

# Criptorquidia

PROF. DR. OSCAR CHAVARRÍA <sup>1</sup>

1. Ex- Profesor de Clínica Quirúrgica Pediátrica

Recibido: 03/12/01

Aceptado: 10/12/01

---

## *¿Cuál es la definición de criptorquidia?*

Es una enfermedad producida por la detención del testículo en algún lugar de su descenso desde el retroperitoneo hasta la raíz del escroto.

Se diferencia de la ectopia testicular pues, en esta última, el testículo toma un camino diferente pudiendo encontrarse en el periné, en la región crural o en el pubis por encima de la raíz del pene.

## *¿Cómo se define el testículo retráctil?*

Es aquel testículo que llega y permanece en el escroto, pero que puede retraerse hacia la raíz inguinal por una hiperreactividad del cremáster por el frío o por estimulación del reflejo cremasteriano.

Frecuentemente es bilateral, siendo más común en niños de 5-9 años de edad.

Cuando un niño llega a la adolescencia el testículo se ubica definitivamente en el escroto. Es un testículo normal.

## *¿Cómo se clasifican las criptorquidias?*

- La criptorquidia puede ser uni o bilateral.
- El testículo puede palparse o no.

Cuando se encuentra en posición intraabdominal no es posible palparlo.

Por el contrario si se encuentra en el canal inguinal, desde el orificio profundo hasta la raíz del escroto, es posible palparlo.

En el 85% de los casos se encuentra en el canal inguinal.

A mayor altura, menor movilidad y menor tamaño, el testículo será menos fértil, independientemente de la edad en que sea operado, de ahí la importancia de la clasificación.

## *¿Cuál es la frecuencia de esta enfermedad?*

La frecuencia de la criptorquidia unilateral es de 90%, de la bilateral 10%.

El 70% de las criptorquidias unilaterales son del lado derecho.

En los recién nacidos a término la frecuencia es de 2,7 a 5,9%.

Al año de edad disminuye y se ubica en un rango entre el 1,2 y el 1,8%.

En los niños prematuros la frecuencia se eleva al 30-50%.

La anorquia tiene una frecuencia de 1 en 5.000 niños.

En niños con criptorquidia uni o bilateral e hipospadias hay riesgo en 27% de los casos que coexisten con un trastorno de intersexo, disgenesia gonadal mixta o seudo hermafroditismo masculino.

Esto condicionará la realización de exámenes adicionales.

### *¿Cómo se debe hacer el examen físico?*

Los datos más importantes a recabar son:

- desarrollo del escroto: normal o hipoplásico,

Visualización del testículo en el canal inguinal

- deslizamiento de los dedos del examinador sobre el canal inguinal para detectar el testículo y establecer si llega y permanece en el escroto o si se encuentra en el canal inguinal,
- evaluar el tamaño y la movilidad del testículo,
- examinar el hemescroto contralateral,
- establecer si además de la criptorquidia existe una hernia inguinal y
- en caso de duda entre un testículo retráctil y una verdadera criptorquidia se puede recurrir, para hacer el examen, a la posición de Taylor: el niño sentado con las piernas cruzadas. En esta posición disminuye el reflejo cremasteriano y permite al testículo llegar al escroto.

### *¿Cuándo debe ser visto el niño por el cirujano pediátrico?*

Como hemos visto, de los niños que nacen con criptorquidia, el 75% de ellos al año tendrán su testículo en la bolsa. Es importante, entonces, que el cirujano vea al paciente desde el nacimiento o desde que se realiza el diagnóstico, a efectos de realizar un correcto seguimiento de los enfermos menores de un año y aquilar la posibilidad de descenso del testículo.

### *¿Qué estudios se deben solicitar a estos enfermos?*

En los criptorquidos unilaterales no solicitamos ningún estudio.

En los niños que se presentan con criptorquidia bilateral solicitamos una ecografía del aparato urinario, teniendo en cuenta que las malformaciones del aparato urinario alto son más frecuentes en estos enfermos.

### *¿Cuáles son las posibilidades y qué se debe hacer si no se palpa el testículo?*

Las posibilidades son:

- testículo atrófico. En este caso puede palparse el deferente y una pequeña tumefacción en la bolsa,
- anorquia,
- testículo abdominal, por encima del orificio profundo del canal inguinal.

El procedimiento paraclínico más idóneo para establecer el diagnóstico diferencial es la laparoscopia.

### *¿Cuáles son las razones para descender el testículo?*

- 1) Preservación de la fertilidad. Los testículos criptorquidos por su ubicación aumentan 1 a 2 grados su temperatura. Esta temperatura más elevada produce cambios histológicos precoces que repercuten sobre su secreción externa.
- 2) Riesgo de tumor de testículo. El porcentaje es de 9,8% de los testículos criptorquidos, entre 20 y 40 veces más frecuentes que en la población general.
- 3) Hernias. La existencia de una hernia en un niño con una criptorquidia, independientemente de la edad, obliga a la intervención quirúrgica lo antes posible por las complicaciones que la hernia puede provocar. El cirujano tratará de descender y fijar el testículo en el mismo acto operatorio. Si no es posible lo hará posteriormente.
- 4) Torsión testicular. El 23% de las torsiones se producen en los testículos criptorquidos.

5) Posibilidad de traumatismos contra el plano óseo del pubis.

6) Factores psicológicos. Se ha descrito una serie de cambios psicológicos, alteraciones de la personalidad, miedo a la esterilidad, alteraciones en la imagen corporal.

*¿Cuál es el tratamiento y a qué edad se debe realizar?*

El tratamiento de la criptorquidia uni o bilateral es quirúrgico.

Las alteraciones histológicas del testículo aparecen en edad muy temprana debido a su posición fuera del escroto.

Al final del primer año ya aparecen alteraciones histológicas mínimas, disminución de las células germinales, no aumentan las espermatogonias, los tubos seminíferos son más pequeños, existe un aumento e hialinización del tejido conjuntivo peritubular y se agravan después del segundo año.

Estos cambios existen también, aunque con menor intensidad, en el testículo contralateral.

Teniendo en cuenta las tempranas alteraciones histológicas, el testículo debe estar en la bolsa antes de los dos años, preferiblemente al año de vida, con el fin de preservar la línea seminal.

La fertilidad en este caso será de un 70 a 90%. De lo contrario será del 25 al 40%.