

TORSIONE DEL TESTICOLO

Cosa è?

Rappresenta un'emergenza chirurgica. Consiste nella torsione del funicolo spermatico con conseguente compromissione della vascolarizzazione testicolare. Il danno ischemico che può compromettere la morfologia testicolare a lungo termine e la spermiogenesi avviene nell'arco di una finestra temporale di 4-8 ore. Il ritardo nella diagnosi o nel trattamento può portare alla perdita della gonade.

Può essere extravaginale (più frequentemente prenatale nel processo di discesa del testicolo nel canale inguinale) oppure intravaginale (tipica dell'età postnatale). La torsione del testicolo è più frequente durante la pubertà, periodo in cui avviene una rapida crescita e un aumento della vascolarizzazione del testicolo, entrambi fattori che aumentano il rischio di tale patologia. Un'anomalia congenita dei mezzi di fissità del testicolo (deferente, epididimo, vasi e scroto) definita a "batacchio di campana" è spesso ritrovata nei soggetti affetti e vi è un aumentato rischio di torsione del funicolo controlaterale nei pazienti in cui si sia già verificata da un lato. Altra condizione predisponente alla torsione è l'incompleta discesa del testicolo.

Come si presenta:

Il sintomo principale della torsione testicolare è un intenso dolore testicolare unilaterale, spesso associato a nausea ed a vomito. Il dolore è continuo e persistente. Una storia di dolore testicolare intermittente può essere presente quando sono avvenuti precedenti episodi di torsioni e detorsioni intermittenti.

L'esame obiettivo deve comprendere l'esame dell'addome, della zona inguinale e dello scroto così da valutare anche le altre cause di dolore testicolare.

Il testicolo coinvolto appare posizionato più in alto rispetto al controlaterale, con un orientamento trasversale, con l'epididimo localizzato anteriormente e duro alla palpazione. Il riflesso cremasterico è spesso assente.

Lo scroto si presenta eritematoso e duro, con un grado di gravità crescente in correlazione con la durata della torsione. Nelle fasi tardive della torsione testicolare, l'edema e l'iperemia scrotale possono essere tali da nascondere i segni testicolari caratteristici, rendendo l'esame obiettivo più difficile.

Nella diagnosi differenziale del dolore testicolare acuto includere:

- Torsione di appendici testicolari (residui embrionari mulleriani): dolore che insorge improvvisamente ma a carattere meno severo, spesso di durata superiore alle 12 ore, noduli palpabili e visibili attraverso lo scroto ("blue-dot" sign) a livello del polo superiore del testicolo; utile ecocolorDoppler e terapia antiinfiammatoria;
- Epididimite: dolore e edema scrotale che insorgono gradualmente e peggiorano nell'arco di giorni. Non ci sono nausea e

vomito; più comuni la febbre e la disuria. Presenza di piuria e batteriuria all'esame delle urine. Può essere di natura batterica (E. Coli e Mycoplasma sp in età prepubere, Chlamydia e infezioni gonococciche nei ragazzi sessualmente attivi), e in questi casi è indicata la terapia antibiotica, oppure virale (orchite da virus della parotite, adenovirus, enterovirus, influenza, parainfluenza), in cui è indicata solo una terapia di supporto;

- Ernia inguinale incarcerata;
- Porpora di Schoenlein-Henoch: oltre alla presenza degli altri sintomi caratteristici della vasculite, l'ecocolorDoppler esclude la compromissione della vascolarizzazione testicolare.

Quali esami di laboratorio fare:

- **L'esame delle urine:** può essere utile nella diagnosi differenziale del dolore testicolare acuto. Piuria e batteriuria sono caratteristiche di epididimiti o orchiti infettive.

Quali esami strumentali fare:

- **L'ecografia testicolare con color Doppler:** valuta anatomicamente il testicolo e il funicolo spermatico e la vascolarizzazione di tali strutture. Può individuare una torsione del funicolo anche quando il flusso testicolare non è compromesso. È uno studio supplementare alla valutazione clinica e deve essere effettuato quando la diagnosi è dubbia.

Se il sospetto di torsione è forte sulla base della storia e della clinica del paziente, l'ecografia è superflua e rappresenta una perdita di tempo prezioso quando è indicato un intervento chirurgico d'emergenza.

Come trattarlo in PS:

Nel sospetto di torsione testicolare, se la compliance del paziente lo permette e l'intervento chirurgico non può essere eseguito tempestivamente, previa adeguata analgesia, può essere eseguita la manovra di detorsione manuale del testicolo con una rotazione che vada dall'interno verso l'esterno. Se tale procedura è eseguita con successo il testicolo cambia orientamento, discende all'interno dello scroto, e il paziente avverte immediato sollievo. Tuttavia solo i due terzi dei pazienti beneficiano della rotazione verso l'esterno, dunque in caso di insuccesso, può essere eseguito un ulteriore tentativo nell'altro senso (dall'esterno verso l'interno).

La detorsione manuale del testicolo può giocare un ruolo di fondamentale importanza nel ridurre il grado di ischemia quando c'è un ritardo nell'effettuare l'intervento chirurgico; tuttavia tale manovra non sostituisce l'esplorazione e la fissazione chirurgica in sala operatoria.

Dove possibile, **l'esplorazione chirurgica deve essere eseguita tempestivamente appena è posto il sospetto di una torsione testicolare**. Dopo la detorsione del testicolo coinvolto, si procede all'orchidopessi del testicolo controlaterale. Successivamente, viene valutato l'aspetto del testicolo coinvolto: se non è più vitale (evidenti segni di necrosi) viene rimosso, altrimenti viene fissato allo scroto. I testicoli fissati chirurgicamente possono, anche se più raramente, andare incontro a nuovi episodi di torsione.

Quali sono le indicazioni al ricovero:

Ricovero nel post-operatorio.

Quali sono le raccomandazioni domiciliari:

Recarsi immediatamente in PS quando insorge un dolore testicolare acuto.

Terapia antidolorifica e antibiotica del post-operatorio.

BIBLIOGRAFIA

1. Sonographic appearances of torsion of the appendix testis and appendix epididymis in children. Lev M, Ramon J, Mor Y, Jacobson JM, Soudack M. J Clin Ultrasound. 2015 Feb 20.
2. Parental perception of acute scrotal pain in children. Ubee SS, Hopkinson V, Srirangam SJ. Ann R Coll Surg Engl. 2014 Nov;96(8):618-20
3. Acute testicular pain in children: collaboration in timely management. Ford KE, Cooper LL, Thenabadu S. Eur J Emerg Med. 2015 Feb;22(1):55-7
4. Ramachandra P, Palazzi KL, Holmes NM, Marietti S. Factors influencing rate of testicular salvage in acute testicular torsion at a tertiary pediatric center. West J Emerg Med. Jan 2015;16(1):190-4.
5. Sharp, VJ; Kieran, K; Arlen, AM (Dec 15, 2013). "Testicular torsion: diagnosis, evaluation, and management.". American family physician 88 (12): 835-40.

