

CASOS CLÍNICOS

Torsión de Hidátide de Morgagni y Testículo Agudo, un caso clínico

Srs. Francisco Ávila¹, Francisca Decebal-Cuza¹, Sergio Díaz¹, Viviana Egaña¹,
Marcelo Espinoza¹ y Dra. Carmen Gloria Rostion^{2,3}

¹Alumno de quinto año Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil,
Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

²Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

³Servicio de Cirugía, Hospital de Niños Dr. Roberto del Río.

Resumen

Frente a un niño que presenta dolor testicular, la anamnesis y el examen físico deben ir dirigidos a diferenciar entre las tres causas más importantes de testículo agudo: torsión testicular, torsión de Hidátide de Morgagni y epididimitis. El diagnóstico diferencial debe ser acucioso pues el tratamiento es diferente para estas entidades, siendo la primera, una urgencia de resorte quirúrgico. El aumento de volumen se observa en los tres cuadros. En la epididimitis se encuentran síntomas urinarios asociados. En la torsión testicular, la elevación del testículo no alivia el dolor, y en la de Hidátide de Morgagni, el dolor se localiza en el polo superior del testículo, pudiendo, a veces, observarse un punto azulado a través de transluminación, lo que es un signo patognomónico. El tratamiento es reposo y analgesia.

Palabras clave: Dolor testicular, testículo agudo, torsión hidátide de Morgagni.

“Paciente de 8 años que consulta por dolor testicular”

¿Qué datos le interesaría investigar en la anamnesis?

El único antecedente que poseemos para iniciar el estudio de este paciente es la existencia de lo que él y/o su madre refieren como un “dolor testicular”. El principal propósito de la anamnesis es dilucidar si corresponde o no a un síndrome testicular agudo. Para esto, debemos averiguar las características semiológicas del dolor.

1. Ubicación e irradiación

Es fundamental constatar que el dolor efectivamente se origina en el testículo, ya que el

paciente bien podría estar catalogando como “dolor testicular” a un dolor originado en estructuras cercanas, o bien a un dolor que se genera lejos de la región testicular pero que se irradia a esta zona. A continuación, algunos ejemplos de patologías que pudiesen llegar a ser catalogadas como “dolor testicular” sin serlo realmente:

- Hernia inguinal, que posea un saco herniario completo, llegando así hasta el escroto, y que se esté complicando por una estrangulación.
- Dolor inguinal producto de adenopatías sensibles en la región, secundarias a procesos neoplásicos o infecciones de la zona genito-anal o en las extremidades inferiores.
- Patología osteo-muscular que produzca dolor en la región de la ingle, como una enfermedad de Perthes (necrosis avascular de la cabeza del fémur en los niños) o, aunque de menor frecuencia en niños, una bursitis ileopectínea (dolor inguinal con irradiación a la rodilla que limita el paso en la marcha)
- Cólico renal, que se presenta típicamente como un dolor lumbar, irradiado hacia la cara anterior del abdomen, en relación a la región inguinocrural.

Aún cuando confirmemos que el dolor se origina en el testículo, no debemos olvidar investigar si éste se irradia hacia la región inguinal, como puede presentarse en una hernia inguinal o en la torsión testicular. En la torsión de la hidátide de Morgagni el dolor es localizado sobre el polo superior del testículo, sin irradiación. En general, una irradiación a otras regiones haría pensar en un diagnóstico diferente al de testículo agudo, como podría ser una hernia inguinal o una bursitis ileopectínea, donde el dolor se puede irradiar hacia la rodilla desde la región inguinocrural.

Por todo esto, es fundamental precisar el sitio exacto del dolor y su irradiación, preguntándole

dirigidamente al menor: ¿Dónde se localiza exactamente este dolor?, ¿Me podrías mostrar con el dedo?, etc.

2. Tipo o carácter

El testículo tiene tres tipos de sensibilidad: somático, visceral y neuropático, por lo que se hace necesario tratar de clasificar el tipo de dolor. Generalmente en la torsión de Hidátide de Morgagni el dolor es de tipo exquisito, punzante en la mayoría de los eventos que ocurren a este nivel.

3. Intensidad

Podemos pedirle al niño que trate de cuantificar su dolor, ya sea mediante la asignación de una nota en una escala numérica, o bien averiguando cómo repercute este dolor en sus actividades cotidianas. A mayor dolor, mayor será la limitación funcional del niño.

4. Comienzo y evolución

Un dolor que se viene arrastrando desde hace semanas o meses descartaría con alta certeza la posibilidad de un testículo agudo, ya que en este caso el comienzo es brusco por definición. De lo contrario, podríamos pensar en otros cuadros testiculares, como un tumor expansivo o un hidrocele, por ejemplo. En cuanto a la evolución, el dolor puede ir disminuyendo con el correr de las horas en la torsión testicular. Es característico también de esta patología un inicio durante las primeras horas de la mañana. En epididimitis aguda y en torsión de la hidátide de Morgagni el dolor se inicia con una intensidad leve y puede mantenerse o aumentar en el tiempo. Especialmente característico de una epididimitis es aquel dolor testicular que se desarrolla gradualmente en varias horas o incluso días.

5. Factores agravantes y atenuantes

Dolores que aumentan en la maniobra de Valsalva orientan a una hernia inguinal. Un factor agravante del dolor en la torsión de la hidátide de Morgagni es la palpación de la zona afectada. En epididimitis aguda el dolor puede disminuir al elevarse el testículo. Un dolor que cede con anti-inflamatorios no esteroideos nos sugiere la presencia de un proceso inflamatorio.

6. Síntomas acompañantes

Además de ser fundamentales en el diagnóstico de patologías de las vías urinarias (cólico renal, por ejemplo, donde el cuadro será

más florido y característico), los síntomas acompañantes tienen especial relevancia en el diagnóstico diferencial de testículo agudo; en la torsión de la hidátide de Morgagni se puede apreciar un aumento de volumen indurado, doloroso a la palpación, de unos 2 - 3 milímetros de diámetro sobre el polo superior del testículo, azulado. En la epididimitis aguda hay síntomas urinarios (disuria, polaquiuria, examen de orina alterado). En la torsión testicular, pueden asociarse síntomas neurovegetativos, como sensación de desmayo, fiebre, náuseas y vómitos.

Después de haber indagado en estos aspectos, la historia clínica que obtenemos del niño y su madre es la siguiente:

Niño de 8 años, previamente sano. El dolor en el testículo derecho, de 10 horas de evolución, comienza súbitamente en la noche previa, sin antecedente traumático. Es de gran intensidad y ésta se mantiene constante, aunque cede parcialmente con ibuprofeno. No hay irradiación. Sin problemas de micción, sin fiebre ni vómitos. Refiere piel eritematosa y testículo con aumento de volumen. Inapetencia. No tiene episodios previos similares.

¿Con qué hipótesis diagnóstica enfrenta el examen físico?

El cuadro del niño calza con un síndrome de testículo agudo. Es fundamental recordar que cuando nos encontramos frente a un escroto agudo debemos pensar en una torsión testicular hasta que se demuestre lo contrario. Esto se justifica por la relevancia de hacer un oportuno y correcto diagnóstico y tratamiento, pues se podría llegar incluso a la pérdida del testículo afectado de no mediar una solución quirúrgica precoz.

Por otra parte, si tomamos en cuenta la epidemiología y las características del cuadro clínico descrito, tendríamos que pensar en la torsión de la hidátide de Morgagni, que dentro del escroto agudo, corresponde a la entidad más frecuente en menores de 14 años. En un tercer lugar de importancia se encontraría la posibilidad de una epididimitis aguda, debido a la baja incidencia en este grupo etario.

Teniendo claras estas consideraciones, en el examen físico nos preocuparemos de inspeccionar y palpar cuidadosamente la bolsa

escrotal, ya que existen ciertos signos altamente sugerentes de uno u otro de estos tres diagnósticos diferenciales.

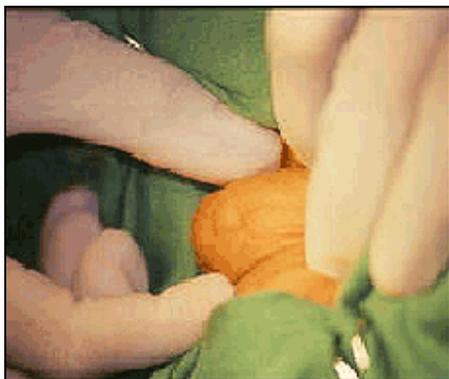


Figura 1. Examen testicular

En la inspección, la hinchazón se presenta en los tres casos, de modo que es un signo muy sensible pero de bajísima especificidad. Lo mismo ocurre con el eritema.

Pudiésemos ver una elevación del testículo con el escroto en el caso de la torsión testicular. En la epididimitis, el área inflamada presenta aumento local de temperatura y se encuentra dura al tacto. Cuando tenemos una torsión de la Hidátide de Morgagni, en la exploración es posible apreciar, en ocasiones, un punto azulado móvil en el interior del escroto, que se ve mejor con transiluminación y que es doloroso a la palpación. Es un signo que se describe como patognomónico, sin embargo no siempre está presente.

Los síntomas de una torsión testicular y una epididimitis también pueden ser muy similares, por lo que una manera de diferenciarlos es sujetando el testículo afectado con el paciente de pie; en el caso de una torsión, el testículo probablemente duela más que con la epididimitis. Algunos autores dicen que este es un signo muy inespecífico.

En este paciente, la exploración física arroja los siguientes resultados:

Aumento de volumen testicular blando, acompañado de enrojecimiento y aumento de temperatura local. A la palpación, se aprecia dolor en el polo superior. A la transiluminación, se muestra una lesión puntual bajo la piel del escroto.

¿Cuál es su diagnóstico?

En base a la anamnesis y el examen físico, lo más probable es que se trate de una torsión de la Hidátide de Morgagni, ya que se aprecia dolor y aumento de volumen circunscrito al polo superior del testículo, además de una lesión negro azulada puntual a este nivel, lo que se corresponde con las características de esta patología, anteriormente señaladas.

¿Qué conducta toma?

De tener absoluta certeza de que este dolor testicular efectivamente se trata de una torsión de la Hidátide de Morgagni y no de otra causa de testículo agudo, el tratamiento es sintomático. Ante la menor duda de que exista la posibilidad de una torsión testicular, hay que hacer una exploración quirúrgica para descartarla.

Con respecto a nuestra conducta, no existe necesidad de intervención quirúrgica, a menos que se tratara de un cuadro que se repita en el tiempo y que provoque molestias importantes en el paciente (lo que no se da en este caso). En definitiva, nuestra conducta sería indicar reposo y analgesia con AINES.

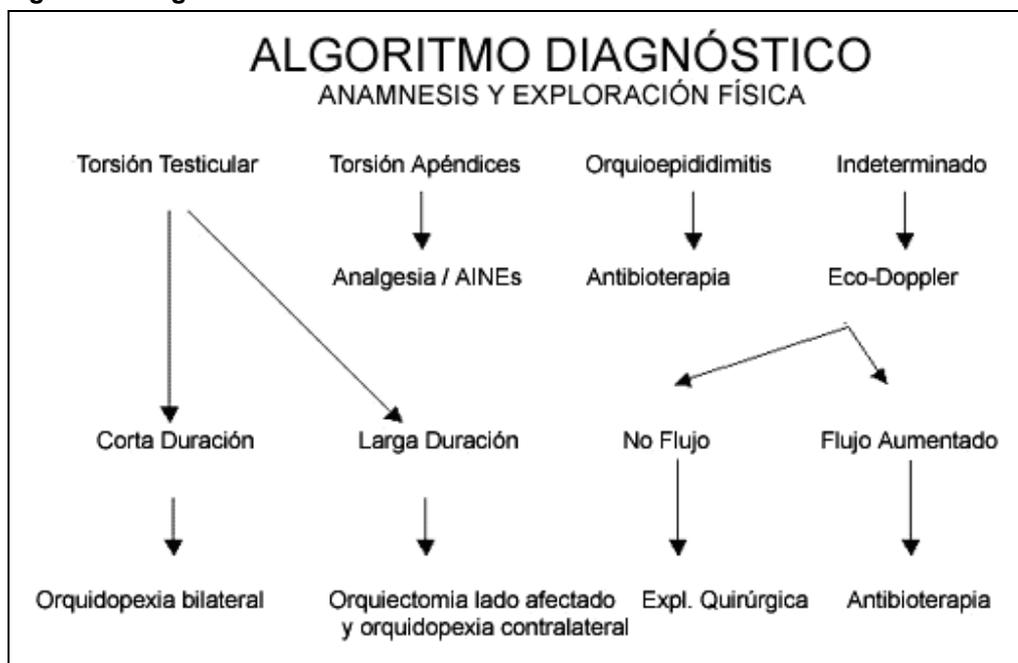


Figura 2. Imagen intraoperatoria

¿Cuál es su diagnóstico post-operatorio?

Aún cuando no se justificaba una intervención en pabellón en este paciente (a menos que exista duda diagnóstica), de haberse efectuado una exploración quirúrgica, ésta solamente hubiese confirmado que se trataba de una Torsión de la Hidátide de Morgagni, ya que el cirujano vería que el resto del testículo está indemne y solamente se encontraría afectado el apéndice en cuestión, tal como se aprecia en la figura 2.

Figura 3. Algoritmo diagnóstico



Algunas consideraciones más con respecto al caso clínico

A grandes rasgos, cada vez que nos enfrentamos a un paciente con síndrome escrotal agudo, debemos diferenciar entre las tres causas más comunes de esta sintomatología a fin de escoger el tratamiento adecuado en el momento oportuno (torsión de hidátide de Morgagni, epididimitis y torsión testicular). De este modo, tenemos un algoritmo (Figura 3).

Torsión de Hidátide de Morgagni

La hidátide de Morgagni es uno de los apéndices testiculares, resto embriológico del conducto de Müller. No es el único apéndice interescrotal, pero sí es el más comúnmente afectado. Este pequeño apéndice está localizado hacia el polo anterior del testículo, el cual por tener receptores hormonales sufre cambios durante la infancia tardía y la adolescencia. A esta edad aumenta considerablemente el tamaño la hidátide,

condicionando una desproporción entre la masa del apéndice y el pedículo que lo fija al polo testicular anterior. Esta desproporción puede llevar a que el apéndice gire sobre sí mismo y ocurra una necrosis hemorrágica.

Referencias.

1. Barloon T., Weissman A., Kahn D.: Diagnostic imaging of patients with acute scrotal pain. *Am Fam Physician* 1996 Apr; 53(5): 1734-50
2. Eizaguirre I., Martínez V., Boix-Ochoa J. Torsion of Morgagni hydatid in children. *An Esp Pediatr.* 1981 Mar; 14(3): 156-9.
3. Fernández E., Blanco A., Barbagelata A., Alvarez L., Novas S., Gonzalez M. Acute scrotum: testicular torsion of Morgagni hydatid *Actas Urol Esp.* 2004 Apr; 28(4): 332.
4. Fisher R., Walker J. The acute paediatric scrotum. *Br J Hosp Med* 1994 Mar 16-Apr 5; 51(6): 290-2
5. Mathiassen P. Torsion of the hydatid of Morgagni *Ugeskr Laeger.* 1965 Apr 22; 127(16): 540-1