

HIDROCELE BILOBULAR ABDOMINO - ESCROTAL

Dr. Elbio Omar Soldano

De las diversas formas de hidrocele esta es la que mayor sorpresa me ha deparado. Se trata de D. R. F. argentino de 15 años de edad, quién se presenta en consulta por un proceso extra-uroológico manifestando al pasar su intranquilidad por el tamaño del testículo izquierdo. Al examen se puede observar el escroto ocupado, en el lado mencionado por una tumoración piriforme de un tamaño aproximado de 10 x 7 x 5 cm de superficie tensa, lisa, renitente, transluminación positiva. El polo superior es nítido, el cordón algo engrosado y no existe saco herniario. Se profundiza en la anamnesis manifestando el paciente que desde el nacimiento la bolsa escrotal en ese lado siempre estuvo agrandada haciéndose más notorio luego de los 13 años, en donde el crecimiento se hizo más franco, siendo lento e indoloro. No recuerda haber tenido procesos infecciosos ni traumáticos a ese nivel, ni notó disminución de tamaño en ningún momento. Se propone la intervención quirúrgica que se realiza el día 6-V-67.

El temor del paciente al dolor nos hizo indicar afortunadamente anestesia general. Realizada la misma, y por efecto de los relajantes, notamos una tumoración hipogástrica lateralizada hacia la izquierda, del tamaño de un puño, lo que nos hizo suponer una retención vesical neurógena por el estado de excitación que presentó el paciente momentos previos a la intervención. Se abordó el hidrocele con una incisión escrotal y previa disección de los planos se abrió la vaginal aspirándose su contenido. Nos llamó poderosamente la atención, la cantidad aspirada, 1500 cc aproximadamente de un líquido amarillento de olor urinoso, lo que nos llevó a inspeccionar el hipogástrico en busca de la tumoración que supusiéramos fuera vejiga, notando con sorpresa que había desaparecido.

Frente a estas circunstancias inspeccionamos el polo superior de la cavidad vaginal constatándose la presencia de un conducto, por el cual se introdujo el dedo índice como instrumento explorador. La sorpresa fue mayor al notar la comunicación del conducto con una cavidad amplia de paredes lisas, que abarca desde la pared abdominal anterior hasta el sacro, ocupando toda la hemipelvis izquierda y en cuyo interior no se tactaban visceras. Para descartar que esta cavidad fuera vejiga, ya que no se pudo localizar la uretra por tacto intracavitario se instiló índigo carmín el cual no apareció en la cavidad explorada. Frente a estos acontecimientos se prolongó la incisión de piel hacia arriba liberando el cordón. Se abrió la aponeurosis del oblicuo mayor, el oblicuo menor y transversal, para poder disecar el saco quístico abdominal, lo que se realizó con gasa montada pudiendo extraerlo fácilmente en su totalidad. Se realizó a posteriori la plástica del conducto inguinal y se suturó piel dejándose un drenaje en el escroto.

La rareza del cuadro nos llevó a consultar la literatura que pudiéramos hallar al respecto. El primero en publicar un caso fue Dupuytren en 1834, siendo el motivo de la consulta el mismo que encontramos en el resto de los casos publicados a posteriori, gran aumento del tamaño del abdomen en forma lenta y progresiva concomitante con hidrocele uni o bilateral.

Las características líquidas de la tumoración abdominal llevó a arriesgar varios diagnósticos, siendo los más comunes ascitis, gran quiste hidático con comunicación escrotal y gran hidrocele, con invasión abdominal siendo esta última la posibilidad más remota.

La cantidad de líquido extraído osciló en 150 onzas, siendo vía de abordaje la abdominal.

HIDROCELE BILOBULAR ABDOMINO-ESCROTAL

En nuestro caso el crecimiento abdominal del hidrocele no llegó a dimensiones semejantes debido a lo precoz de la intervención.

CONSIDERACIONES

El líquido formado dentro de la cavidad vaginal al aumentar su cantidad, y por ende la presión intracavitaria, fuerza las paredes de acuerdo a la ley hidrostática en todos los sentidos tratando de encontrar un punto débil por donde realizar el escape. Lowsley consideró que dicho punto se encuentra ubicado a nivel del conducto inguinal por donde la pared es forzada formando así un saco que hará hernia en la cavidad abdominal, ubicándose por delante o por detrás del peritoneo. Es preferencial la ubicación retroperitoneal pudiéndose en caso de ser anterior abrirse camino entre las capas musculares de la pared abdominal superficializándose.

RESUMEN

Se presenta un caso muy poco común de hidrocele bilobular abdominal escrotal, cuya intervención precoz no le permitió llegar al tamaño de los casos encontrados en la literatura, y se comenta el presunto mecanismo de invasión abdominal de acuerdo a consideraciones de O. S. Lowsley.

BIBLIOGRAFIA

- Lowsley O. S.: Clínica Urológica, Tomo I, Pag 476. 1945.
 Bickle, L. W.: Abdominal escrotal Hydrocele, New Eng. J. Med. 226-255. 1942.
 Abdomino escrotal hydrocele. Brit. Med. J. 5329- 23-11-63.



