

11237
53
22



**Universidad Nacional
Autónoma de México**



Facultad de Medicina
DIVISION DE ESTUDIOS
DE POSGRADO
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS
MEDICOS DEL DEPARTAMENTO
DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA
DEPARTAMENTO DE POSGRADO
CURSO UNIVERSITARIO DE
ESPECIALIZACION EN:
PEDIATRIA

CIUDAD DE MEXICO
Servicios **DDF**
Médicos

**CORRELACION DE HALLAZGOS CLINICOS-
HISTOLOGICOS EN PACIENTES CON CRIPTOR-
QUIDIA EN EL MOMENTO EN QUE SE REALI-
ZA LA ORQUIOPEXIA**

**TRABAJO DE INVESTIGACION
C L I N I C A
P R E S E N T A I**

**DR. SAMUEL MOISE CORNELIO GARCIA GARCIA
PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA**

Director de Tesis: Dr. Octavio Mancebo del Castillo Sordo

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1 9 9 0



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	Pág.
Introducción.....	1
Material y Métodos.....	1
Resultados.....	2
Discusión.....	7
Conclusiones.....	7
Resumen.....	9
Referencias.....	10

INTRODUCCION

Las manifestaciones clínicas que se presentan en los pacientes con criptorquidia están ausentes y sólo son específicos a la exploración física, por la ausencia de masa testicular en la bolsa escrotal¹. Por esta razón se han encontrado en este estudio niños con criptorquidia de edad muy elevada sin diagnóstico previo, por tanto, no se puede implantar un cuadro clínico para este hallazgo, si no sólo la exploración manual repetitiva y oportunamente desde el nacimiento². En este trabajo describimos las anomalías histológicas en muestras de tejidos testiculares de niños de diferente edad con testículos no descendidos.

MATERIAL Y METODOS

De septiembre a noviembre de 1989 se estudiaron prospectivamente a todos los niños que ingresaron a la sala de cirugía del Hospital Infantil Villa dependiente del D.D.F., con el diagnóstico de criptorquidia, caracterizado por la ausencia testicular en la bolsa escrotal, estos últimos se encontraron en el canal inguinal o intrabdominal.

No hubo pacientes que se excluyeran, ya que a todos los que se programaron se les realizó orquiopexia y durante el transoperatorio se les tomó biopsia de tejido testicular de un polo, no presentando complicaciones durante el curso del estudio.

Las muestras testiculares fueron obtenidas en sacabocado con bisturí, tomadas por el cirujano y depositadas en formol al 10%, sin conocer el resultado fueron enviadas al patólogo, la

fijación fue realizada en laminillas teñidas con H.E., tricrómica de Masson y PAS.

RESULTADOS

Durante dicho período ingresan al estudio, 20 pacientes de diferente edad ninguno fue eliminado, de los 20 pacientes ninguno presentó alteración maligna. Para el análisis y presentación de los resultados, los pacientes fueron ordenados de mayor edad a menor edad en la siguiente tabla de datos, tomando en cuenta los siguientes datos; edad del paciente cuando se realiza el diagnóstico, si había recibido hormonoterapia, localización del testículo, tamaño del testículo, consistencia testicular, edad a la que se realiza la orquiopexia y por último los hallazgos histológicos.

Se hace muy evidente las siguientes características en esta estadística, al compararse la consistencia testicular en la pieza posoperatoria, a mayor edad aumenta la consistencia y viceversa a menor edad, otro dato que llama poderosamente la atención es la discrepancia en cuanto al diagnóstico y la realización de la orquiopexia, de estos sólo una cuarta parte de la población estudiada su diagnóstico y tratamiento quirúrgico fue en la edad óptima que se recomienda el descenso testicular, los 15 pacientes restantes presentan años de diferencia entre el diagnóstico y el tratamiento.

También se observa que los 20 pacientes que se estudiaron no presentaron hormonoterapia, otro parámetro importante que se debe comentar es la localización de los testículos en el momento de realizar la orquiopexia, a mayor edad su localización

en el canal inguinal.

Los hallazgos encontrados en cada una de las biopsias se mencionan a continuación en el cuadro siguiente. Observándose fibrosis intersticial escasa en todas las biopsias, fase estática en su gran mayoría, en los pacientes de 10 años en adelante las células de Leydin se encuentran de aspecto normal.

EDAD DEL PACIENTE AL DIAGNOSTICO	TERAPEUTICA	EDAD A LA QUE SE REALIZA LA ORQUIOPEXIA	LOCALIZACION DEL TESTICULO
1.- 2 años	No	9 años	Abdominal
2.- 4 meses	No	6 años	Abdominal
3.- 2 años	No	4 años	Abdominal
4.- 1 año	No	6 años	Abdominal
5.- 4 años	No	13 años	Abdominal
6.- 2 años	No	6 años	Abdominal
7.- 3 años	No	10 años	Abdominal
8.- 4 años	No	14 años	Abdominal
9.- 2 años	No	2 años	Conducto inguinal
10.- 4 años	No	9 años	Abdominal
11.- 5 años	No	13 años	Abdominal
12.- 3 años	No	7 años	Abdominal
13.- 2 años	No	2 años	Conducto inguinal
14.- 3 años	No	4 años	Conducto inguinal
15.- 2 años	No	2 años	Conducto inguinal
16.- 4 años	No	4 años	Abdominal
17.- 5 años	No	5 años	Abdominal
18.- 2 años	No	2 años	Conducto inguinal
19.- 2 años	No	2 años	Conducto inguinal
20.- 6 años	No	6 años	Abdominal

TAMAÑO DEL TESTICULO	CONSISTENCIA DEL TESTICULO	HALLAZGOS HISTOLOGICOS
1.- 2x0.9 cm.	Firme	Biopsia de testículo en fase de crecimiento. Se observan células intersticiales de Leyding de aspecto normal, hay escasa fibrosis intersticial.
2.- 3x1 cm.	Firme	Biopsia de testículo con cuadro histológico de fase de crecimiento y con escasa fibrosis intersticial.
3.- 3x1.2 cm.	Firme	Biopsia de testículo en fase de crecimiento y con fibrosis intersticial moderada.
4.- 2.8x1.1 cm.	Firme	Biopsia de testículo en fase estática.
5.- 1.6x1 cm.	Firme	Biopsia de testículo en fase estática.
6.- 1.8x0.9 cm.	Firme	Testículo en fase estática y sólo en focos se observa cuadro histológico de etapa de crecimiento; hay escasa fibrosis intersticial. Los conductos epididimarios muestran dilatación moderada.
7.- 1.9x1 cm.	Suave	Biopsia de testículo con cuadro histológico de fase estática, además con fibrosis intersticial moderada.
8.- 1.5x0.8 cm.	Suave	Biopsia de testículo en fase estática y en focos muestra fase de crecimiento, además hay fibrosis intersticial moderada.
9.- 1.3x0.8 cm.	Suave	Biopsia de testículo en fase estática y con escasa fibrosis intersticial.

TAMAÑO DEL TESTICULO	CONSISTENCIA DEL TESTICULO	HALLAZGOS HISTOLOGICOS
10.- 1.3x0.9 cm.	Suave	Biopsia de testículo en fase estática.
11.- 1.2x0.7 cm.	Suave	Biopsia de testículo en fase estática y con escasa fibrosis intersticial.
12.- 1.4x0.6 cm.	Suave	Biopsia de testículo con cuadro histológico de fase estática, además con fibrosis intersticial moderada.
13.- 1.1x0.6 cm.	Suave	Biopsia de testículo en fase estática y en focos muestra fase de crecimiento, además hay fibrosis intersticial moderada.
14.- 1.0x0.7 cm.	Suave	Biopsia de testículo en fase estática y con escasa fibrosis intersticial.
15.- 1.0x0.6 cm.	Suave	Biopsia de testículo en fase estática.
16.- 1.0x0.5 cm.	Suave	Biopsia de testículo en fase estática, y con escasa fibrosis intersticial.
17.- 0.9x0.5 cm.	Suave	Biopsia de testículo con cuadro histológico de fase estática, además con fibrosis intersticial moderada.
18.- 0.8x0.6 cm.	Suave	Biopsia de testículo en fase estática y en focos muestra fase de crecimiento, además hay fibrosis intersticial moderada.
19.- 0.8x0.7 cm.	Suave	Biopsia de testículo en fase estática y con escasa fibrosis intersticial.
20.- 0.8x0.6 cm.	Suave	Biopsia de testículo en fase estática.

DISCUSION

En este trabajo se describen las alteraciones histológicas en niños con criptorquidia de edades diferentes, con límites inferiores 2 años y superiores 14 años, los cambios morfológicos de las células de Leyding se encuentran normales.

Se estableció claramente la presencia de testículos normales, teniendo especial cuidado en el manejo y procesamiento de las muestras.

En general los hallazgos son compatibles con lo referido por otros autores. A pesar de que se han descrito múltiples alteraciones testiculares en pacientes con criptorquidia, nuestros estudios se encontraron normales; de lo anteriormente expuesto, podemos decir que el análisis cuidadoso, de una biopsia, tan simple y la correcta búsqueda e interpretación de los cambios morfológicos, pueden ser de ayuda invaluable para el diagnóstico y manejo oportuno de las alteraciones testiculares en niños con criptorquidia.

CONCLUSION

La criptorquidia es asintomática y la descubre el paciente o el médico al advertir que en el escroto no hay testículo. La criptorquidia puede ser unilateral o bilateral; en el primer caso es algo más frecuente del lado derecho. Cuando se descubre antes de la pubertad, el testículo suele tener forma, tamaño y consistencia normales, y sólo es anómala su posición. Sin embargo, hacia la pubertad sobreviene atrofia progresiva y el órgano presenta disminución gradual del tamaño y aumento de la consistencia; en la superficie de corte se advierte mayor

cantidad de tejido fibroso, que al parecer sustituye al parénquima testicular.

En cuanto al aspecto histológico, la atrofia macroscópica se acompaña de engrosamiento hialino progresivo de la membrana basal de los tubos.

La criptorquidia no sólo tiene interés teórico, pues considerando los cambios morfológicos, es patente que puede originar esterilidad cuando es bilateral.

La atrofia prepuberal se atribuye a la temperatura más alta en el medio del testículo que no está en el escroto. Cuando está situado en el conducto inguinal, queda particularmente expuesto a traumatismos y enlastamiento.

Un tema muy discutido se refiere a si la criptorquidia se acompaña de mayor frecuencia de cáncer testicular y en cuanto a este aspecto no podemos concluir nada, además, cuando la posición del testículo se corrige antes de los 2 años de edad, el peligro disminuye aún más hasta prácticamente cifras de cero.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

RESUMEN

Con el fin de determinar la frecuencia de los pacientes que cursan con criptorquidia, que acuden a Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal. Y al revisar que no existen datos estadísticos en cuanto a criptorquidia en los hospitales del D.D.F., y siendo este tipo de padecimiento común en la práctica pediátrica.

Se realiza una revisión prospectiva de niños con criptorquidia que acudieron al Hospital Infantil Villa del D.D.F., en donde se realizan las tomas de tejido testicular, para determinar las alteraciones histológicas, incluyendo los niños con edades de 2-14 años, siendo un total de 20.

Se encontró que existe predominio de pacientes sin diagnóstico oportuno, representan el grupo mayoritario y que de éstos los hallazgos histológicos fueron normales.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Mengel W, Zimmermann FA, Hecker WCh: Timing of repair for undescended testes. In Jonkalsrud EW, Mengel W (eds): The Undescended Testis. Chicago. Year Book Medical, 1981, p 170.
- 2.- Hedinger CHR: Histological data in cryptorchidism, diagnosis and treatment. *Pediatr Adolesc Endocrinol* 6:3-8, 1979.
- 3.- Hadziselmovic F: Cryptorchidism: Ultrastructure of normal and cryptorchid testis development. *Adv Anat Embryol Cell Biol* 53(3):3-9, 1977.
- 4.- Mengel W, Zimmermann FA: Immunological aspects of cryptorchidism. In Jonkalsrud EW, Mengel W (eds): The Undescended Testis. Chicago, Year Book Medical, 1981, p 184.
- 5.- Hadziselmovic F: Current treatment of cryptorchidism. *Dial Pediatr.*
- 6.- Rajfer J, Handelsman DJ, Swerdloff RS, et al: Hormonal therapy of cryptorchidism: A randomized, double-blind study comparing HCG and gonadotropin-releasing hormone. *N Engl J Med* 314:466-470, 1986.
- 7.- Ludwig G, Potempa J: Der optimale Zeitpunkt der Behandlung des cryptorchidism. *Dtsch Med Wochenschr* 100:680-686, 1975.