

PRESENTACIÓN DE CASO

Hidrocele gigante en paciente anciano A Giant Hydrocele in an elderly patient

Dra. Ada Arleny Pérez Mayo*, Dra. Yordania Velázquez Avila**

*Especialista de Segundo Grado en Cirugía Pediátrica. Máster en Atención Integral al Niño. Profesor Asistente.
Especialista de Segundo Grado en Dermatología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Aspirante a Investigadora. Profesora Instructora. Hospital Pediátrico Provincial "Mártires de Las Tunas", Las Tunas, Cuba. **Correspondencia a: Dra. Ada Arleny Pérez Mayo, correo electrónico: apmayo@ltu.sld.cu.

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de 87 años, intervenido por primera vez en el Hospital Nacional "San Pedro Necta" del Departamento de Huehuetenango en Guatemala, por presentar hidrocele gigante de más de veinte años de evolución. El examen físico mostró tumoración translúcida dolorosa en la bolsa escrotal izquierda, con el posible diagnóstico de hidrocele tabicado o no comunicante. El preoperatorio consistió en la canalización de vena periférica, administración de profilaxis antibiótica con ceftriaxona y rasurado de la piel. Durante el acto operatorio se constató hidrocele izquierdo, con acumulación de líquido acuoso de la túnica vaginal que rodeaba el testículo, cuantificable alrededor de los 500 ml. La técnica quirúrgica consistió en la eversión o plicatura de la vaginal. No se presentaron entidades asociadas, como quiste del cordón, hernia inguinal o fimosis. No existieron complicaciones. Se reportó una estadía hospitalaria de cuatro días y el paciente evolucionó favorablemente. No ocurrió recidiva durante el año de seguimiento.

Palabras clave: HIDROCELE NO COMUNICANTE O TABICADO.

Descriptor: HIDROCELE TESTICULAR.

SUMMARY

This is the case presentation of an 87-year-old patient who was operated on for the first time at San Pedro Necta National Hospital of Huehuetenango District in Guatemala due to a hydrocele of more than twenty years of development. Physical examination showed a painful tumor in his left scrotum bursa, with the possible diagnosis of septate or non-communicating hydrocele. The preoperative care consisted of peripheral vein canalization, antibiotic prophylaxis with ceftriaxona, and skin shave. During the operation, the left hydrocele was verified; it was quantified in about 500 ml of aqueous fluid accumulation in the tunica vaginalis testis. The surgical technique consisted of vaginalis eversion or plication. No associated entities, such as cord cyst, inguinal hernia, or phimosis, appeared. There were no complications. A hospital stay of four days was reported, and the patient's condition improved favorably. There was no relapse during the follow-up year.

Key words: NON-COMMUNICATING OR SEPTATE HYDROCELE.

Descriptor: TESTICULAR HYDROCELE.

INTRODUCCIÓN

La cooperación médica cubana ha traspasado fronteras, prestando servicios asistenciales en múltiples países. En Cuba el hidrocele gigante es una entidad infrecuente para el residente de las especialidades quirúrgicas de cirugía y de urología, específicamente porque es más significativa la incidencia en las edades pediátricas y es muy raro que se alcance la adultez o la senectud con una

bolsa escrotal de la magnitud de la que se presenta en este caso, agravado por la inaccesibilidad del paciente a un tratamiento quirúrgico durante décadas.

El presente artículo muestra al residente en formación la magnitud que puede alcanzar el hidrocele de no ser tratado precozmente, describiendo las limitaciones que provoca en el



paciente que lo padece y las confusiones diagnósticas que se pueden presentar.

El hidrocele es una colección de líquido entre las dos hojas de la túnica vaginal que rodea el testículo. Para mejor descripción clínica se clasifica en hidrocele comunicante y en hidrocele no comunicante; su etiología está en dependencia de que la persistencia del conducto peritoneo vaginal permita, o no, el paso de líquido peritoneal a la bolsa escrotal. (1)

El cuadro clínico experimenta diferencias notables. El hidrocele comunicante suele adoptar mayor volumen a medida que transcurre el día por determinadas actividades que se realizan, es modificable a la palpación y tiende a disminuir su cuantía al reposo. El hidrocele no comunicante no experimenta estos cambios; es de consistencia firme, tensa, de difícil modificación al palparlo y siempre mantendrá el volumen de líquido en la bolsa, independientemente de la realización de actividad física o reposo. (2)

El conocimiento de la embriología es esencial para todos los casos. El hidrocele congénito, aunque es una anomalía embriológica, puede presentarse en la edad adulta de no tratarse oportunamente. También se han reportado estudios con hidrocele abdomino-escrotal, que debe ser considerado cuando existe una masa en la parte inferior del abdomen con un hidrocele testicular.

El diagnóstico, independientemente del tipo de hidrocele de que se trate, se establece por la clínica y el examen ultrasonográfico. La técnica quirúrgica consiste en la eversión o plicatura de la túnica vaginal. (3)

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente JDV, de 87 años, masculino, asistido en el hospital nacional de San Pedro Necta de Huehuetenango en Guatemala por presentar molestias en la bolsa escrotal izquierda, que impresionó por su magnitud; refiriendo el paciente presentar la afección desde veintiséis años atrás. El examen físico mostró la frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por minutos, la frecuencia cardíaca de 76 latidos por minutos y la tensión arterial de 100/70 mm Hg. El abdomen se mostró plano, blando, depresible y con buena presentación de los ruidos hidroaéreos. A nivel de la región inguino-escrotal izquierda mantuvo aumento de volumen de aspecto traslúcido, masa palpable sintomática al intentar precisar el cordón espermático, resistente a la reducción; los pliegues escrotales borrados con escasa visibilidad peneana e imposibilidad de palpar el testículo. Se realizaron exámenes complementarios: hemoglobina 11,9 g/l, glicemia 4,8mmol/l, eritrosedimentación 15mm/h y creatinina 92 mmol/l. No se realizó estudio ultrasonográfico por la imposibilidad de acceso del paciente. En la radiografía de abdomen simple, de pie y vista antero-posterior se observaron hemidiafragmas

normales, patrón gaseoso uniforme y ausencia de niveles hidroaéreos.

La intervención quirúrgica se decidió por el examen clínico y el procedimiento fue de tipo electivo ante la ausencia de un cuadro oclusivo abdominal o de escroto agudo.

Se realizó escrototomía exploratoria izquierda, el líquido contenido en la bolsa fue evacuado por aspiración, permitiendo su cuantificación (alrededor de 500ml). Se encontraron asas intestinales próximas al anillo inguinal profundo sin compromiso vascular; con adherencias que imposibilitaron su incorporación a la cavidad abdominal, para lo que fue necesario realizar inguinotomía a nivel del pliegue abdominal inferior y queilotomía que consistió en la apertura del anillo inguinal profundo. En la exploración consecutiva no se detectó tumoración, el epidídimo mantenía su relación y el testículo no presentó atrofia ni compromiso vascular.

Se procedió a la plicatura o eversión de la túnica vaginal, de forma que la cara exterior de ésta quedó hacia el interior, a fin de recuperar su capacidad de absorción y evitar la recidiva del hidrocele. Se efectuó el cierre por planos de ambas incisiones, previa hemostasia de los tejidos. Se colocó drenaje a través de la herida quirúrgica. El líquido evacuado y algunas adherencias fueron enviados a examen anatómico-patológico, cuyo informe descartó la posibilidad de un proceso maligno, no se reportaron complicaciones. La evolución del paciente fue favorable y la estadía hospitalaria reportada fue de cuatro días. Se fomentaron normas para el auto cuidado, ante la imposibilidad de ayuda familiar.

DISCUSIÓN

El hidrocele puede tener origen congénito, también denominado comunicante, y ocurre dentro del cordón espermático. Es más frecuente en recién nacidos, por la persistencia del conducto peritoneo vaginal, presentándose en el seis porcientos de los varones nacidos a término y puede cerrar espontáneamente antes del año de edad. Es infrecuente en el adolescente y común a medida que transcurren los años. La forma adquirida se debe a trauma o complicaciones de neoplasia testicular, o como consecuencia de la radioterapia. También puede desarrollarse con lentitud y sin causa aparente. (1-4)

El cuadro clínico a la inspección muestra aumento de volumen escrotal como signo predominante, puede originar molestias y dolor al caminar por tironamiento del cordón espermático, como ocurrió en el paciente cuyo caso se presentó (**figura 1**). El hemi-escroto presenta aumento de tamaño ovalado o redondeado, pliegues escrotales borrados en dependencia del tamaño de la tumoración y la piel es lustrosa por la distensión. La transluminación es positiva. En los de mayor tamaño, el pene suele quedar incluido en la pared del escroto, lo que

dificulta la actividad sexual. (5) La palpación constata ausencia de dolor, superficie lisa, regular y renitencia según el grado de tensión del líquido. El testículo pudiera o no ser identificado; el cordón espermático estará libre.

FIGURA 1. Antes del tratamiento quirúrgico



El diagnóstico se realiza por la anamnesis, el cuadro clínico y los exámenes ultrasonográficos. El 10% de los tumores testiculares se asocian a hidrocele, de modo que ante un hidrocele muy grande, en el que no se palpa claramente el testículo, se debe efectuar una ecografía para constatar la presencia o no de un tumor asociado; por otro lado, existen teratomas quísticos que pueden comprometer casi todo el testículo y pueden confundirse con hidrocele. De ahí que en caso de dudas siempre se debe realizar una ecografía testicular y no conformarse con la clínica o la transiluminación. (6)

Una complicación importante, aunque oculta, es la discapacidad asociada a la disfunción sexual. Estos pacientes manifiestan trastornos psicológicos, que suelen iniciar en el momento de hacerles el diagnóstico. La compresión del riego sanguíneo del testículo puede conllevar a la atrofia del mismo y, en el peor de los casos, requerir de orquiectomía. (1, 5)

El diagnóstico diferencial se establece con la hernia inguino escrotal, ante el antecedente de protrusión herniaria de arriba hacia abajo, relacionado con el esfuerzo físico, y el testículo puede ser palpado siempre, no así el cordón espermático. La transiluminación es negativa. Otras entidades que conforman el diagnóstico diferencial son los tumores del testículo, el quiste del cordón, la orquiepididimitis y los traumatismos. (7, 8, 9)

El tratamiento es preferentemente quirúrgico en el niño, si después del año de edad no ha ocurrido cierre del conducto peritoneo vaginal. La ligadura de éste es la técnica aplicable (5, 6). El hidrocele del

adulto impone la cirugía. La técnica consiste en la eversión de la túnica vaginal del testículo para el tratamiento curativo; (1) en ocasiones se hace necesaria la inguinotomía (**figura 2**) y la apertura del anillo inguinal profundo, para regresar las asas intestinales a la cavidad abdominal. (2, 4)

FIGURA 2. Vendajes post operatorios



En hidroceles de escaso volumen y de pocos síntomas la conducta pudiera ser conservadora. Algunos autores han descrito la punción aséptica del líquido contenido de existir limitaciones para el tratamiento quirúrgico radical, la esclerosis y hasta el suspensorio escrotal, que puede proporcionar alivio al atenuar el tironamiento del cordón espermático. (1, 10) Para prevenir serohematomas e infección de la herida quirúrgica, es necesario dejar drenajes durante el postoperatorio (**figura 3**), que resultan satisfactorios en la mayoría de los reportes de la literatura consultada. (2-8)

FIGURA 3. Drenaje postquirúrgico



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Rekha A, Ravi A. Entendiendo el proceso vaginal. El hidroceleabdomino-escrotal. International Journal of Morphology [seriada en la internet]. 2012 [citado 2014 Set 09]; 30(1): 61-63. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022012000100010.
2. Navalón P, Zaragoza C, Ordoño F, Sánchez F, de la Torre L, Escudero JJ et al. Tratamiento del hidrocele en cirugía mayor ambulatoria. Arch. Esp. Urol. [seriada en la internet]. 2005 Jun [citado 2014 Sep 09]; 58(5): 393-401. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142005000500003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0004-06142005000500003>.
3. Carol M. Rumack SR, Wilson J, William C, Jo-Ann J. Hidrocele. Diagnóstico por ecografía. Elsevier España; 2006. p. 868.
4. Sáez F, Descalzo Mj, Herrera B, Castillo E, Cantero Ja, Marchal C, Santa Cruz Fj . Hematocele gigante secundario a la ruptura de un hidrocele abdomino-escrotal. Arch Esp Urol [seriada en la internet]. 2013 [citado 2014 Set 09]; 66(9): 877-879. Disponible en: <https://medes.com/publication/86305>.
5. Tejeda S, Viveros C, Jiménez L. Cambios espermáticos en pacientes con hidrocele. Rev Hosp Jua Mex [seriada en la internet]. 2005 [citado 2014 Set 09]; 72(2): 65-68. Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=33164&id_seccion=509&id_ejemplar=3420&id_revista=26.
6. Dornes RR, Vázquez Y, Abreu N, Sosa M. Valor diagnóstico del ultrasonido en las afecciones testiculares en el Hospital Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Rev. Cub. Mediciego [seriada en la internet]. 2012 [citado 2014 Set 09]; 18(2): 1-7. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol18_02_12/articulos/t-5.html.
7. Garrido P, Herranz L.M, Jiménez M, Suárez C, Santos D, Nieto S et al. Teratoma quístico maduro testicular (quiste dermoide): Aportación de un caso y revisión de la literatura. Arch Esp Urol [seriada en la internet]. 2009 Nov [citado 2014 Set 09]; 62(9): 747-751. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142009000900011&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.4321/S0004-06142009000900011>.
8. Fernández F, Herney A. Liposarcoma gigante desdiferenciado de cordón espermático. Arch Esp Urol [seriada en la internet]. 2009 Nov [citado 2014 Set 09]; 62(9): 751-755. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142009000900012&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.4321/S0004-06142009000900012>.
9. Tolosa E., Robles JE, Lorente J, Rincón A. Consulta diferida de un traumatismo escrotal. Actas Urol Esp [seriada en la internet]. 2010 Ago [citado 2014 Set 08]; 34(7): 641-643. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062010000700014&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.4321/S0210-48062010000700014>.
10. Valverde M, (Comps). Enfermedades del contenido Escrotal. Temas de Urología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008 [citado 2014 Set 09]. P. 293-295. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/temas_urologia/completo.pdf.