FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE MAYABEQUE
HOSPITAL GENERAL DOCENTE LEOPOLDITO MARTÍNEZ

calimay2020@infomed.sld.cu

Asunto: CaliMay 2020.

TÍTULO:
HIDROCELE GIGANTE EN UN PACIENTE DIABETICO. PRESENTACION DE UN CASO.

GYANT HIDROCELE IN A DIABETIC PATIENT. PRESENTATION OF A CASE.

AUTORES: Dr. Generoso Torres Fuentes, Msc Longevidad Satisfactoria, Hospital Leopoldito Martínez, gene@infomed.sld.cu, Dra. Belkis Brito Herrera, Msc Atención Integral al Niño, Policlínico Felo Echezarreta, belkis.brito@infomed.sld.cu , Est. Yazmin Torres Brito, Estudiante de 6to año de medicina, Alumna Ayudante de Endocrinología, Hospital Leopoldito Martínez

RESUMEN

Introducción El hidrocele (del griego *hydros* (“agua” o “líquido”) y *cele* (“quiste” o “tumor”) es una colección patológica de líquido entre las dos hojas de la túnica vaginal que rodea el testículo. Se clasifica en hidrocele comunicante que se origina por la persistencia del conducto peritoneo vaginal que permite el paso de líquido peritoneal a la bolsa escrotal y en hidrocele no comunicante o adquirido; que su etiología es variada y está en relación con la irritación de hoja parietal de esta serosa y el factor responsable es un desequilibrio entre la capacidad de secreción y reabsorción de las capas visceral y parietal, en Cuba el hidrocele gigante es infrecuente. **Objetivo** realizar la presentación de un paciente diabético que tiene hidrocele adquirido gigante. **Método** observacional de las características al examen físico del hemiescroto izquierdo **Resultados** es un paciente diabético de 87 años operado en enero del 2019, en el Hospital General Docente Leopoldito Martínez, San José de las Lajas, Mayabeque, por presentar hidrocele gigante de 10 años de evolución. En el examen físico se comprobó en el hemiescroto izquierdo gran aumento de volumen del mismo, no se palpaba el testículo, si los elementos del cordón espermático, con transiluminación positiva, se le indicaron exámenes complementarios para la cirugía. La técnica quirúrgica consistió en la eversión y plicatura de la vaginal, utilizando anestesia local. En la operación se constató hidrocele izquierdo, con más de 1200 ml cuantificable. La operación fue ambulatoria, el paciente evolucionó favorablemente y no ha ocurrido recidiva. **Conclusión** El hidrocele gigante es una entidad rara en nuestro país y el tratamiento de elección es el quirúrgico.

Palabras clave: hidrocele no comunicante gigante.

INTRODUCCIÓN

El hidrocele (del griego *hydros* (“agua” o “líquido”) y *cele* (“quiste” o “tumor”) es una colección patológica de líquido entre las dos hojas de la túnica vaginal que rodea el testículo. Se clasifica en hidrocele comunicante que se origina por la persistencia del conducto peritoneo vaginal que permite el paso de líquido peritoneal a la bolsa escrotal y en hidrocele no comunicante; que su etiología es variada y está en relación con la irritación de hoja parietal de esta serosa y el factor responsable es un desequilibrio entre la capacidad de secreción y reabsorción de las capas visceral y parietal. [1,2]

El cuadro clínico en dependencia del tipo de hidrocele experimenta diferencias notables, en 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 conocimiento de la embriología es esencial para entender la formación del mismo, el cual, aunque es una anomalía embriológica, puede presentarse en la edad adulta de no tratarse oportunamente.

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. [1-3]

El diagnóstico, independientemente del tipo de hidrocele de que se trate, se establece por la clínica, examen físico y el examen ultrasonográfico. [1-6]

El tratamiento quirúrgico es el de elección y la técnica quirúrgica consiste en la eversión o plicatura de la túnica vaginal.[1,3,5,7]

En Cuba el hidrocele gigante es una entidad infrecuente para los estudiantes de medicina, los residentes de las especialidades quirúrgicas de cirugía y de urología, 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 paciente.

Motivados por lo infrecuente del tamaño alcanzado del hidrocele del paciente, decidimos como objetivo del trabajo realizar la presentación de este caso que es un paciente diabético que presenta hidrocele gigante adquirido, lo presentamos para que el presente artículo sirva de muestra a los estudiantes, a los residentes y especialistas, para que observen 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.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente JDV, de 87 años, masculino, con antecedentes de ser diabético hace más de 50 años, para lo cual lleva tratamiento con Glibenclamida 2 tabletas en desayuno, almuerzo y comida. Asistió a la consulta de Urología del Hospital General Docente Leopoldito Martínez, en San José de las Lajas, Mayabeque, el 12 de diciembre de 2018 por presentar aumento de volumen en la bolsa escrotal izquierda, que le molestaba al caminar, sentarse, con sensación de tironeamiento por lo que tenía que introducir el hemiescroto dentro de una bolsa y esta sostenerla con un cinto; refiriendo el paciente presentar la afección desde hace diez años, después de haber sufrido un accidente automovilistíco donde además de fractura de miembro inferior izquierdo, recibió golpe en el testículo izquierdo.

Al realizar el examen físico observamos:
Mucosas: Húmedas y normocoloreadas.
Aparato Respiratorio: Murmullo vesicular normal, no estertores.
Frecuencia respiratoria: 22 por minutos.
Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.
Frecuencia cardíaca: 80 por minutos
Tensión arterial: 130/80 mm Hg.
Abdomen: plano, blando, depresible, no tumoración palpable, no doloroso, ruidos hidroaéreos presentes.
Pene : Imposibilidad de observarlo.
Hemiescroto derecho: De tamaño y características normales, testículo, epidídimo y elementos del cordón espermático normal.
Hemiescroto izquierdo: Se observó una masa tumoral que provocaba aumento de volumen del mismo, los pliegues escrotales borrados, resistente a la reducción, no se palpaba el testículo y si los elementos del cordón espermático, siendo la masa tumoral translúcida, no dolorosa,

Impresión diagnóstica: Hidrocele izquierdo
Se le explica al paciente su diagnóstico y el proceder quirúrgico como tratamiento definitivo, previo consentimiento informado autoriza la intervención quirúrgica

Se le indicaron y realizaron los exámenes complementarios siguientes, que fueron analizados en reconsulta.
Hemoglobina: 12,8 g/l
Leucograma:
Total 8,5 x 10^9 Neutrofilos:0,52% Linfocitos:0,46 % Eosinofilos:0,02 %
Glicemia: 6,8mmol/l.
Velocidad global de sedimentación¨: 8 mm/h .
Creatinina 92 mmol/l.
Tiempo de Coagulación: 7 minutos
Tiempo de Sangramiento: 2 minutos
Conteo de plaquetas: 330 000
Coágulo retráctil
Grupo y factor: A positivo

Rx de tórax en vista anteroposterior: Normal
EKG: normal
Ultrasonido testicular: Hemiescroto derecho: De tamaño normal, testículo y epidídimo de tamaño y características normales.
Hemiescroto izquierdo: Aumentado de volumen, testículo y epidídimo de tamaño normal, se observa gran imagen ecolúcida correspondiente a hidrocele que impresiona tabicado, sin elementos en suspensión en su interior, vascularización normal, no imágenes tumorales.

Asistió a consulta de Anestesia, que autoriza la operación.

El día señalado para la operación, el paciente asistió a nuestro hospital en el horario de las 8: 00 am, el Departamento de admisión realizó el ingreso ambulatorio y fue trasladado al quirófano.

En el salón de operaciones previa asepsia y antisepsia de los genitales, fue aislado el campo con paños estériles, se bloqueó el cordón espermático y la piel del hemiescroto izquierdo con Lidocaína al 2 %, se realizó incisión con el escarpelo, separando por capas hasta llegar a la vaginal, donde se observa hidrocele gigante (Figura 1) la cual se abrió y se extrajo más de 900 ml de líquido de color cetrino (Figura 2) , se procedió a la resección, eversión y plicatura de la túnica vaginal (Figura 3), 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. En la exploración consecutiva no se detectó tumoración, el epidídimo mantenía su relación y el testículo no presentó atrofia ni compromiso vascular. Se efectuó el cierre por planos, previa hemostasia de los tejidos. Se colocó drenaje a través de la herida quirúrgica (Figura 4). El líquido evacuado fue enviado a examen anatomo-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 horas. Se fomentaron normas para el auto cuidado y tratamiento antimicrobiano, analgésicos, además, indicaciones para la cura posterior de la herida.

El paciente fue citado a reconsulta a la semana de la intervención y en estos momentos se encuentra bien, no tiene aumento de volumen del hemiescroto y el mismo está de tamaño normal (Figura 5 y 6).

DISCUSIÓN

El hidrocele puede tener origen congénito por la persistencia del conducto peritoneo vaginal, presentándose en varones nacidos a término y puede cerrar espontáneamente antes del año de edad. La forma no congénita o adquirida se debe a trauma, complicaciones de neoplasia testicular, o como consecuencia de la radioterapia. [1-3,7]

Al interrogatorio comprobamos que los pacientes en el cuadro clínico a la inspección existe aumento de volumen del hemiescroto como signo predominante, este puede originar molestias y dolor al caminar por el tironeamiento que se provoca del cordón espermático. El hemiescroto donde se encuentra el hidrocele presenta aumento de tamaño de forma ovalado o redondeado, los pliegues escrotales están borrados en dependencia del tamaño alcanzado de la tumoración y la piel se observa brillante por la distensión del mismo. Al realizar la transiluminación esta siempre es positiva. Cuando el hidrocele alcanza gran tamaño, el pene puede quedar incluido en la pared del escroto, lo que dificulta el aseo del mismo y las relaciones sexuales. Al realizar la palpación podemos constatar ausencia de dolor, superficie está lisa, regular y existe renitencia según el grado de tensión del líquido. El testículo pudiera o no ser identificado; el cordón espermático siempre estará libre. [1,3,7]

Para realizar el diagnóstico siempre se realiza la anamnesis, buscando los posibles antecedentes que originaron el hidrocele, el cuadro clínico, incluyendo examen físico y de los exámenes complementario el más importante es la ecografía testicular porque se reporta en la literatura que más del 10% de los tumores testiculares se asocian a hidrocele, de modo que ante un hidrocele muy grande, se debe efectuar la misma para constatar la presencia o no de un tumor asociado. De ahí que en caso de dudas siempre se debe realizar una ecografía testicular y no conformarse con la clínica o la transiluminación. [1,4,8]

Los diagnósticos diferenciales lo debemos establecer con enfermedades muy frecuentes como la hernia inguino escrotal, donde observamos la protrusión de la misma de arriba hacia abajo cuando el paciente realiza esfuerzo físico, como toser o pujar, al examen físico vamos a palpar siempre el testículo, no los elementos del cordón espermático y la transiluminación es negativa. Otras entidades que provocan aumento de volumen del hemiescroto y por lo tanto debemos realizar también el diagnóstico diferencial son la orquiepididimitis , los tumores del testículo, el quiste del cordón y el espermatocele. [1,2,5,7]

En la bibliografía revisada el método de tratamiento más antiguo reportado para el hidrocele es la aspiración del líquido al introducir una aguja en la vaginal testicular y extraer el mismo con una jeringuilla, pero por el alto riesgo de infección a pesar de las medidas antisépticas realizadas y a la alta probabilidad de recurrencia de un nuevo hidrocele, este método se emplea actualmente en pacientes para los cuales una intervención quirúrgica no es recomendable.[3,7]

Otro de los tratamiento utilizados que tuvo auge en los años 80 fue la escleroterapia, que consiste es la inyección de una solución esclerosante después de haber aspirado el líquido del hidrocele.[9]

En la actualidad muchos autores [1,3,5,7,10] coinciden al igual que nosotros el tratamiento de elección es la cirugía, la misma está indicada si el paciente tiene molestias o se siente incómodo por su aspecto que provoca el aumento de

volumen del hidrocele. El proceder es fácil de realizar, es ambulatorio, utilizando anestesia local, por las ventajas de la recuperación del paciente, el cirujano practica una incisión en el hemiescroto afectado y si es bilateral en el pliegue interescrotal, se extrae el líquido, se evierte la túnica vaginal de forma que la cara exterior de ésta quede hacia el interior, a fin de recuperar su capacidad de absorción. Para prevenir serohematomas e infección de la herida quirúrgica, se deja drenaje durante el postoperatorio, que resultan satisfactorios en la mayoría de los reportes de la literatura consultada.

Cuando el hidrocele tiene escaso volumen y ocasiona pocos síntomas la conducta puede ser conservadora. [1,3, 10]

Después de la intervención quirúrgica el testículo y epidídimo, por la manipulación de los mismos en el acto operatorio, estos se inflaman y pueden permanecer así un tiempo prolongado, lo cual varía de persona a persona, pudiendo ser un mes o más. Sin embargo esta hinchazón no es motivo de alarma pues la misma desaparece con el tiempo.

Nosotros consideramos que este es un caso poco común en nuestro país debido al desarrollo de la medicina cubana y la cobertura gratuita a los servicio de salud de los pacientes y a la labor preventiva de la atención primaria de salud a través de programa del médico y enfermera de la familia, que no ocurre así en otros países donde se reportan hidroceles de gran tamaño (Figura 9 y 10)

CONCLUSIONES

El hidrocele gigante es una entidad rara en nuestro país y el tratamiento de elección es el quirúrgico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Villanueva A. Fisiopatología y tratamiento del hidrocele Rev Med de Costa Rica 2013 :(608) 701 – 703.
2. Capuano C. Surgical management and The Usefulness of a Standarized international clinical classification of hydroceles. Tropical Biomedicine J. 2012: 29 (1);24-38.
3. Navalon P, Zaragoza C, Ordono F. "Tratamiento del hidrocele en cirugía mayor ambulatoria" Arch. Esp. Urol. 2005; 58(5):393-401.
4. Tuncay A,Unsal A. Unilateral Idiopathic Hydrocele. American Institute of Ultrasound in medicine. J. Ultrasound Med 2016; 25: 837-843.
5. Shah P, Dewoolkar V, Changlani T. "Ambulatory hydrocele surgery: a review of 50 cases". J .R. Coll. Surg. Edinb. 2013;37: 385-386.
6. Rumack S, Wilson J, Jo-Ann J. Hidrocele. Diagnóstico por ecografía. Elsevier España; 2006. p. 868.
7. Dornes R, 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 2019 Dic 09]; 18(2): 1-7. Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol18 .
8. Abecassis R. Tratamiento quirúrgico de los hidroceles en el adulto. Scientifiques et Medicales Elservier, Paris 2015; 41: 400-404.
9. Chen T, Marmo A. Sclerotherapy of hydroceles and Spermatoceles with alcohol. International Broz J. Uro. 2014; Vol 37 (3) : 307-313
10. Leuent E, Melih S, Mumtoz D. Endoscopic versus open hydrocelectomy for the treatment of adult hydroceles. Int. Urol. Nephrol 2011; 43:55-59.

ANEXOS

Figura1.Tamaño del hidrocele

Figura 2. Vaciamiento del hidrocele

Figura 3. Inversión de la vaginal

Figura 4. Sutura de piel del escroto

Figura 5. Al año de operado

Figura 6. Al año de operado