

Criptorquidia

Cryptorchidism

Ac. Dr. Eduardo Mazzi Gonzales de Prada*

Introducción

Durante la gestación, los testículos de un feto del sexo masculino se desarrollan dentro de su cavidad abdominal y a medida que avanza el embarazo, los mismos van descendiendo a través del canal inguinal hacia el escroto. En forma habitual los testículos de los recién nacidos a término están presentes en el escroto al nacimiento.

La criptorquidia o testículo no descendido, es la ausencia de uno o ambos testículos en el escroto y es la anomalía congénita más frecuente de los genitales masculinos. Es más corriente la criptorquidia unilateral y del lado derecho. Afecta aproximadamente al 3-5% de recién nacidos vivos a término y en mayor proporción a los prematuros (9-30%). En un 50% de estos pacientes los testículos descienden hasta el tercer mes de vida.

En general en el 75% de recién nacidos a término y en el 95% de prematuros los testículos descienden espontáneamente hasta el año de vida. Al año de edad y posteriormente, la incidencia de testículos no descendidos disminuye al 1%.

En ocasiones también suele suceder un ascenso posterior de los mismos (“criptorquidia adquirida” o “testículos ascendentes”), debido a una actividad postnatal androgénica disminuida.

Factores causales y etiológicos

La etiología de la criptorquidia es multifactorial y se consideran en su etiopatogenia tanto factores genéticos como ambientales. Los factores más conocidos y asociados a una mayor incidencia de criptorquidia en mayor o menor proporción, son:

- Disgenesia testicular
- Secreción hormonal deficiente tanto por la madre como por los testículos del bebe, incapaz de generar el estímulo necesario al proceso normal de maduración y descenso testicular, o también puede suceder que los testículos no respondan a una estimulación hormonal normal.
- Predisposición genética familiar
- Genitales ambiguos o intersexo
- Prematuridad
- Peso o talla baja al nacer
- Recién nacidos gemelares
- Administración de productos hormonales a la madre gestante
- Bloqueo físico que impide el descenso habitual de los testículos
- Ingesta moderada o excesiva de cafeína por la embarazada
- Tabaquismo de la madre o el padre.

* Médico de Planta. Hospital del Niño. “Dr. Ovidio Aliaga Uría”. La Paz. Profesor Emérito de Pediatría. Facultad de Medicina. U.M.S.A.

Correspondencia: Dr. Eduardo Mazzi: doctormazzi@gmail.com

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Evaluación y diagnóstico

El examen clínico y evaluación de los genitales del recién nacido varón, debe ser parte rutinaria y obligatoria en la valoración neonatal y pediátrica. El diagnóstico de la criptorquidia es clínico y debe ser realizado por una persona experimentada, paciente, delicada y en forma reiterada, en un ambiente tranquilo y temperado para disminuir el efecto del reflejo cremasteriano. Muchas veces colocar al niño en cuclillas facilita el examen.

En los niños con ausencia de testes en las bolsas se observa un escroto liso, pequeño e hipodesarrollado. Si la criptorquidia es unilateral el escroto se percibirá asimétrico (bolsa escrotal vacía y la otra llena). La localización del testículo no descendido debe registrarse en la historia clínica del paciente. En los casos de criptorquidia aislada, en general no son necesarios exámenes complementarios de rutina.

Es aconsejable, buscar otras anomalías congénitas, sobre todo genitales asociadas a la criptorquidia, como ser: hipospadias, genitales ambiguos, micropenis, etc y de encontrarse estas, se sugiere una investigación hormonal, genética y exámenes imagenológicos pertinentes, de acuerdo a cada caso en particular. Ocasionalmente se recurre a la laparoscopia exploradora para facilitar la valoración de casos con diagnóstico incierto o para delinear la ubicación precisa de los testículos.

La biopsia testicular suele estar indicada en los casos inusuales de genitales ambiguos, intersexo, o anomalías cromosómicas.

Diagnostico diferencial

En la evaluación clínica es importante considerar las siguientes condiciones que facilitan o dificultan el diagnóstico correcto de la criptorquidia verdadera. Consideramos los siguientes:

- **Testículo deslizante:** es el testículo que manualmente se lo puede bajar al escroto y en cuanto se lo suelta asciende nuevamente.

- **Testículo retráctil:** es un testículo situado en el escroto, que asciende espontáneamente debido a un exagerado reflejo cremasteriano, sobre todo si el paciente se encuentra en un ambiente frío o se encuentra agitado.
- **Testículo ectópico:** es un testículo no-descendido unido anormalmente a estructuras extra-escrotales y ubicado en sitios anómalos, por persistencia de remanentes del “*gubernaculum testis*”
- **Testículo ascendente o adquirido:** es un testículo que luego de permanecer un tiempo en el escroto asciende fuera del escroto, en forma primaria por involución anormal del proceso peritoneal vaginal o disfunción hormonal androgénica y en forma secundaria por manipulación quirúrgica.
- **Anorquia:** es la ausencia completa de testículos.

Complicaciones y secuelas

Entre las complicaciones de la criptorquidia, es frecuente la mayor incidencia de cáncer testicular, atrofia y esterilidad en niños no diagnosticados ni tratados oportunamente. Sin embargo, se ha demostrado cambios histológicos en testículos no descendidos de niños de 6 meses de vida, que conllevan a futuras secuelas de desarrollo anormal o funcional deficiente, a pesar de un tratamiento adecuado.

Los testículos no descendidos, presentan una arteria espermática corta y/o un flujo arterial disminuido. La orquiopexia temprana disminuye mayores daños de los testículos por su situación intra-abdominal, pero aun así, los testículos pueden permanecer dañados, la espermatogenesis estar disminuida o ausente y tienen un mayor riesgo de desarrollar posteriormente neoplasias malignas.

Además se pueden desarrollar tumores gonadales en el testículo contralateral, lo que indica que el desarrollo testicular anormal o disgenesia es bilateral en casos de criptorquidia unilateral.

La criptorquidia tiene una asociación mayor con torsión testicular, hernias y anomalías del testículo y epidídimo.

Tratamiento

El manejo de la criptorquidia no complicada es quirúrgico (orquiopexia) y se recomienda realizarla entre los 6 a los 12 meses de edad y posteriormente lo más pronto posible. No se recomienda la administración rutinaria de gonadotrofinas como tratamiento y ocasionalmente se la indica solamente como coadyuvante previo a la cirugía y puede ser efectiva también en casos de testículos deslizantes o retractiles, aunque en general, estos últimos no requieren tratamiento médico ni quirúrgico.

Referencias

1. Acerini CL, Miles HL, Dunger DB, Ong KK, Hughes L. The descriptive epidemiology of congenital and acquired cryptorchidism in a UK infant cohort. *Arch Dis Child* 2009. Localizable en: www.ADC. 10.1136/adc.150219.
2. Bartos A. Criptorquidia. En: Mazzi E, Aranda E, Goldberger R, Tamayo L, eds. Normas de diagnóstico y tratamiento en pediatría. 3ª ed. La Paz: Elite Impresiones; 2003.p.356-7.
3. Dy GW, Rust M, Ellsworth P. Detection and management of pediatric conditions that may affect male fertility. *Urol Nurs* 2012; 32: 237-48.
4. Guignard JP, Sulyok E. Criptorquidism. En: Gleason CA, Devaskar SU, eds. Avery's diseases of the newborn. 9th. Ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2012.p.1200-1.
5. Zeitler PS, Travers SH, Hoe F, Nadeau K, Kappy MS. Cryptorchidism. En: Hay WW, Levin MJ, Sondheimer JM, Deterding RR, eds. Current diagnosis and treatment. *Pediatrics*. 19th ed. New York: Mc Graw Medical; 2009.p.939-40.