

Hidrocele

Fecha de la última revisión: 20/11/2014

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se diagnostica?](#)
3. [¿Cómo se trata?](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Más en la red](#)
6. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

Durante el primer trimestre del embarazo, el testículo migra desde la región lumbar hasta el escroto, pasando a través del trayecto inguinal por el conducto peritoneovaginal, que se cierra durante el primer año de vida. Como resultado final de este proceso se genera la cavidad virtual vaginal. La vaginal es una membrana serosa que se compone de una hoja parietal que tapiza la cara interna de la pared escrotal y una hoja visceral adherida a la albugínea testicular.

El hidrocele del adulto consiste en la acumulación de líquido en la cavidad vaginal escrotal no comunicante debido a una excesiva secreción por parte de la serosa vaginal (Wein AJ, 2012; Taniel E, 2004).

El hidrocele infantil es una anomalía congénita secundaria a la persistencia anómala del conducto peritoneovaginal permeable, existiendo una comunicación entre las cavidades peritoneal y vaginal (figura 1).

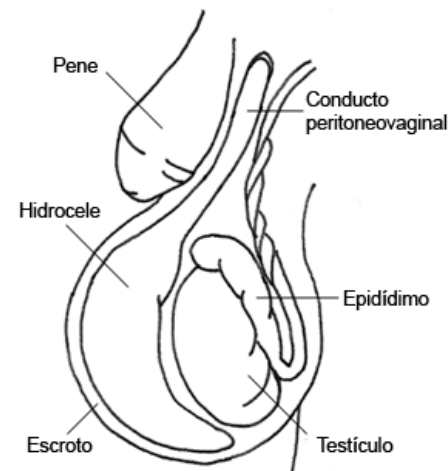


Figura 1. Persistencia anómala del conducto peritoneovaginal.

¿Cómo se diagnostica?

En la exploración clínica, por lo general, el hidrocele se presenta como un escroto voluminoso más o menos tenso, no doloroso y no inflamatorio. Cuando es voluminoso puede dificultar o impedir la exploración del testículo.

La prueba de transiluminación (figura 2) sigue siendo una maniobra básica para el diagnóstico (Wein AJ, 2012). Esta prueba se realiza con una fuente de luz apoyada bajo el escroto, en un ambiente oscuro. Esta maniobra indica el carácter líquido del contenido escrotal.

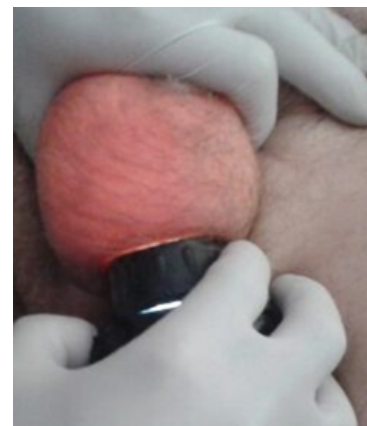


Figura 2. Prueba de transiluminación.

La ecografía (figura 3) no es indispensable para el diagnóstico y simplemente confirma la clínica (Wein AJ, 2012).

Si el testículo es inaccesible a la palpación, conviene realizar una ecografía escrotal. En los casos sencillos confirma la clínica pero la ecografía también es útil para mostrar la presencia de una hernia inguinal asociada o de un quiste del cordón imposible de evacuar en sentido proximal; esta exploración también permite observar la posición y la normalidad del testículo, así como su vascularización en modo Doppler, descartando procesos inflamatorios o tumorales como origen del hidrocele (hidrocele secundario).

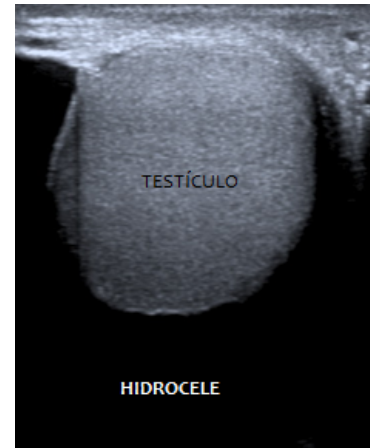


Figura 3. Ecografía testicular.

¿Cómo se trata?

El tratamiento de elección del hidrocele es quirúrgico (Tariel E, 2004) (figura 4). La indicación quirúrgica se planteará ante la presencia de dolor o molestias ocasionadas por un hidrocele de gran tamaño y también por consideraciones estéticas subjetivas. Hay que explicar al paciente que el efecto de la cirugía sobre el volumen escrotal es retardado y que el escroto ya no será simétrico. Entre las complicaciones potenciales se encuentran la pérdida del testículo y una alteración de la fertilidad.

En caso de pacientes que presentan una contraindicación anestésica se puede plantear la opción terapéutica de la punción-evacuación y esclerosis. Se trata de una técnica sencilla, pero sus resultados no son buenos ya que con frecuencia se produce la recidiva del hidrocele (Lund L, 2014).

En lo referente a los hidroceles infantiles, las indicaciones quirúrgicas no están rigurosamente sistematizadas (Teklali Y, 2011; Tekgül S, 2014). Se admite que en los recién nacidos y lactantes pequeños, existen auténticas posibilidades de reabsorción y de cierre espontáneo del conducto peritoneovaginal, por lo que no es preciso realizar un tratamiento quirúrgico inmediato y se recomienda esperar hasta los 4-6 meses de edad. La cirugía está indicada en los hidroceles asociados a otras afecciones del conducto peritoneovaginal (hernia inguinal, criptorquidia, quiste del cordón) o en caso de que no se produzca la reabsorción espontánea. La aparición o la persistencia de un hidrocele después de los 18 meses de edad permite albergar pocas esperanzas de las posibilidades de cierre espontáneo del conducto peritoneovaginal.



Figura 4. Incisión transversal en el escroto.

Bibliografía

- Lund L, Kloster A, Cao T. The long-term efficacy of hydrocele treatment with aspiration and sclerotherapy with polidocanol compared to placebo: a prospective, double-blind, randomized study. J Urol. 2014;191(5):1347-50. PubMed [PMID: 24262498](#)
- Tariel E, Mongiat-Artus P. Tratamiento de los hidroceles del adulto [Internet]. En: Elsevier Masson-EM/consulte [acceso 20/11/2014]. Disponible en: <http://www.em-consulte.com/es/article/43456/tratamiento-de-los-hidroceles-del-adulto>
- Tekgül S, Dogan HS, Hoebeke P, Kocvara R, Nijman JM, Radmayr C, Stein R. Guidelines on Paediatric Urology. European Society for Paediatric Urology (ESPU); European Association of Urology; 2014. [Texto completo](#)
- Teklali Y, Boillot B. Tratamiento quirúrgico de los hidroceles infantiles [Internet]. En: Elsevier Masson-EM/consulte [acceso 20/11/2014]. Disponible en: <http://www.em-consulte.com/es/article/280161/tratamiento-quirurgico-de-los-hidroceles-infantile>
- Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peters CA. Campbell-Walsh Urology. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2012.

Más en la red

-
- Crawford P, Crop JA. Evaluation of scrotal masses. Am Fam Physician. 2014 May 1;89(9):723-7. PubMed [PMID: 24784335](#)
 - European Society for Paediatric Urology. Guidelines on Paediatric Urology. 2014.
URL: http://www.uroweb.org/gls/pdf/23%20Paediatric%20Urology_LR%20March%2025th.pdf

Autores

- Jorge Lermo Sandoval Médico Interno Residente de Urología
- Miguel Francisco Téllez Martínez-Fornés Médico Especialista en Urología

Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

 RELX Group™