* 148:624-626, 1992.
4. Kelalis: *Clinical Pediatric Urology* Vol. 2:1036-1038, fifth edition.
5. King LR: *Urology Surgery in infants and children* 224-238, 1998.

Trabajo presentado en el 3º Congreso del CIPESUR, Viña del Mar, Chile, septiembre de 1998.

Dr. R. Gana
Medinaceli 1059
Dto. III - Las Condes
Santiago, Chile