

SEUDO HIDROCELE. SU DIAGNOSTICO

Dres. A. E. Trabucco, F. Márquez y H. A. Levati.

En la I sesión científica ordinaria del año 1962, uno de nosotros (Dr. TRABUCCO) con el Dr. BORZONE presentaron el caso de un hidrocele izquierdo recidivante en cuya 3^o intervención se encuentra un conducto peritoneo-vaginal filiforme causa de las recidivas.

La persistencia de este conducto hacía que el líquido serosoperitoneal impidiera la obliteración de la cavidad escrotal por adherencias entre la celulosa y la vaginal visceral y que así se creara una neoserosa. (H. Clínica N^o 16 Serie 621).

En ese caso se interpretó la 1^o recidiva como debida a las formaciones glanduliformes de tipo wolffiano que tapizaban esta neoserosa (A. P. 3829) y que correspondían a partes del epidídimo atrófico adheridos a la misma. Se las resecó y cual no sería la sorpresa de los comunicantes al comprobar 8 meses después la aparente recidiva del cuadro.

La historia resumida del caso que presentamos ahora es la siguiente:

D. G. B. de 9 años de edad. H. Clínica N^o 5. serie 830.

Manifiesta la madre del enfermito que en noviembre de 1964 (1 año y 4 meses de la fecha de la 1^o internación) el niño fue intervenido de hidrocele izquierdo recidivando el proceso a los 6 meses.

Al examen ese hemiescrotó se presenta translúcido, del tamaño de una ciruela y de poca tensión; con los esfuerzos defecatorios y tusígenos no la aumenta ni aumenta tampoco el volumen. Se observa la cicatriz de la herida quirúrgica anterior sobre el hemiescrotó izquierdo.

El 24 de febrero de 1966 es intervenido bajo anestesia general.

Incisión inguinal izquierda prolongando la cicatriz anterior, de 8 cm. de longitud. Se llega al plano muscular y se repara el cordón observándose que no hay hernia visible. Se exterioriza el testículo de buen tamaño y se lo libera de las múltiples adherencias postoperatorias que presenta. Se observa que ha quedado un escudete vaginal que se interpreta como productor de la recidiva y se lo reseca. Se abren además dos pequeños quistes paraepididimarios. Se coloca el testis en la bolsa y se cierra en dos planos dejando un pequeño drenaje de goma.

Postoperatorio sin complicaciones.

Diez meses después reaparece nuestro enfermito manifestando notar nuevamente en la bolsa escrotal una tumoración semejante a la que ya tuviera en los dos anteriores oportunidades salvo en lo que respecta a que está aumentada de tamaño y tensión con los esfuerzos y que tiende a desaparecer lográndolo casi totalmente al comprimir ese hemiescrotó en decúbito dorsal.

Ante la sospecha de encontrarnos ante la persistencia de un conducto peritoneo-vaginal permeable causal que no fue vista en la intervención anterior se lo reinternó para su intervención.

Así se lo hace el 22 de febrero de 1967. El 28 de febrero del mismo año se lo interviene previa radiografía preoperatoria en donde al introducir sustancia opaca en la pseudo cavidad escrotal se observa su pasaje a la cavidad peritoneal y se dibuja el tercio inferior del conducto peritoneo-vaginal. (Ver figuras N^o 1 y 2).



Fig. 1 - El líquido opacose insinúa en el conducto inguinal.

Fig. 2 - La sustancia opaca en el fondo del saco peritoneal.

En la operación se observa adosado al cordón inguinal un conducto peritoneo-vaginal de 3 mm. de ancho que forma en su extremo inferior una cavidad paratesticular sobre la cara externa y por arriba del testis. Se extirpa toda esta mucosa y al conducto peritoneo-vaginal se lo liga a la altura del orificio inguinal interno, resecaando todo el resto. Cierre según arte. Postoperatorio sin problemas.

CONSIDERACIONES

En el corto intervalo de 5 años son dos los casos casi idénticos que se presentan en nuestra sala. En ambos la 2^o intervención quirúrgica efectuada no permitió comprobar el conducto peritoneo-vaginal que luego en la 3^o operación es resecaado poniendo fin al proceso recidivante. En nuestro caso el antecedente hizo que observáramos con mayor detenimiento el cordón pero este examen evidentemente resultó insuficiente. Creemos que lo fue por no haber separado los elementos constitutivos del mismo e incluso no haber abierto la fibrosa común como lo haremos si se nos presenta un nuevo caso.

Además aconsejamos que ante una recidiva de hidrocele o ante el hidrocele mismo, sobre todo en niños, la compresión firme y continua de la masa puede al disminuir esta de tamaño y tensión colocarnos ante la sospecha de una persistencia peritoneo-vaginal.