

HIDROCELE

Dr. Camilo Orjuela Rodríguez

INTRODUCCION

Se define como hidrocele la acumulación de líquido alrededor del testículo, estando el líquido contenido en la vaginal (1).

CLASIFICACION

Los hidroceles se pueden clasificar en 2 tipos, a saber:

- **Comunicante.** Producido por la persistencia del conducto peritoneo vaginal. Tiene la misma fisiopatología de una hernia inguinal, pero su diferencia estriba en que en la hernia el diámetro de la persistencia de dicho conducto permite el paso de asas intestinales, mientras que en el hidrocele sólo se produce el paso de líquido peritoneal (Figura 1).
- **No comunicante.** En el cual no hay comunicación con el peritoneo. Este tipo es raro en niños y frecuente en adultos. En el niño es debido a la obliteración del conducto peritoneo vaginal dejando distalmente líquido en la vaginal testicular. En los adultos se debe a un desbalance entre la producción y la reabsorción del líquido producido a nivel de la vaginal, la cual es un mesotelio. Usualmente en éstos es secuela de procesos inflamatorios, trauma o secundario a la corrección quirúrgica de un varicocele.

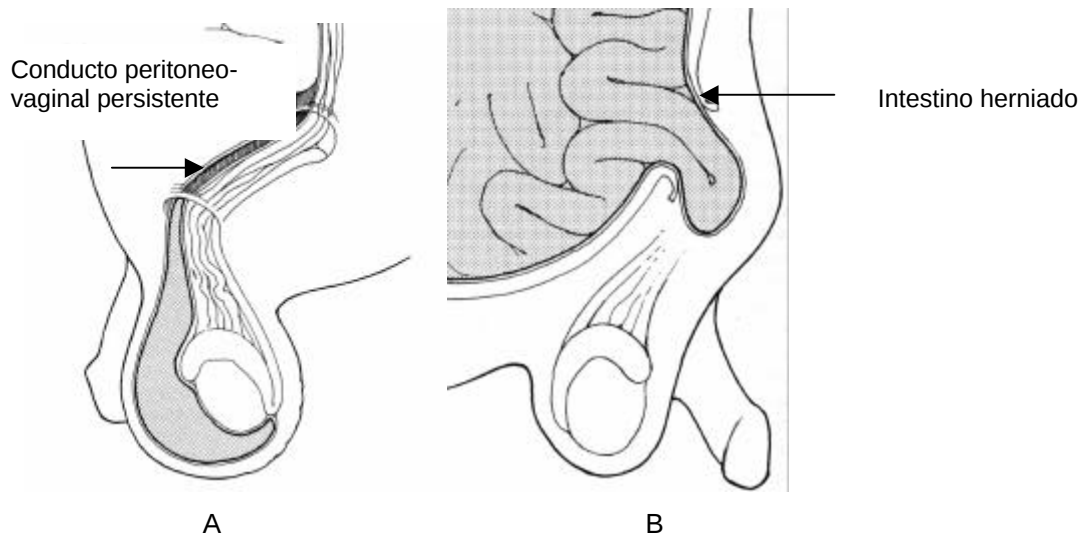


Figura 1: A: Hidrocele comunicante. B: hernia inguinal

EMBRIOLOGIA

En los niños los hidroceles y las hernias inguinales son debidas a una obliteración incompleta o anormal del proceso vaginal o conducto peritoneo vaginal. Recordemos que durante la vida embrionaria el testículo es inicialmente un órgano intraabdominal. Para poder descender por el conducto inguinal durante el tercer trimestre de la gestación hasta el escroto requiere que el peritoneo de la cavidad abdominal protruya a través del anillo inguinal profundo siguiendo al gubernáculum testis, conformando así el proceso vaginal.

El proceso vaginal acompaña al testículo en su descenso hasta el escroto. La obliteración normal del proceso vaginal ocurre después que el testículo se encuentra en su posición escrotal. No hay conocimiento exacto del porqué, cómo y cuándo se produce esta obliteración, pero en estudios de autopsias se ha encontrado que el proceso vaginal continúa patente hasta en el 80% al 94% de los recién nacidos a término. La mayoría de los individuos presentan obliteración del proceso vaginal antes del primer año de vida.

CUADRO CLINICO

El motivo de consulta es el aumento indoloro del contenido escrotal que puede presentarse de manera intermitente o que puede fluctuar con el incremento de la presión intraabdominal (llanto o maniobra de Valsalva). El diagnóstico diferencial debe hacerse con una hernia inguinal. En caso de hidrocele de aparición súbita y de corta evolución debe descartarse la posibilidad de una neoplasia testicular.

El examen físico de estos pacientes debe realizarse en lo posible y si la edad lo permite en bipedestación y en decúbito supino. Las hernias son masas palpables blandas que se originan a nivel del anillo inguinal superficial, justo lateral a la espina del pubis; y que son fácilmente reductibles. La palpación de los hidroceles da la sensación de contenido líquido.

EXAMENES PARACLINICOS

El único examen que podría aportar información adicional a los hallazgos que se puedan tener al examen físico es la ecografía del contenido escrotal, la que debe ser realizada con transductor de 7.5 ó 10 Mhz. Es útil en los casos en los que hay dudas a los hallazgos del examen físico, o en los que no se logra palpar el testículo en un hidrocele a tensión. Vale la pena recordar que la transiluminación escrotal no es absolutamente sensible, pues casos con hernias inguinales con asas en el interior del saco herniario pueden darla también positiva.

TRATAMIENTO

En general se considera que los hidroceles pueden resolverse espontáneamente durante el primer año de vida por la obliteración del proceso vaginal. Si cumplido el año de edad persiste el hidrocele debe ser corregido quirúrgicamente. El objetivo de la cirugía es ligar el conducto peritoneo vaginal persistente por un abordaje inguinal. Este es un procedimiento ambulatorio con una baja tasa de complicaciones.

BIBLIOGRAFIA

1. Kogan, Barry A. Hydrocele/Hernia. En Baskin LS, Kogan BA, Duckett JW (eds): Handbook of Pediatric Urology, ed 1. Philadelphia, Lippincott-Raven, 1997, p 57
2. Skoog S.J., Conlin M.J.: Pediatric hernias and hydroceles: The Urologists Perspective. Urologic Clinics of North America. 22(1):119
3. Rowe, M. Y Marchildon M.: Inguinal hernia and Hydrocele in infants and children. Sur Clin North Am 61: 1137, 1981