

(HIDROCELE)

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

¹ Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Abrera (Abrera) ESPAÑA.

² Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Valldoreix. Hospital Universitari Mútua Terrassa (Terrassa).

Correspondencia: bernatdepablo@gmail.com

Revisores: Ernest Vinyoles y Francesc Bobé

Publicado: febrero 2016

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

Hidrocele

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

Este es un artículo Open Access distribuido según licencia de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

RESUMEN

Presentamos el caso de un varón de 19 años que consultó a su médico de atención primaria por masa testicular. Tras la exploración física y las exploraciones complementarias el paciente fue diagnosticado de hidrocele, siendo remitido a urología para tratamiento quirúrgico.

La masa testicular en paciente joven siempre debe ser valorada con suma cautela, pues en el diagnóstico diferencial se incluyen tumores testiculares potencialmente graves. Presentamos una revisión del abordaje del hidrocele en Atención Primaria, incluyendo diagnóstico, diagnóstico diferencial y tratamiento.

INTRODUCCIÓN

El dolor testicular y las masas testiculares en pacientes jóvenes deben ser valoradas siempre con suma cautela pues en su diagnóstico diferencial encontramos tumores testiculares potencialmente graves.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un hombre de 19 años que consultó a su médico de atención primaria por aumento del tamaño y de la consistencia del testículo izquierdo de un año de evolución. Negaba disuria ni síndrome miccional, ni problemas con la eyaculación. Se trataba de un paciente sin alergias medicamentosas ni antecedentes patológicos. A la anamnesis dirigida el paciente negaba practicar deportes que pudieran causar traumatismos directos ni de repetición (ciclismo, *running*) ni haber

padecido infecciones de orina ni enfermedades de transmisión sexual.

A la exploración inicial el paciente presentaba buen estado general, hemodinámicamente estable, afebril. La auscultación cardiaca y pulmonar resultó normal y el abdomen era blando y depresible, no se palpaban ni masas ni megalias, ni adenopatías inguinales. Los testes estaban descendidos en la bolsa escrotal, estando el teste izquierdo aumentado de tamaño con un diámetro máximo de 9 centímetros (*figura 1a*), la consistencia era dura, no era doloroso y no se palpaban lesiones focales, sólidas ni quísticas. Se realizó un sedimento urinario y cultivos de orina y de semen que resultaron normales. La transluminación testicular resultó positiva (*figura 1b*). Además para completar el estudio se solicitó una ecografía escrotal (*figura 2*) que mostró un marcado hidrocele izquierdo, el resto de la exploración sin alteraciones eco estructurales.

Se remitió al paciente al servicio de urología para tratamiento quirúrgico del hidrocele.

DISCUSIÓN

El hidrocele es una acumulación de líquido intraescrotal, originado entre la capa visceral y parietal de la túnica vaginal. Su aparición suele ser progresiva y puede ser uni o bilateral.

Puede ser congénito o adquirido. El hidrocele congénito se presenta en neonatos y es debido a la persistencia o retraso de cierre del proceso vaginal durante el descenso testicular de su localización abdominal primitiva hacia el escroto. Afecta a un 6% de recién nacidos a

término. En el caso del hidrocele adquirido la causa es un desequilibrio entre la capacidad de secreción y reabsorción de las capas visceral y parietal de la túnica vaginal. La etiología es generalmente idiopática aunque también se ha relacionado con cuadros previos de orquitis, epididimitis, hernias inguinales, traumatismos y filariasis¹. Igualmente, se ha relacionado los hidroceles con tumores testiculares (10%) y torsiones testiculares (20%).

El interrogatorio y la exploración física son de gran importancia para poder llegar a un diagnóstico de sospecha (tabla 1).

La palpación de la bolsa escrotal nos revelará un aumento de tamaño regular y simétrico del hemiescrotal afecto. La palpación del testículo suele ser dificultosa, al estar rodeado por el hidrocele.

Signo del rebote: Al comprimir se vacía el escroto y la bolsa topa con el orificio peritoneal del canal inguinal. Al descomprimir la masa regresa inmediatamente a rellenar el escroto².

Anatómicamente clasificamos los hidroceles en comunicantes o no comunicantes. Los hidroceles comunicantes tienen contacto con la cavidad peritoneal y característicamente van aumentando de tamaño en el transcurso del día.

Transluminación testicular (TT): Técnica basada en el examen de la transparencia de la bolsa escrotal, al aplicarle una fuente de luz potente en la pared posterior de la misma.

Si la luz atraviesa fácilmente el testículo se considerará la TT positiva y orientará la masa escrotal como líquida, dando una típica imagen de iluminación roja. Las tumoraciones sólidas por otro lado, no permitirán el paso de la luz (TT negativa).

Siempre que sea posible debemos reducir la iluminación de la habitación para realizar dicha exploración.

El diagnóstico diferencial de la masa testicular indolora se debe realizar con espermatocele, hematocele, varicocele y tumores del cordón, del epididimo o testiculares³.

La ecografía es la exploración complementaria por excelencia. Debido a que generalmente es difícil delimitar la estructura testicular por la presencia del hidrocele y éste puede estar relacionado con tumores testiculares se recomienda realizar ecografía testicular a todos los pacientes, sobretodo a pacientes jóvenes por su elevada incidencia de dicha patología.

A nivel de Atención Primaria la ecografía cada vez es más utilizada y cada vez son más centros que disponen de esta herramienta diagnóstica. La ecografía realizada por médicos de Atención Primaria debidamente entrenados permite reducir listas de espera, aumentar la resolubilidad de nuestro nivel asistencial. Debido a que el diagnóstico diferencial incluye patología potencialmente muy grave (neoplasia testicular) es muy importante que el profesional que valore el hidrocele tenga experiencia en la realización de estos estudios⁴.

Tratamiento⁵:

Expectante: Si no da molestias y no tiene repercusiones estéticas se puede realizar un tratamiento expectante. El hidrocele congénito suele desaparecer antes de los 2 años.

Quirúrgico:

- Técnica de Andrews: Por vía escrotal se accede a la túnica vaginal y se realiza disección y resección de la misma. Se utiliza en hidroceles de larga evolución con paredes gruesas.

- Técnica de Lord: Se realiza una plicatura de la túnica vaginal previa eversión parcial.

Endoscópico:

El procedimiento se realiza con anestesia regional. Se realiza aspiración del líquido y coagulación de la superficie de la túnica vaginalis.

Punción:

Se utilizaba para drenar líquido en pacientes con mala tolerancia al aumento de tamaño. Presentaba alto índice de recidivas por lo que en los últimos años se han utilizado instilaciones de agentes esclerosantes (alcohol 95% o derivados de las tetraciclinas)⁶.

Complicaciones:

- Atrofia testicular: Debido a la compresión de la circulación sanguínea del testículo.

- Hemorragia: del saco del hidrocele después de un traumatismo o espontáneamente.

- Infección del contenido: suele ser iatrogénica por punción del mismo.

En conclusión, toda masa testicular debe valorarse de forma cuidadosa para realizar un correcto diagnóstico diferencial. Una buena anamnesis y una buena exploración física son de suma importancia. El hidrocele es una patología benigna pero que puede tener repercusiones funcionales y estéticas que precisen de tratamiento quirúrgico.

Figura 1.

Figura 1a (izquierda) Muestra ambos testes en la bolsa y se puede evidenciar la diferencia de tamaño entre el derecho de tamaño normal respecto al izquierdo afecto de hidrocele.

Figura 1b (derecha) Muestra trasluminación testicular positiva, en la que puede verse como la luz atraviesa la bolsa escrotal.



Figura 2. Ecografía testicular mostró testes de ecoestructura homogénea, vascularización bilateral conservada, epidídimos de tamaño conservado y marcado hidrocele izquierdo (imagen derecha)



Tabla 1: Exploración testicular

- Los testículos se palpan con suavidad, cogiéndolos entre el pulgar y los dedos índice y medio, evaluando su tamaño, consistencia y movilidad.
- Los testículos normales presentan una consistencia firme, casi dura y se movilizan libremente.
- Se continúa la exploración cogiendo el epidídimo entre los dedos pulgar e índice, siguiendo todo su trayecto desde la cabeza a la cola. El epidídimo normal es blando, sin nódulos, con la cabeza de mayor calibre que la cola y está situado en la parte posterior del testículo.
- A continuación se palpa el cordón espermático entre los dos dedos y se explora el conducto deferente y el plexo venoso, para detectar la presencia de nódulos o tumoraciones.
- La exploración física se completa con una maniobra de Valsalva, para descartar la presencia de un varicocele.

BIBLIOGRAFÍA

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