



medicina general y de familia

edición digital

www.mgyf.org



Clínica cotidiana

Hidrocele de presentación súbita tras ejercicio por la presencia de un escrotolito

Emérito Peramato Martín^a, Manuel Jesús Luengo Martín^b, Elpidio García Ramón^{c,*}, Yolanda Granja Garrán^d, Nerea García Granja^e, Esther Fernández Corral^f

^aMédico de Familia. Personal emérito de la G.R.S adscrito a la G.A.P. de Zamora. ^bMédico de Familia. E.A.P. Guijuelo (Salamanca).

^cMédico de Familia. G.A.P. Valladolid Oeste. (Valladolid). ^dMédico de Familia. E.A.P. Plaza del Ejército. (Valladolid). ^eEnfermera de familia. E.A.P. Huerta del Rey. (Valladolid). ^fDiplomada en Enfermería. E.A.P. Benavente Norte. Zamora.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de marzo de 2023

Aceptado el 18 de agosto de 2024

On-line el 27 de septiembre de 2024

Palabras clave:

Hidrocele por escrotolito

Ejercicio

R E S U M E N

Presentamos un caso de hidrocele secundario en un adulto tras ejercicio inusual y relacionado con la presencia de un escrotolito. Dada la rareza de la asociación hidrocele-escrotolito, consideramos interesante su exposición.

© 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Sudden onset of hydrocele after exercise due to the presence of a scrotolith

A B S T R A C T

We present a case of secondary hydrocele in an adult after unusual exercise and in relation to the presence of a scrotolith. Given the scarce presentation of this hydrocele-scrotolith association, we consider interesting its exposition.

© 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

Varón de 71 años de edad, sin reacciones alérgicas conocidas a medicamentos; exfumador desde hace 8 años. Antecedentes familiares en primer grado de carcinoma de colon. Antecedentes personales: síndrome de Dubin-Johnson; enfermedad de Paget polioestótica en remisión; hipoacusia neurosensorial;

dislipemia mixta con hipoalfalipoproteinemia; sobrepeso; obesidad abdominal; colecistectomizado por coledocitis hace 12 años; infarto agudo de miocardio no Q (enfermedad monovasa tratada con stent); síndrome de apnea obstructiva del sueño leve, sin tratamiento con CPAP; en vigilancia con colonosco-

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elpiyo127@hotmail.com (E. García Ramón).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2024.046>

2254-5506 / © 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

pias periódicas por exéresis de adenoma tubulovelloso mayor de 2 cm a 50 cm del ano y posterior electrocoagulación con Argón; hipertrofia prostática asintomática, con ligera elevación del PSA y cociente favorable; tacto rectal no sospechoso con volumen grado 2; anticoagulación por fibrilación auricular asintomática (ecocardiografía: fracción de eyección del ventrículo izquierdo 45 %). Sigue tratamiento con: pantoprazol 20 mg; telmisartán plus 80/12,5 mg; bisoprolol 5 mg; dabigatrán (150 mg cada 12 horas); rosuvastatina y ezetimibe 20/10 mg; dapagliflocina 10 mg.

Hace 3 meses acude a consulta preocupado por haberse notado de un día para otro un aumento de volumen del testículo derecho no doloroso. Lo atribuye a que en los últimos días ha estado haciendo ejercicio en una bicicleta estática a la que no estaba acostumbrado.

Durante la exploración física se percibe un aumento de tamaño del hemiescrotó derecho, sin signos de tumefacción (no eritema ni calor) y no doloroso; la palpación del hemiescrotó transmite una consistencia elástica, con dureza periférica entre la piel y el testículo. La transiluminación es positiva.

Con la sospecha de hidrocele con dureza periférica, se procede a realizar exploración ecográfica escrotal (figuras 1 y 2). Se observa una colección anecoica, secundaria a la acumulación de líquido extraescrotal, y presencia de una calcificación móvil de 0,4 mm cercana a la capa visceral de la túnica vaginalis. En los cortes longitudinales y trasversales de ambos testículos no se observa ninguna anomalía. La vascularización es normal. Casualmente también apreciamos un pequeño quiste de la cabeza del epidídimo (figura 3).

El diagnóstico es de hidrocele moderado asociado a escrotolito o cálculo asintomático.

Se recomienda reposo y se cita al paciente para posteriores revisiones.

Comentario

El hidrocele es una colección escrotal de líquido extratesticular (entre el testículo y la capa visceral y parietal de la túnica vaginal que lo recubre), que da lugar a un aumento de tamaño del escroto. Su identificación es sencilla mediante transiluminación y ecografía escrotal.

Suele ser unilateral e indoloro. En el caso de los adultos (hidrocele adquirido) su etiología suele ser debida a un traumatismo o lesión que ocurre en el interior del escroto, así como a la aparición de un tumor, una infección o una hernia inguinal. Cuando se produce en el varón de edad avanzada suele ser debido a insuficiencia cardíaca y se caracteriza por ser bilateral.

A diferencia de la inflamación del testículo (orquiepididimitis) no es doloroso. Solo ocasiona molestias cuando por su contenido produce tensión en el testículo o la piel escrotal.

En principio se trata de un proceso benigno que no produce ningún tipo de complicación. En el caso de que suponga molestias para el paciente, puede realizarse una hidrocolectomía con drenaje del líquido y extirpación del saco que lo contenía.

Los escrotolitos son calcificaciones móviles que pueden corresponder a apéndices testiculares o epididimarios torsionados. Están formados por depósito fibrinoide alrededor de un núcleo de hidroxipatita; también se llaman cálculos o perlas escrotales. Pueden alcanzar hasta 1 cm de diámetro y asociarse a hidrocele.

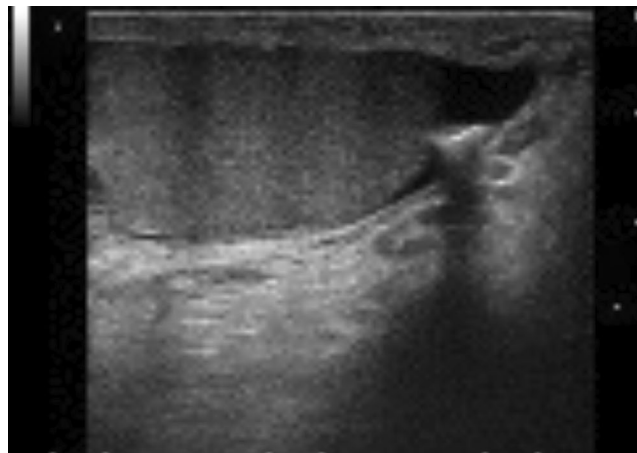


Figura 1 – Calcificación que deja sombra sónica, relacionada con escrotolito.

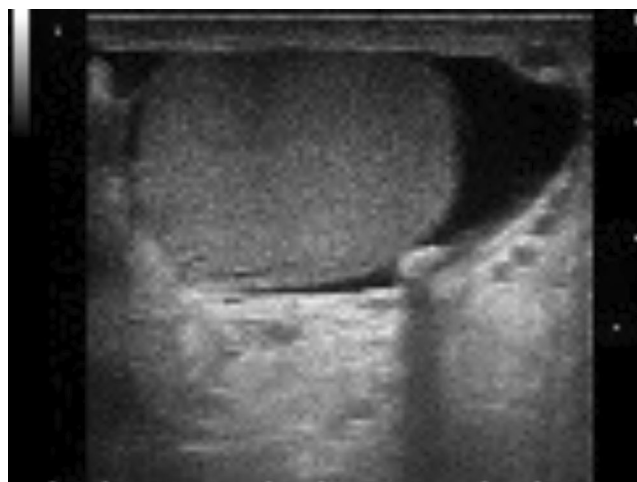


Figura 2 – Calcificación que deja sombra sónica, relacionada con escrotolito; hidrocele.

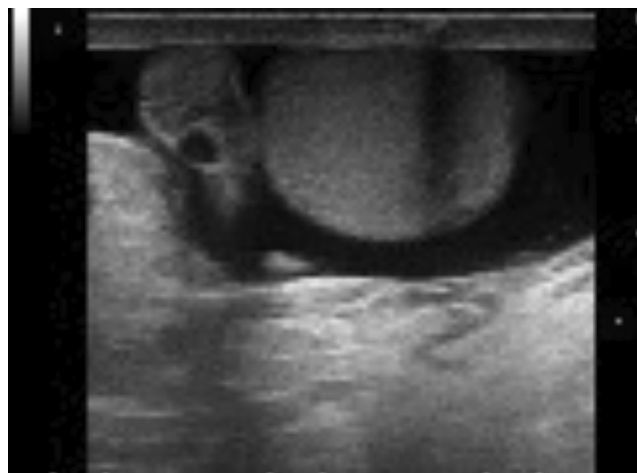


Figura 3 – Pequeño quiste en la cabeza del epidídimo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Luis Pastor E, Villanueva Marcos A, Zudaire Díaz-Tejeiro B, Bondía Gracia JM, Rincon A, Gil Marculeta R. Ecografía escrotal: perlas, patrones y errores. Elsevier. 2017; 31(8): 895-910.
2. Cruces Fuentes E, Parloiro De Andrés E, Plasencia Martínez JM, Ortiz Morales C, Girela Baena E, Olalla Muñoz JR. Calcio, líquido o gas en la ecografía de escroto. ¿En qué debemos de pensar? SERAM; 2018.
3. Pedrazas López D, De Pablo Márquez B, García Font D. Hidrocele. BSalut. 2016; 34(1).
4. Fernández Tejado DP, Rueda Monago DM, Relaño Mesa DM, Pérez Jaén M, Bermejo Brote DA, Fernández Gómez DD. Patología escrotal y escroto agudo: Hallazgos ecográficos claves. SERAM: 2021; 1(1): 35.