

Estudio de satisfacción de la implantación de prótesis testiculares en niños

Y. Martínez, A. Millán, R. Gilabert, L. Delgado, J.C. De Agustín

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.

RESUMEN

La ausencia testicular en niños puede ser una experiencia psicológica traumática, que puede evitarse implantando una prótesis testicular (PT). Sin embargo, no existe un consenso en la edad óptima de intervención. Evaluamos las prótesis testiculares implantadas en nuestro centro y sus complicaciones, así como la satisfacción de los pacientes y familiares.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de PT colocadas entre 2004-2010. Variables analizadas: edad, tamaño, lateralidad, abordaje quirúrgico, complicaciones y comorbilidad asociada.

Encuesta telefónica a 50 familiares, por entrevistador único. Datos recogidos: persona entrevistada, satisfacción con las características (forma, tamaño, localización y consistencia), preocupación psicológica del niño, analgesia postcirugía, aprobación de reintervención y recomendación a familiares en situación similar.

Análisis estadístico con SPSS 18.0.

Resultados. Se colocaron 107 PT (4 bilaterales, 64 izquierdas y 35 derechas), a una edad media de $70,1 \pm 58,6$ meses. El motivo más frecuente fue por criptorquidia (48,2%). El abordaje inicial inguinal en el 69%, el 29,9% con orquidopexia contralateral. Dos pacientes presentaron complicaciones.

La madre fue la persona entrevistada en el 71%. Respecto al tamaño, forma y localización, lo consideraron adecuado el 55,6, 66,7 y 82,22%, respectivamente. Un 82,3% manifestaron consistencia dura. Ausencia de preocupación psicológica en el 86,7%, aunque el 95% está dispuesto a reemplazarla. El 86,7% recomendaría la PT a pacientes en la misma situación.

Conclusión. La colocación de PT es una medida temporal que evita la preocupación psicológica. Sin embargo, la insatisfacción con el tamaño y dureza de la PT hace necesario el reemplazamiento al llegar a la pubertad, por lo que nos seguimos cuestionando si lo más beneficioso es colocar la PT en la infancia o, por el contrario, sería conveniente tomar una decisión consensuada y razonada con la familia.

PALABRAS CLAVE: Prótesis testicular; Satisfacción; Criptorquidia.

Correspondencia: Yolanda Martínez Criado. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Virgen del Rocío. C/ Manuel Siurot s/n. 41013 Sevilla
E-mail: yoli84mc@hotmail.com

Recibido: Septiembre 2011

Aceptado: Noviembre 2011

STUDY OF SATISFACTION OF TESTICULAR PROSTHESIS IMPLANTATION IN CHILDREN

ABSTRACT

Testicular absence may cause psychological trauma in children. It can be avoided by placing testicular prosthesis (TP). However there is no consensus on the optimal age of implantation. We evaluate the results of TP implantation and their complications, as well as patient and family satisfaction.

Material and methods. This is a retrospective study of TP implanted between 2004-2010 in our center. Variables analyzed are: age, size and side, indication, surgical technique, complications and comorbidity.

Telephone survey was done by a single interviewer to 50 families. Data collected: general family satisfaction, characteristics of the prosthesis (size, shape, location and consistency), body image and psychological situation of the child, duration of analgesia after surgery, reoperation rate, and family advice to other parents. Statistical analysis with SPSS-18.0.

Results. 107 prostheses were placed (4 bilateral, 64 left and 35 rights) at a mean age of $70,10 \pm 58,6$ months. The most common indication was cryptorchidism (48.2%). Initial inguinal approach in 69%, and simultaneous contralateral orchidopexy in 29.9%. Only one patient refused the prostheses.

In 71% the mother was interviewed. Parents consider size, shape and position appropriate in 55.6%, 66.7% and 82.22% respectively. Hard consistency of TP was considered in 82.3% of the patients. Psychological problems were absent in 86.7%. Eighty five percent would be willing to replace when it was necessary. Parents would recommend the intervention to parents in the same situation in 86.7%.

Conclusion. Testicular prosthesis avoids psychological trauma. The lack of satisfaction regarding to the small size and hardness makes necessary to replace the TP in adulthood. An open question remains whether we should consider the placement of TP in early ages, or if we should establish some indications based on a more rational communication with the family.

KEY WORDS: Testicular prosthesis; Satisfaction; Cryptorchidism.

INTRODUCCIÓN

La ausencia testicular en niños puede ocasionar una experiencia psicológica traumática y ser una causa de preocu-

pación, generalmente coincidiendo con el inicio de la escolarización⁽¹⁾. La criptorquidia, anorquia y atrofia, son las principales causas de ausencia testicular, siendo la torsión, tumores o traumatismos etiologías menos frecuentes. La colocación de una prótesis testicular permite solventar el defecto estético y psicológico que conlleva la bolsa escrotal vacía en los niños. Sin embargo, no existen estudios a largo plazo que pongan de manifiesto la verdadera necesidad de la misma, ni la edad más óptima de implantación. El objetivo de este trabajo es estudiar las prótesis testiculares colocadas en nuestro hospital, y conocer la satisfacción de familiares y pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio observacional retrospectivo de las PT implantadas en nuestro centro hospitalario entre el 2004-2010. Para ello revisamos las historias clínicas con los consentimientos informados, y analizamos las siguientes variables: edad de implantación, tamaño de la PT (5 cc, 10 cc, 20 cc), lado de colocación (izquierdo, derecho o bilateral), abordaje quirúrgico inicial (laparoscopia *versus* vía inguinal), complicaciones postquirúrgicas y comorbilidad asociada con la ausencia testicular.

En la segunda parte de nuestro estudio, realizamos una entrevista telefónica de 10 preguntas a 50 familias elegidas aleatoriamente (Tabla I). La elaboración de la encuesta se realizó basándonos en estudios previos y en nuestra propia experiencia personal. Las preguntas son formuladas por un único entrevistador. La primera pregunta era para identificación de la persona entrevistada, siendo un requisito imprescindible que fuera un familiar o tutor encargado del cuidado del niño. Las 4 siguientes recogían la satisfacción con las características de la PT: forma, tamaño, localización y consistencia. Las dos siguientes preguntas eran para saber si el niño había manifestado alguna preocupación y cómo se sentía con su situación corporal. La octava pregunta era para conocer el tiempo de analgesia requerida después de la operación. En la pregunta 9 preguntábamos sobre la disposición a una nueva reintervención futura para recambio de la prótesis. Con la pregunta 10 queríamos conocer si aconsejaría la implantación de PT a familiares que se encontraran en situación similar.

Todos los datos, tanto del estudio retrospectivo como de la encuesta, fueron introducidos en una base de datos EXCEL. Posteriormente se analizaron con el paquete estadístico SPSS 18.

RESULTADOS

Se han estudiado 107 PT colocadas en dicho periodo (4 bilaterales, 64 izquierdas y 35 derechas). La edad media de colocación fue $70,1 \pm 58,6$ meses. Las PT fueron implantadas

Tabla I Cuestionario de satisfacción

1. Persona entrevistada:
 - a) Madre
 - b) Padre
 - c) Otro familiar
2. ¿Piensa que el tamaño de la prótesis es el adecuado?
 - a) Adecuado
 - b) Muy grande
 - c) Muy pequeño
3. ¿Piensa que la forma de la prótesis es adecuada?
 - a) Se parece al teste contralateral
 - b) Demasiado redonda
 - c) Demasiado alargada
4. ¿Es adecuada la posición de la prótesis?
 - a) Adecuado
 - b) Demasiada alta
 - c) Demasiado baja
5. ¿Cómo nota la consistencia de la prótesis al tocarla?
 - a) Dura
 - b) Similar al contralateral
 - c) No sabe
6. ¿Sintió su hijo alguna preocupación durante algún periodo?
 - a) No sintió preocupación
 - b) Durante menos de 12 semanas
 - c) Más de un año
7. ¿Se siente a gusto con su situación corporal o manifiesta alguna incomodidad?
 - a) A gusto
 - b) No manifiesta nada
 - c) A disgusto
8. ¿Durante cuánto tiempo después de la intervención precisó analgesia para el dolor?
 - a) 24-48 horas
 - b) 72 horas-1 semana
 - c) Más de 1 semana
9. ¿Recomendaría a otros padres la colocación de una prótesis testicular para sus hijos?
 - a) Sí
 - b) No
10. Si a su hijo hubiera que recambiarle la prótesis por complicaciones o estéticas, ¿estaría de acuerdo en reintervenirlo?
 - a) Sí
 - b) No

mediante abordaje inguinal. Respecto al tamaño seleccionado, disponíamos de pequeño (5 cc), mediano (12,5 cc) o grande (20 cc). El volumen empleado se decidió en función de la edad y el tamaño del teste contralateral.

Las indicaciones quirúrgicas más frecuentes fueron la criptorquidia en el 48,2%, siendo el 21,8% de los casos con teste no palpable, la anorquia (20,7%) y la atrofia testicular (13,8%). La torsión testicular y los tumores fueron indicaciones menos frecuentes, debido a su menor incidencia entre los pacientes pediátricos. En dos pacientes como causa de intervención fue el recambio de la PT previa (Fig. 1).

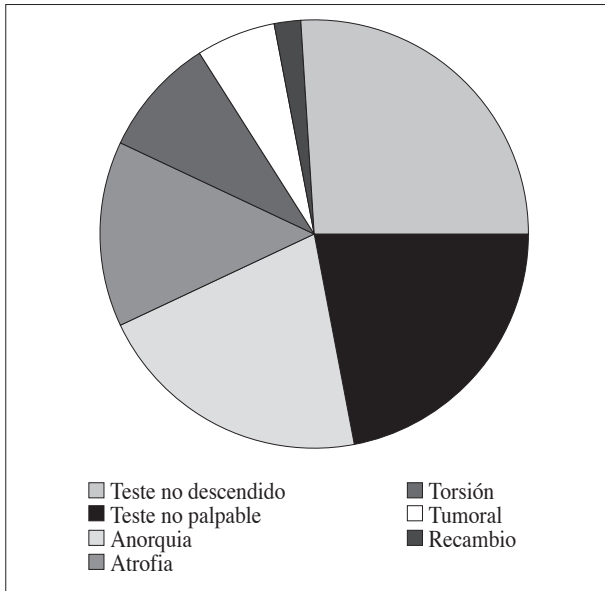


Figura 1. Indicaciones de colocación de prótesis testiculares.

El abordaje quirúrgico inicial fue por vía inguinal en el 69%, realizándose en el 29,9% de los pacientes con orquidopexia contralateral. La laparoscopia exploradora se realizó como técnica inicial en el 29% de los casos.

Tan sólo dos pacientes presentaron complicaciones. Uno de ellos fue una infección de herida quirúrgica que curó con drenaje y antibióticos. El segundo caso fue la extrusión de la PT, que obligó a su retirada.

El 13,1% de los casos presentaban malformaciones asociadas, siendo las más frecuentes las genitourinarias, seguidas de las cardíacas. La asociación con alteraciones en el cariotipo se halló en dos pacientes (un paciente con síndrome de Asperger y otro con síndrome de Down).

Con respecto a la entrevista de satisfacción telefónica, la madre fue la persona entrevistada en el 71%, siendo en el resto de los casos el padre o tutor.

Respecto al tamaño de la PT, el 55,6% lo consideraban adecuado respecto al testículo contralateral, un 26,67% más grande y un 17,78% lo percibían pequeño, siendo estos últimos los que llevaban más tiempo colocadas. En cuanto a la forma, el 66,7% la consideran adecuada, siendo considerada demasiado redonda en un 24,44% de los casos, y alargada en tan sólo el 8,89%. La localización de la PT en la bolsa escrotal, la consideraron el 82,22% adecuada, demasiado alta en el 11,11% y demasiado baja en el 6,67%. La consistencia dura a la palpación fue manifestada en un 82,22% de los casos (Fig. 2).

La ausencia de preocupación psicológica fue manifestada por el 86,7% de los encuestados, aunque un 15,5% se sienten incómodos con la prótesis.

Sólo un 4,4% de los pacientes, necesitaron analgesia más de 7 días después de la intervención. El 95,56% manifiesta a estar dispuesto al recambio de la prótesis.

El 86,7% recomendaría la colocación de una PT a pacientes en la misma situación.

DISCUSIÓN

La anorquia o exéresis testicular secundaria a criptorquidia, atrofia, torsión o tumores, da lugar a una bolsa escrotal vacía que puede originar un trauma psicológico en la infancia. El defecto anatómico puede producir un complejo de castración que, en ocasiones, es incrementado por la propia familia. Las consecuencias en el niño son trastornos en el comportamiento, preocupación psicológica y aislamiento. La percepción de la imagen corporal se forma hacia los tres años, por lo que sería recomendable colocar la prótesis testicular

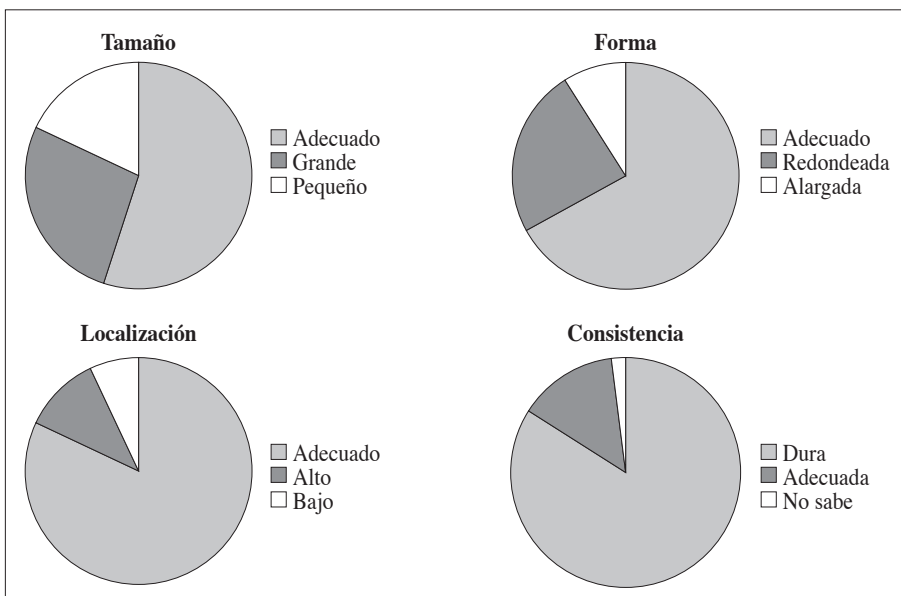


Figura 2. Resultados de la encuesta de satisfacción familiar respecto a las características de las prótesis testiculares.

antes de los 5 años, que es cuando la escolarización puede hacer más evidente y traumático el defecto estético que supone tener una bolsa vacía⁽¹⁾. Aunque en muchos centros la implantación de la prótesis sólo se realiza en el caso de escroto plano y, generalmente, no por motivos estéticos, ya que es un procedimiento que conlleva unos costes económicos elevados.

Cuando el implante es precoz, debe elegirse un tamaño adecuado respecto al contralateral. Al llegar a la pubertad, la disimetría de tamaño entre la prótesis y el teste contralateral hacen necesario su recambio para solventar el defecto estético, siendo motivo de insatisfacción familiar en nuestro estudio.

La colocación de la prótesis se realiza vía inguinal, y dispone de un asa de fijación que se ancla al fondo de la bolsa escrotal para lograr su adecuada posición. La forma de la prótesis es ovoide lo que hace que sea muy similar a un teste normal.

El material de la prótesis es gel de silicona recubierto de dimetilfluorosilicona copolímero y polimidina tilsioxolano. Con el tiempo su consistencia a la palpación es más dura que el teste contralateral, debido a la reacción fibrosa que produce el tejido adyacente. Esto es percibido por los pacientes y familiares al palparlo, pero no visualmente. Se debería seguir avanzando en la elaboración de prótesis de consistencia más blanda y elástica⁽²⁾.

Las contraindicaciones para la implantación de PT son la existencia de infecciones generalizadas o localizadas en vías urinarias o escroto, antecedentes de enfermedades autoinmunes o neoplasias⁽³⁾.

La intervención por vía inguinal es segura, y el dolor postoperatorio es de muy corta duración, requiriendo analgesia durante un breve periodo de tiempo (menos de 72 h en nuestro centro). Las complicaciones postquirúrgicas de nuestra serie son escasas, siendo la extrusión la más grave, que obligó a la retirada de la PT⁽⁴⁻⁶⁾.

CONCLUSIÓN

En conclusión, debemos tener en cuenta que la colocación de una PT es una medida temporal que evita la preocupación psicológica y el defecto estético evidente que supone tener una bolsa testicular vacía durante la infancia. Además, en los casos de escroto plano, impide la atrofia de la bolsa escrotal, permitiendo el desarrollo de la misma para albergar una prótesis de tamaño adulto al llegar la pubertad. Respecto a la edad, creemos que es mejor una implantación precoz, coincidiendo con el periodo de inicio de escolarización y de percepción de la imagen corporal.

La decisión de implantación de la PT debe ser consensuada y razonada con los familiares en la consulta, explicándoles las posibles complicaciones, así como la necesidad de un recambio posterior al llegar la pubertad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Incrocchi L, Bosch JLHR, Slob AK. Testicular prostheses: body image and sexual functioning. *BJU Int.* 1999; 84: 1043-5.
2. Bodiwala D, Summerton DJ, Terry TR. Testicular prostheses: development and modern Usage. *Ann R Coll Surg Engl.* 2007; 89: 349-53.
3. Peters W, Keystone E, Snow K, Rubin L, Smith D. Is there a relationship between autoantibodies and silicone-gel implants?. *Ann Plast Surg.* 1994; 32: 1-5; discussion 5-7.
4. Brice A, Ewen M. Simple placement of prosthetic testes in children. *Pediatr Surg Int.* 2006; 22: 422-4.
5. Simms MS, Huq S, Mellon JK. Testicular prostheses: a new technique for insertion. *BJU Int.* 2004; 93: 179.
6. John TT, Fordham MV. Spontaneous rupture of testicular prosthesis with external leakage of silicone – a rare event. *J Urol.* 2003; 170: 1306.