

Caso	(043) Testículo supernumerario: una causa inusual de dolor testicular agudo
Autores	Leire Romero López, Jesús García Serrano, María Ángela Agüera Sánchez, Manuel Alejandro Pérez Benitez, Ramón De La Torre Colmenero , Cristina Osuna Otal
Centro	Hospital Universitario De Puerto Real

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 14 años previamente asintomático, que acude al Servicio de Urgencias por dolor testicular agudo de 6 horas de evolución. No presenta AP de interés en la infancia.

En exploración física; buen desarrollo pondero-estatural, sin hernias inguinales ni masas palpables abdominales. Teste derecho normal. Teste izquierdo de consistencia normal, no eritematoso ni aumentado de tamaño, no doloroso. Se palpa nódulo sólido de aproximadamente 2 cm en cola del epidídimo izquierdo. Analítica con bioquímica y hemograma sin alteraciones. Ante sospecha de torsión, se solicita ecografía Doppler testicular bilateral con los siguientes hallazgos: Testículo izquierdo con unos diámetros máximos de 27 x17 mm (APXTR) y de atenuación homogénea. Se objetiva vascularización en su interior con curvas de flujo Doppler arterial simétricas respecto al testículo derecho. Discreto hidrocele. Aumento del tamaño de la cola del epidídimo en este testículo izquierdo visualizando en dicha localización una lesión de ecoestructura sólida y homogénea con un diámetro máximo de 15 mm, contornos bien delimitados y ecogenicidad similar a la del testículo.

Presenta señal Doppler color en su interior. Ante estos hallazgos radiológicos, se sospecha de poliorquidismo/testículo supernumerario izquierdo.

DISCUSIÓN

El poliorquidismo es una anomalía muy infrecuente, definida por la presencia de más de 2 testículos de localización intra o extraescrotal. La variante más común es el triorquidismo (60%), en cuyo caso el testículo extra suele estar situado en el lado izquierdo. El poliorquidismo tiene su origen en la división de la cresta genital por bandas fibrosas, lo que provoca la formación de más de una gónada.

El debut habitual sucede en la infancia, con la presencia de masa escrotal, normalmente asintomática. Puede estar asociado a criptorquidia (40%), hernia (30%), torsión (15%), hidrocele (9%),o incluso a malignidad (6%).

La espermatogénesis suele conservarse en el 50% de los casos. Las determinaciones de FSH, testosterona, alfafetoproteína, beta-HCG, espermiograma, nos permitirán evaluar la posible existencia de displasia y la espermatogénesis.

Existen dos clasificaciones en la literatura; la de Thum, basada en la funcionalidad y desarrollo embriológico; y la clasificación de Singer, basada en la topografía, anatomía y potencial reproductivo.

Las pruebas de imagen con ecografía y RMN, orientan el diagnóstico inicial:

- La apariencia con Doppler color es una masa escrotal oval con ecoestructura y flujo similar al testículo normal.
- La RM se suele emplear cuando la ecografía no es concluyente. El testículo supernumerario tiene las mismas características por RM que el testículo normal: señal de intensidad intermedia en secuencias potenciadas en T1, e hiperintensa en secuencias potenciadas en T2.

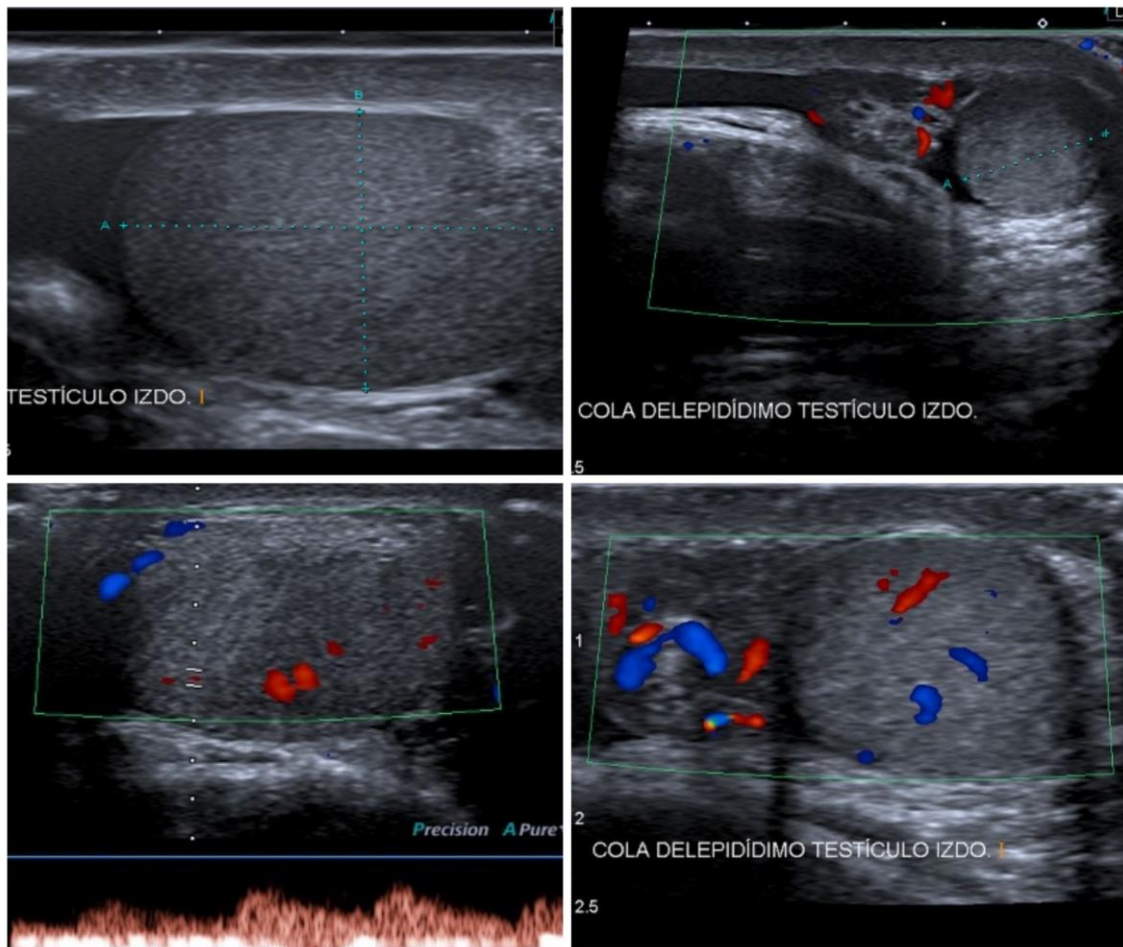
El diagnóstico diferencial incluye espermatocele, hidrocele, quiste de epidídimo, epidídimo aberrante y quistes del cordón, ya que todos ellos pueden simular una masa intraescrotal.

En cuanto al tratamiento, la conducta suele ser exéresis quirúrgica en los casos sin potencial reproductivo. La conducta expectante con seguimiento anual ecográfico es una opción en aquellos en los que no se sospecha malignidad. No obstante, ante cualquier cambio en la ecogenicidad, forma o lesión de nueva aparición, se recomendará orquiectomía.

CONCLUSIÓN

En nuestro caso se evidenció la existencia de una triorquidia izquierda. Los testículos supernumerarios son una causa infrecuente de dolor testicular agudo, habiendo sido reportados menos de 200 casos en todo el mundo. La variante más común es el triorquidismo (60%), en cuyo caso el testículo extra suele estar situado en el lado izquierdo.

La importancia de su diagnóstico radica en una mayor propensión a la torsión y degeneración maligna, por lo que su correcta evaluación mediante ecografía será fundamental.



Hallazgos característicos triorquidismo intraescrotal: Imagen superior izquierda: testículo izquierdo con unos diámetros máximos de 27 x17 mm (APXTR), con parénquima homogéneo y sin evidencias de LOEs. Imagen inferior izquierda: teste izquierdo con vascularización Doppler en el que se detectan ondas de flujo arteriales simétricas respecto al testículo derecho. Discreto hidrocele. Imagen superior derecha: aumento del tamaño de la cola del epidídimo izquierdo visualizando en dicha localización lesión de ecoestructura sólida y homogénea con un diámetro máximo de 15 mm, contornos bien delimitados y ecogenicidad similar al testículo. Imagen inferior derecha: esta lesión presenta señal Doppler color en su interior similar a teste izquierdo.

BIBLIOGRAFÍA

- Casal-Beloy I, Miriam García-González M, Diego Vela D, Ernesto Paish E. Triorquidismo como diagnóstico diferencial de las masas escrotales. An Pediatr (Barc).2019;90(1):61-62.
- Olano I, Llarea I, García-Olaverri J, Azurmendi I, Cantón E, Pertusa C. Poliorquidismo. Arch Esp Urol, 62 (2009), pp. 59-62.
- Uguz S,Güragac A, Demirer Z, Yilmaz S, Aydur E. Bilateral polyorchidism with ipsilateral two undescended testes: A rare congenital anomaly Andrologia, 49 (2017), pp.1-5.
- Artul S, G. Habib G, Polyorchidism: Two case reports and a review of the literature. J Med Case Rep, 2015 8:464.