







TESTÍCULO SUPERNUMERARIO. REPORTE DE CASOS.

Dra. Moraima Rojas¹ , Dr. Freddy Gamboa¹ , Dra. Maria Carolina Delgado¹ ,
Dra. Claudia Rinaldi² .

¹Médico Cirujano Pediatra, ²Médico Radiólogo. Centro Médico de Caracas
E-mail: rojasmoraima@gmail.com

RESUMEN: La duplicación testicular o testículo supernumerario se define como la presencia de más de dos testículos, de localización intra o extra escrotal. En este estudio se presentan dos casos de duplicación testicular izquierda en pacientes preescolares diagnosticados con criptorquidia izquierda. Durante el examen físico, se identificaron testículos en el canal inguinal en ambos pacientes. Uno de los pacientes presentaba antecedentes de cura operatoria de hernia inguinal ipsilateral al momento del nacimiento. Las ecografías realizadas confirmaron la presencia de testículos inguinales de tamaño adecuado. En el momento de la intervención quirúrgica, se encontraron pequeños testículos en el hemiescrotal izquierdo, además del testículo ubicado en el canal inguinal. La duplicación testicular es una anomalía rara, solo 160 casos han sido reportado a nivel mundial, algunos autores sugieren tratamiento conservador y seguimiento, ya que puede causar dolor o criptorquidia, otros autores sugieren la exeresis del testículo porque tiene un 40% de probabilidades de malignización y torsión (1,2). **RCM 2025. 64;160(2): 54-57.**

Palabras claves: duplicacion testicular, poliorquidia, testiculo supernumerario.

SUPERNUMERARY TESTICLE. CASE REPORT.

ABSTRACT: Testicular duplication or supernumerary testicle is defined as the presence of more than two testicles, intra or extra scrotal location. We present two cases of left testicular duplication in preschool patients, who consulted for left cryptorchidism. On physical examination the testicle was found in the inguinal canal, one of them with a history of operative treatment of ipsilateral inguinal hernia at the time of birth, both with ultrasound that corroborated the inguinal testicle of good size, in the surgical act we found a small testicle in the left hemiscrotum in addition to the testicle in the inguinal canal. Testicular duplication is a rare anomaly, only 160 cases have been reported worldwide, some authors suggest conservative treatment and follow-up if it does not cause pain or cryptorchidism, other authors suggest exeresis of the testicle because it has a 40% probability of malignancy and torsion (1,2). **RCM 2025. 64;160(2): 54-57.**

Key words: testicular duplication, polyorchidism, supernumerary testicle.

INTRODUCCIÓN

El testículo supernumerario, duplicación testicular o poliorquidismo es una anomalía congénita urológica poco frecuente, que se define como la presencia de más de dos testículos, ya sea de localización intra o extraescrotal. Puede causar complicaciones como torsión y malignidad (1,2).

Cursa generalmente de manera asintomática, pero en ocasiones presentan dolor inguinal, o masa en región

inguinal, se debe diferenciar de criptorquidia, hidrocele, varicocele, quiste de epidídimo y tumores testiculares (1,2).

El ultrasonido, así como la resonancia magnética nuclear, son los medios diagnósticos de elección. La etiología del testículo supernumerario no está clara, pero se cree que se debe a una división anormal de la cresta genital durante el desarrollo embrionario, provocada por factores genéticos o ambientales (2,3).

La variante más común es el triorquidismo (60%), en cuyo caso el testículo extra suele estar situado en el lado izquierdo.

El tratamiento del testículo supernumerario depende de su localización, tamaño, y sintomatología. Las opciones terapéuticas disponibles son la observación, orquidectomía o la orquidopexia.

CASO CLÍNICO

Caso 1

Presentamos el caso de un paciente preescolar masculino de 3 años, que acude con testículo localizado en la región inguinal izquierda, después de haber sido sometido a cirugía por una hernia inguinal bilateral al mes de vida.

Antecedentes familiares: Hermano mayor con polidactilia; otros antecedentes no contributorios.

En el examen físico se corroboró la presencia de un testículo en el canal inguinal, y una ecografía doppler mostró un testículo izquierdo en la región inguinal de buen tamaño y con vasculatura conservada. Durante la cirugía, se encontraron los siguientes hallazgos: un testículo con abundante fibrosis, de difícil disección, que pudo ser fijado en el hemiescrotos correspondiente. Además, se identificó una estructura de menor tamaño con características testiculares y buen aspecto, localizada en el hemiescrotos izquierdo. (Fig. 1,2) Se decide no realizar la exeresis de esta estructura y se fijó en dicho hemiescrotos, (Fig. 3) manteniendo una conducta expectante.

Se indicó terapia hormonal para evaluar las respuestas de ambos testículos y se realizaron controles ecográficos, observándose una respuesta adecuada y buena evolución ecográfica (Fig. 4).

Un mes después de la operación, el testículo pequeño (testículo duplicado) había ascendido a la región inguinal, presentando criptorquidia, (Fig. 5) por lo que se decidió la extracción del mismo, para evitar posibles malignizaciones futura y torsión. El resultado de anatomía patológica reporto tejido testicular de consistencia elástica, tamaño reducido, epidídimo rudimentario, ausencia de neoplasia,

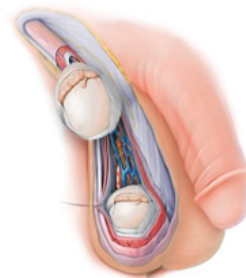


Figura 1. Criptorquidia con Poliorquidismo tipo 2



Figura 2. Hallazgos de la cirugía, compatible con tipo 2.

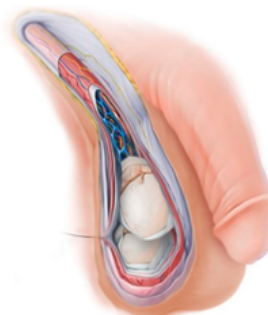


Figura 3. Ambos testículos en bolsa escrotal



Figura 4. Ecosonograma control semana de postoperatorio, ambos testículos en hemiescrotos correspondiente



Figura 5. Ecosonograma control al mes de postoperatorio. Se aprecia uno de los testículos ascendido hacia canal inguinal. Señalado con la estrella amarilla

Caso 2

Se presenta el caso de un paciente preescolar masculino de 4 años, diagnosticado con criptorquidia izquierda y sin antecedentes relevantes. En el examen físico se



Figura 6. Segundo paciente. Hallazgos de cirugía.

corroboró la presencia de un testículo en el tercio medio de la región inguinal izquierda, sin otras alteraciones. La ecografía mostró un testículo de buen tamaño en la región inguinal izquierda. Durante la intervención quirúrgica, se evidenció un testículo de buen tamaño y morfología normal, sin persistencia del conducto peritoneovaginal, y un testículo de menor tamaño en la bolsa escrotal ipsilateral (Fig.6). En esta ocasión, se decidió realizar la exeresis del testículo de menor tamaño. El paciente evolucionó satisfactoriamente. No obtuvimos resultados de anatomía patológica, paciente de bajos recursos y no logró procesarlo.

DISCUSIÓN

El testículo supernumerario es una anomalía congénita urológica poco frecuente, se han reportado 160 casos en el mundo, y es definido como la presencia de más de dos testículos, ya sea de localización intra o extraescrotal (1). La ecografía doppler y la resonancia magnética proveen elementos útiles para diagnosticar la presencia de esta entidad.

El primer caso reportado fue un hallazgo post mortem de Blasius en 1670, pero el primer caso confirmado histológicamente durante una intervención lo realizó Lane en 1895 (2,3). El desarrollo embriológico del testículo comienza en la sexta semana, cuando el testículo primordial se desarrolla de la parte medial de la cresta genital primitiva, en el mesonefro, y el poliorquidismo se puede dar si existe una división longitudinal de esta cresta genital, una división transversa (teoría más aceptada) o debido a la degeneración de partes de los componentes mesofrénicos. (2) La poliorquia puede ser unilateral o bilateral, más común del lado izquierdo, presentando mayor tamaño el de localización caudal (8) y puede variar desde duplicaciones parciales a duplicaciones completas con testes y epidídimos totalmente independientes.

En base a estas características existe una clasificación, que es la más aceptada, y es la propuesta por Leung(4), Hancock(5) y Wolf(6) y basada en la anatomía de los testículos y las estructuras adyacentes. De tal modo, se proponen 4 tipos:



- Tipo 1. El testículo supernumerario carece de epidídimo y vasos deferenciales, sin conexión con el otro testículo.
- Tipo 2. Los dos testículos comparten epidídimo y vasos deferenciales.
- Tipo 3. El testículo supernumerario tiene su propio epidídimo, y comparte los vasos deferenciales.
- Tipo 4. Duplicación completa del testículo con su epidídimo y vasos deferenciales.

Los tipos 2 y 3 son la más frecuente de poliorquidismo, representando aproximadamente el 90% de los casos.

Nuestros pacientes corresponden al tipo II de poliorquidismo de la clasificación, por lo que es el tipo más frecuente.

Generalmente, los testes supernumerarios suelen ser reproductivamente funcionales (7) excepto los tipos 1 que carecen de epidídimo y vaso deferencial.

El poliorquidismo es más frecuente en el lado izquierdo, como en nuestros casos, presentando el testículo mayor tamaño, el localizado más caudal y puede ir asociado a otras anomalías urogenitales. En aproximadamente la mitad de los casos, va asociado a testículos no descendidos, hasta un 30% se acompaña de hernia inguinal indirecta (1,8). Puede presentar torsión testicular, hidrocele, epididimitis, varicocele e incluso, degeneración maligna, como los seminoma anaplásico, rhabdomyosarcoma (9) y coriocarcinoma. (10)

Su diagnóstico diferencial debe incluir otras causas de masas extratesticular o paratesticular (hidrocele, quiste de epidídimo, tumores, etc.).(11) Su manejo quirúrgico es muy discutido, siendo la tendencia actual un manejo conservador, con seguimiento estricto mediante ecografía y RMN,(12) siempre que no exista dolor, dudas en el diagnóstico, criptorquidia, o más excepcionalmente, tumores.(10) En caso de ser criptorquídico, cabe la opción de orquidopexia y vigilancia posterior o extracción por el riesgo de malignización. En cualquier caso, consideramos que el tratamiento o seguimiento ante un caso de poliorquidismo debe ser una decisión consensuada con el paciente y/o sus padres.

CONCLUSIÓN

El testículo supernumerario es una anomalía congénita urológica rara, La ecografía y la RMN son estudios útiles para diagnóstico, pero lo más importante es conocer que existe esta patología, sus características clínicas, métodos diagnósticos y terapéuticos. El tratamiento es la exploración quirúrgica donde se puede realizar conducta conservadora mediante la fijación del testículo, para así, evitar riesgo de torsión testicular, o la orquidectomía. Se recomienda una evaluación individualizada de cada caso, teniendo en cuenta los beneficios y los riesgos de cada opción terapéutica, y tomar en cuenta la opinión de los padres.

REFERENCIAS

1. Garza-Montufar, ME, Olvera Posada D. Poliorquidismo presentación de un caso y revisión de la bibliografía. Rev Mex. Urol. 2017; 77(2), 143-150.
2. Park JM. Normal and anomalous development of the urogenital system. En: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED Jr, Wein AJ, Partin AW, Novick AC et al. Campbell's Urology, 8th ed. 2002; WB Saunders, Philadelphia; 1737-1764.
3. Hancock RA, Hodgins TE. Polyorchidism. Urology. 1984; 24: 303-7.
4. Wolf B, Youngson GG. Polyorchidism. Pediatr Surg Int. 1998; 13:65-6
5. Vela Guzmán MJ, Arias Llorente A, Cisneros Jiménez R. Triorquidea y hernia inguinal. Presentación de un niño de 6 años. Rev Cubana Cir 1985; 24:424-9.
6. Barrios Torres E, Eraña Guerra L, Sumano Avendaño E. Testículos supernumerarios. Bol Med Hosp Infant Mex 1989;46(1):56-9.
7. Becerra A, Castillo D, et al. Poliorquidismo. Rev Cubana Pediatr.1998; 70 (4):185-188.
8. J.G. Velázquez, F.R Flores et al. Poliorquidismo: aportación de un caso y revisión de la literatura actual. Actas Urol Esp. Vol 30(4).2006.
9. B. Nuñez García, N Alvarez Garcia M, et al.Poliorquismo en edad pediátrica: a propósito de un caso y revisión de la literatura. Cir Pediatr.2021;34:160-16.
10. Bergholz R, Wenke K. Polyorchidism: A Meta-Analysis. J Urol. 2009; 182:2422.