

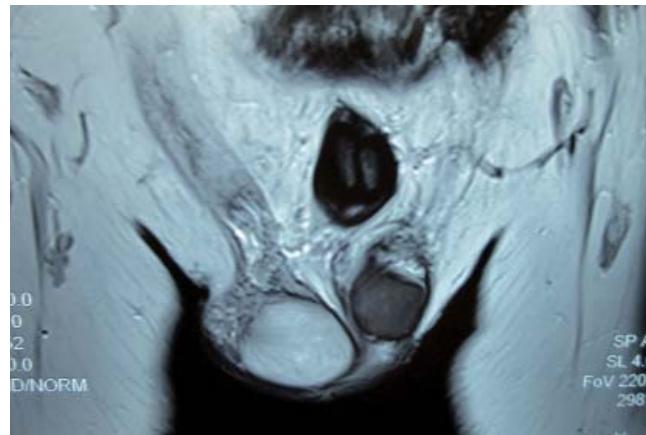


## Atrofia testicular secundaria a reparación de hernia inguinal

Luis Gerardo Domínguez Carrillo,<sup>1</sup> Juan Francisco Funes Rodríguez,<sup>2</sup> Christian Ramme Cruzat<sup>3</sup>

Masculino de 40 años, con dos meses de reparación abierta de hernia inguinal izquierda y colocación de malla de polipropileno, acude a rehabilitación por presentar dolor urente localizado en el quinto interno de la región inguinal y la base izquierda del pene. En la exploración en rehabilitación, se observó abdomen con cicatriz de siete centímetros en la región inguinal izquierda, blando, no doloroso; peristalsis normal, con prueba de Carnett positiva, presencia de alodinia e hiperestesia en el quinto interno del ligamento inguinal y la porción izquierda de la base del pene, anestesia de la mitad derecha de la bolsa escrotal. A la palpación, se encontró testículo izquierdo disminuido de volumen en 50% comparado con el ipsilateral, indurado, no doloroso, con diagnósticos de: a) lesión del nervio ilioinguinal izquierdo y b) atrofia testicular izquierda. Se solicitó resonancia magnética pélvica, que corroboró atrofia testicular (*Figura 1*). Se canalizó a valoración por cirugía y urología para su manejo.

Las complicaciones de la reparación de la hernia inguinal<sup>1</sup> se presentan en 1.7 a 8% de todos los casos; la recurrencia de la hernia es la más frecuente (0.3 a 3.8%), seguida de lesión de los conductos deferentes (1.6%) y lesión de los vasos espermáticos, la cual origina orquitis isquémica, que lleva a atrofia testicular<sup>2</sup> en 0.2 a 1.1% de todas las reparaciones de hernia inguinal.



**Figura 1.** Resonancia magnética ponderada en T2, corte coronal a nivel de la bolsa escrotal, donde se observa testículo derecho con características normales y testículo izquierdo atrófico con menor volumen, mostrando señal de baja intensidad.

Esta lesión puede originarse tempranamente de manera directa durante la cirugía o en forma tardía, causada por el tejido cicatrizal como resultado del proceso inflamatorio tisular en respuesta a la malla y su adhesión a las estructuras del cordón espermático; otro mecanismo de lesión propuesto es la trombosis aguda del plexo venoso pampiniforme más que lesión arterial, debido al importante flujo colateral de los testículos a partir de la arterias epigástrica, vesical, prostática y escrotal, que proporcionan hasta 40% del flujo testicular. Otras complicaciones menos frecuentes incluyen atrapamiento testicular en el canal inguinal, infección y daño por sección o atrapamiento de los nervios ilioinguinal (como en el caso presentado), iliohipogástrico y genitocrural.<sup>3,4</sup> El diagnóstico de isquemia testicular se establece por ultrasonido; la apariencia y el aspecto de isquemia testicular resultan en incremento de volumen testicular durante las fases aguda y subaguda; existe reducción del volumen durante la fase crónica. El parénquima testicular aparece hipoeocoico, con flujo sanguíneo no detectable en Doppler color; se puede observar hipertrofia de los

<sup>1</sup> Especialista en Medicina de Rehabilitación. Profesor de la Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato. México

<sup>2</sup> Cirujano General. División de Cirugía del Hospital Ángeles León.

<sup>3</sup> Urólogo, División de Cirugía del Hospital Ángeles León.

Correspondencia:

Dr. Luis Gerardo Domínguez Carrillo

Correo electrónico: lgdomínguez@hotmail.com

Aceptado: 22-11-2016.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

vasos cremastéricos en la fase crónica.<sup>3</sup> En la resonancia magnética, el parénquima testicular normal presenta señal homogénea e intermedia en secuencias T1 e intensa en secuencias T2. La túnica albugínea se presenta como una fina banda de baja intensidad de señal en ambas secuencias; cuando existe atrofia testicular, además de la disminución de su volumen, el testículo aparece con una baja intensidad de señal.<sup>4</sup>

#### REFERENCIAS

1. Meier AH, Ricketts RR. Surgical complications of inguinal and abdominal wall hernias. *Semin Pediatr Surg.* 2003; 12: 83-88.
2. Pepe P, Aragona F. Testicular ischemia following mesh hernia repair and acute prostatitis. *Indian J Urol.* 2007; 23: 323-325.
3. Dellabianca C, Bonardi M, Alessi S. Testicular ischemia after inguinal hernia repair. *J Ultrasound.* 2011; 14: 205-207.
4. Ocantos JA, Losada LF, Rey GV, Fattal JV, Layus O, Sinclair ME et al. Resonancia magnética testicular: ayudando al urólogo en la toma de decisiones. *Rev Arg Urol.* 2011; 76: 148-157.