

(HIDROCELE)

Autors: David Pedrazas López¹, Bernat de Pablo Márquez², David García Font¹

¹ Medicina Familiar i Comunitària. EAP Abrera (Abrera) ESPAÑA.

² Medicina Familiar i Comunitària. CAP Valldoreix. Hospital Universitari Mútua Terrassa (Terrassa).

Correspondència: bernatdepablo@gmail.com

Revisors: Ernest Vinyoles i Francesc Bobé

Publicat: febrer 2016

David Pedrazas López, Bernat de Pablo Márquez, David García Font (2016)

Hidrocele

Available at: <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol34/iss1/2>

Aquest és un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

RESUM

Presentem el cas d'un home de 19 anys que va consultar el seu metge d'atenció primària per massa testicular. Després de l'exploració física i les exploracions complementàries, el pacient va ser diagnosticat d'hidrocele, i va ser remès a Urologia per a tractament quirúrgic.

La massa testicular en pacient jove ha de ser sempre valorada amb molta cautela, ja que en el diagnòstic diferencial s'inclouen tumors testiculars potencialment greus. Presentem una revisió de l'abordatge de d'hidrocele en Atenció Primària, incloent diagnòstic, diagnòstic diferencial i tractament.

INTRODUCCIÓ

El dolor testicular i les masses testiculars en pacients joves han de ser valorades sempre amb molta cautela ja que el seu diagnòstic diferencial trobem testiculars potencialment greus.

CAS CLÍNIC

Presentem el cas d'un home de 19 anys que va consultar el seu metge d'atenció primària per augment de la mida i de la consistència del testicle esquerre d'un any d'evolució. Negava disúria i síndrome miccional, i problemes amb l'ejaculació. Es tractava d'un pacient sense al·lèrgies medicamentoses ni antecedents patològics. A l'anamnesi dirigida el pacient negava practicar esports que poguessin causar traumatismes directes ni de repetició (ciclisme, *running*) ni haver patits infeccions d'orina ni malalties de transmissió sexual.

A l'exploració inicial el pacient presentava bon estat general, hemodinàmicament estable, afebril. L'auscultació cardíaca i pulmonar va resultar normal i l'abdomen era tou i depressible, no es palpaven ni masses ni megàlies, ni adenopaties inguinals. Els testes estaven descendits en la bossa escrotal, i el teste esquerre augmentat de mida amb un diàmetre màxim de 9 centímetres (*figura 1a*), la consistència era dura, no era dolorós i no es palpaven lesions focals, sòlides ni quístiques. Es va realitzar un sediment urinari i cultius d'orina i de semen que van resultar normals. La transil·luminació testicular va resultar positiva (*figura 1b*). A més, per completar l'estudi es va sol·licitar una ecografia escrotal (*figura 2*) que va mostrar un marcat hidrocele esquerre, la resta de l'exploració sense alteracions ecoestructurals.

Es va remetre al pacient al servei d'urologia per a tractament quirúrgic de l'hidrocele.

DISCUSSIÓ

L'hidrocele és una acumulació de líquid intraescrotal, originat entre la capa visceral i parietal de la túnica vaginal. La seva aparició acostuma a ser progressiva i pot ser uni o bilateral.

Pot ser congènit o adquirit. L'hidrocele congènit es presenta en nounats i és degut a la persistència o endarreriment de tancament de procés vaginal durant el descens testicular de la seva localització abdominal primitiva cap a l'escrot. Afecta a un 6% de nounats a terme. En el cas de l'hidrocele adquirit la causa és un desequilibri entre la capacitat de secreció i reabsorció de les capes visceral i parietal de la túnica vaginal. L'etiologia és

generalment idiopàtica encara que també s'ha relacionat amb quadre previs d'orquitis, epididimitis, hèrnies inguinals, traumatismes i filariosi¹. Igualment, s'ha relacionat els hidroceles amb tumors testiculars (10%) i torsions testiculars (20%).

L'interrogatori i l'exploració física són de gran importància per poder arribar a un diagnòstic de sospita (taula 1).

La palpació de la borsa escrotal ens revelarà un augment de mida regular i simètric de l'hemiescrot afecte. La palpació del testicle acostuma a ser dificultosa, en estar envoltat pel hidrocele.

Signe del rebot: En comprimir es buida l'escrot i la borsa topa amb l'orifici peritoneal del canal inguinal. En descomprimir la massa retorna immediatament a omplir l'escrot².

Anatòmicament classifiquem els hidroceles en comunicants o no comunicants. Els hidroceles comunicants tenen contacte amb la cavitat peritoneal i característicament van augmentant de mida en el transcurs del dia.

Transil·luminació testicular (TT): Tècnica basada en l'examen de la transparència de la borsa escrotal, en aplicar-li una font de llum potent a la paret posterior de la borsa. Si la llum travessa fàcilment el testicle se considerarà la TT positiva i orientarà la massa escrotal com a líquida, donant una típica imatge d'il·luminació vermella. Les tumoracions sòlides, d'altra banda, no permetran el pas de la llum (TT negativa). Sempre que sigui possible hem de reduir la il·luminació de l'habitació per realitzar l'esmentada exploració.

El diagnòstic diferencial de la massa testicular indolora s'ha de realitzar amb espermatocèle, hematocèle, varicocele i tumors del cordó, de l'epidídim o testiculars³.

L'ecografia és l'exploració complementària per excel·lència. A causa de que generalment és difícil delimitar l'estructura testicular per la presència de l'hidrocele i aquest pot estar relacionat amb tumors testiculars es recomana realitzar ecografia testicular a tots els pacients, sobretot a pacients joves per la seva elevada incidència de l'esmentada patologia.

En l'àmbit de l'Atenció Primària, l'ecografia cada cop és més utilitzada i són més els centres que disposen d'aquesta eina diagnòstica. L'ecografia realitzada per metges d'Atenció Primària degudament entrenats permet reduir llistes d'espera, augmentar la resolubilitat del nostre nivell assistencial. Com que el diagnòstic diferencial inclou patologia potencialment molt greu (neoplàsia testicular) és molt important que el professional que valori l'hidrocele tingui experiència en la realització d'aquest estudis⁴.

Tractament⁵:

Expectant: Si no hi ha molèsties i no té repercussions estètiques es pot realitzar un tractament expectant. L'hidrocele congènit acostuma a desaparèixer abans dels 2 anys.

Quirúrgic:

- Tècnica d'Andrews: Per via escrotal s'accedeix a la túnica vaginal i es realitza dissecció i resecció de la mateixa. S'utilitza en hidroceles de llarga evolució amb parets gruixudes.

- Tècnica de Lord: Es realitza una plicatura de la túnica vaginal prèvia eversió parcial.

Endoscòpic:

El procediment es realitza amb anestèsia regional. Es realitza aspiració del líquid i coagulació de la superfície de la túnica vaginalis.

Punció:

S'utilitzava per drenar líquid en pacients amb mala tolerància a l'augment de mida. Presentava alt índex de recidives per la qual cosa en els últims anys s'han utilitzat instil·lacions d'agents esclerosants (alcohol 95% o derivats de las tetraciclins)⁶.

Complicacions:

- Atròfia testicular: Degut a la compressió de la circulació sanguínia del testicle.
- Hemorràgia: del sac de l'hidrocele després d'un traumatisme o espontàniament.

- Infecció del contingut: acostuma a ser iatrogènica per punció de l'hidrocele.

En conclusió, tota massa testicular ha de valorar-se amb cura per realitzar un correcte diagnòstic diferencial. Una bona anamnesi i una bona exploració física són molts importants. L'hidrocele és una patologia benigna però que pot tenir repercussions funcionals i estètiques que precisin de tractament quirúrgic.

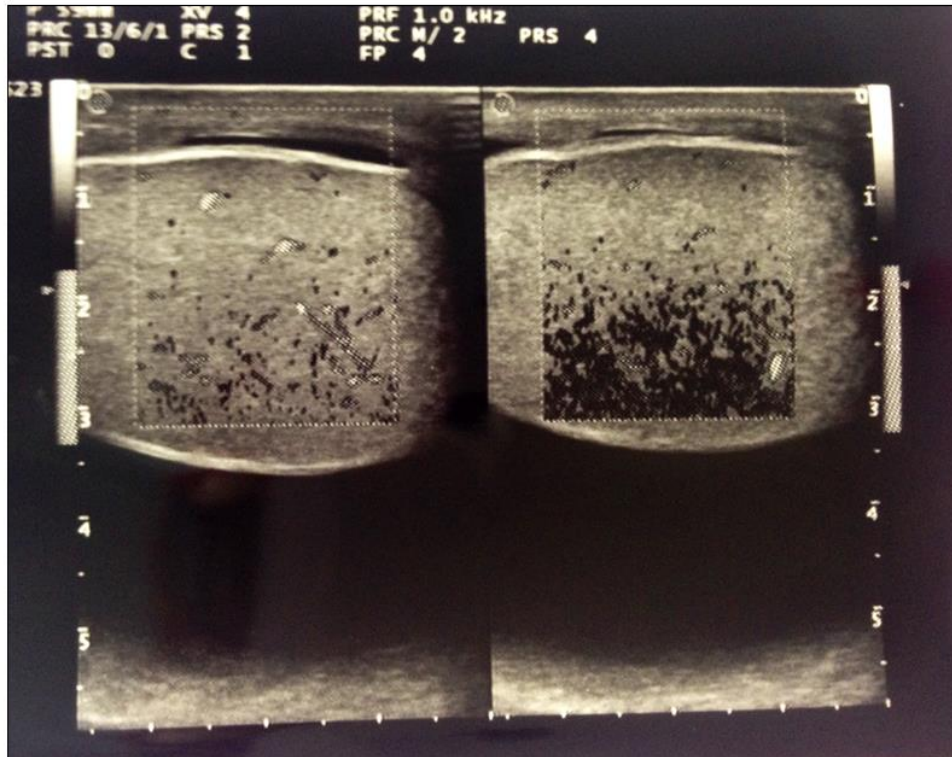
Figura 1.

Figura 1a (esquerra) mostra ambdós testes a la bossa. Es pot evidenciar la diferència de mida entre el dret -de mida normal- respecte a l'esquerre afecte d'hidrocele.

Figura 1b (dreta) mostra transil·luminació testicular positiva, en la qual es pot veure com la llum travessa la bossa escrotal.



Figura 2. L'ecografia testicular va mostrar testes d'ecoestructura homogènia, vascularització bilateral conservada, epidídims de grandària conservada i marcat hidrocele esquerre (imatge dreta)



Taula 1: Exploració testicular

- Els testicles es palpen amb suavitat, agafant-los entre el polze i els dits índex i mig, avaluant la seva mida, consistència i mobilitat.
- Els testicles normals presenten una consistència ferma, gairebé dura i es mobilitzen lliurement.
- Es continua l'exploració agafant l'epidídim entre els dits polze i índex, seguint tot el trajecte des del cap fins a la cua. L'epidídim normal és tou, sense nòduls, amb el cap de major calibre que la cua i està situat a la part posterior del testicle.
- A continuació es palpa el cordó espermàtic entre els dits i s'explora el conducte deferent i el plexe venós, per detectar la presència de nòduls o tumoracions.
- L'exploració física es completa amb una maniobra de Valsalva, per descartar la presència d'un varicocele.
- En cas de diagnosticar tumoracions intraescrotals és imprescindible la transil·luminació d'aquestes.

BIBLIOGRAFIA

1. Villanueva A. Fisiopatología y tratamiento del hidrocele. Rev Med Costa Rica. 2013; 20 (608): 701 – 703.
2. Domínguez Freire F, Rodríguez Alonso A, Nogueira March JL. Exploración Física. En: Urología: Libro del Residente. Madrid: ENE Publicidad; 1998.
3. Rosenfeld R, Alvarez E. Pesquisa precoz de patología urológica en Atención Primaria. Rev Med Clin Condes.- 2014; 25(1) 139-147
4. Diaz N. La ecografía en Atención Primaria. SEMERGEN. 2002;28(7):376-84
5. Abecassis R. Tratamiento quirúrgico de los hidroceles en el adulto. Scientifiques et Medicales Elsevier, Paris (2001) 41: 400-404
6. Chen T, Marmo A. Sclerotherapy of hydroceles and Spermatoceles with alcohol. International Broz J. Uro. 2011. Vol 37 (3) : 307-313