

Guía de Práctica Clínica GPC

Diagnóstico y Tratamiento del Hidrocele en los Niños

Guía de Referencia Rápida

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-279-10



GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

N43 Hidrocele y Espermatocelo
N43.2 Otros Hidroceles
N43.3 Hidrocele, No Especificado
GPC

Diagnóstico y Tratamiento del Hidrocele en los Niños
ISBN en trámite

DEFINICIÓN

Es una colección de líquido entre la capa visceral y parietal de la túnica vaginalis.

FACTORES DE RIESGO

Investigar dirigidamente la presencia de hidrocele en los niños con los siguientes antecedentes:

- Recién nacidos prematuros
- Recién nacidos cuya madre cursó con diabetes mellitus durante el embarazo
- Post operados de varicocelelectomía
- Reparación primaria de un hidrocele comunicante
- Traumatismo testicular
- Torsión testicular
- Epididimitis

DIAGNÓSTICO CLINICO

Considerar el diagnóstico de hidrocele en sus diferentes variedades con base a los siguientes datos:

1. Hidrocele **no comunicante**: aumento de volumen escrotal no doloroso, irreductible y con transiluminación positiva. Es recomendable realizar la transiluminación con las luces del cuarto de exploración apagadas, colocando la fuente de luz por debajo del saco escrotal con lo que tomará una apariencia rosada.
2. Hidrocele comunicante:
 - Historia de cambio en el tamaño de la masa testicular usualmente relacionado con la actividad: aumento de tamaño cuando el niño está de pie y disminución por la noche cuando el niño está en posición supina
 - Exploración física: escroto brillante, transiluminable y no doloroso. Detección de líquido reductible y palpación de testículo normal

3. Quiste de cordón (hidrocele del cordón espermático variedad “enquistada”): aumento de volumen delimitado y transiluminable situado a lo largo del trayecto del cordón espermático.
4. Hidrocele del cordón espermático variedad “funicular”: detección de líquido reductible en el canal inguinal y palpación de testículo normal. En ésta variedad se debe descartar la presencia de hernia inguinal indirecta.
5. Hidrocele adquirido (secundario): pacientes con factores de riesgo que presentan de forma aguda edema escrotal unilateral no doloroso.
6. Hidrocele abdominoescrotal: masa abdominal que se continúa con un hidrocele escrotal, el tamaño de la masa abdominal incrementa al comprimir el componente escrotal y viceversa. En éstos casos se sugiere investigar patología asociada y evaluar si existe daño por compresión a órganos adyacentes

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

El diagnóstico de hidrocele se basa en los datos clínicos, los estudios de imagen se recomiendan en las siguientes situaciones:

1. Ultrasonido escrotal:

- Dificultad clínica para delimitar la anatomía testicular por palpación
- Masa testicular que no transilumina
- Sospecha de patología testicular asociada
- Hidrocele acompañado de dolor testicular
- Hidrocele adquirido

2. Ultrasonido Doppler testicular:

- Sospecha de hidrocele secundario a varicocele o a torsión testicular.

3. Ultrasonido abdominal y escrotal

- Hidrocele abdominoescrotal.

4. La herniografía guiada por fluoroscopia no se recomienda para el diagnóstico de hidrocele.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Se recomienda realizar diagnóstico diferencial de hidrocele con edema escrotal idiopático, la edad de presentación de ésta entidad varía entre los 4 meses y 18 años de edad, la sintomatología (dolor, incomodidad) es mínima y el edema usualmente se resuelve después de 3 a 4 días de tratamiento conservador.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

1. Los niños con hidrocele no comunicante no requieren tratamiento específico, solamente vigilancia en tanto no cumplan criterios quirúrgicos.
2. Se recomienda tratamiento quirúrgico en los siguientes casos:
 - a) Hidrocele no comunicante y:
 - Persistencia en los niños mayores de 24 meses de edad
 - Crecimiento acelerado del hidrocele
 - Hidrocele grande y a tensión
 - b) Hidrocele comunicante asociado a hernia inguinal indirecta
 - c) Hidrocele abdominoescrotal
 - d) Hidrocele del cordón espermático variedad funicular
 - e) Hidrocele del cordón espermático variedad quística en caso de que ocurra permeabilidad del processus vaginalis (hernia inguinal)
3. El tratamiento del hidrocele adquirido deberá dirigirse a la causa que lo originó.

Tipo de abordaje quirúrgico recomendado:

1. Abordaje inguinal:

- Hidrocele comunicante asociado a hernia
- Hidrocele de cordón espermático variedad "funicular" asociado a hernia
- Hidrocele abdominoescrotal

2. Abordaje escrotal:

- Hidrocele no comunicante
- Hidrocele de cordón espermático variedad "enquistada" (quístico)

3. Reparación quirúrgica laparoscópica:

- Hidrocele con persistencia del proceso peritoneo vaginal
- Sospecha de hidrocele bilateral
- Hidrocele recurrente

4. En el momento actual no hay evidencia clínica suficiente para recomendar el abordaje laparoscópico como primera elección en los niños con hidrocele con persistencia del proceso peritoneo vaginal. Por lo tanto se recomienda la reparación mediante laparoscopia bajo las siguientes circunstancias:

- Entrenamiento y experiencia específica del cirujano pediatra
- Equipo médico y recursos humanos requeridos para llevar a cabo el procedimiento

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Se recomienda indicar como analgésico transquirúrgico acetaminofen vía rectal y continuarlo por vía oral al egreso del paciente. La dosis en ambos casos será 15mg/kg/dosis cada 8hs y se ofrecerá durante 5 días.

CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

1. Todos los pacientes con sospecha de hidrocele deberán ser derivados al servicio de pediatría del segundo nivel de atención.
2. Referir al cirujano pediatra a todos los niños con:
 - Hidrocele comunicante
 - Hidrocele del cordón espermático
 - Hidrocele abdominoescrotal
 - Atrofia o aumento súbito del tamaño testicular detectados durante la vigilancia de los niños post operados de hidrocelectomía
3. Los niños con hidrocele **no comunicante** serán referidos a cirugía pediátrica sólo en los siguientes casos:
 - Persistencia del hidrocele en niños mayores de 24 meses de edad
 - Crecimiento acelerado del hidrocele
 - Hidrocele grande y a tensión
4. Se recomienda que el cirujano pediatra refiera al urólogo pediatra del tercer nivel de atención los casos de recidiva o recurrencia del hidrocele.
5. Se sugiere que los pacientes posoperados de hidrocele sean contrarreferidos al primer nivel de atención.

VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

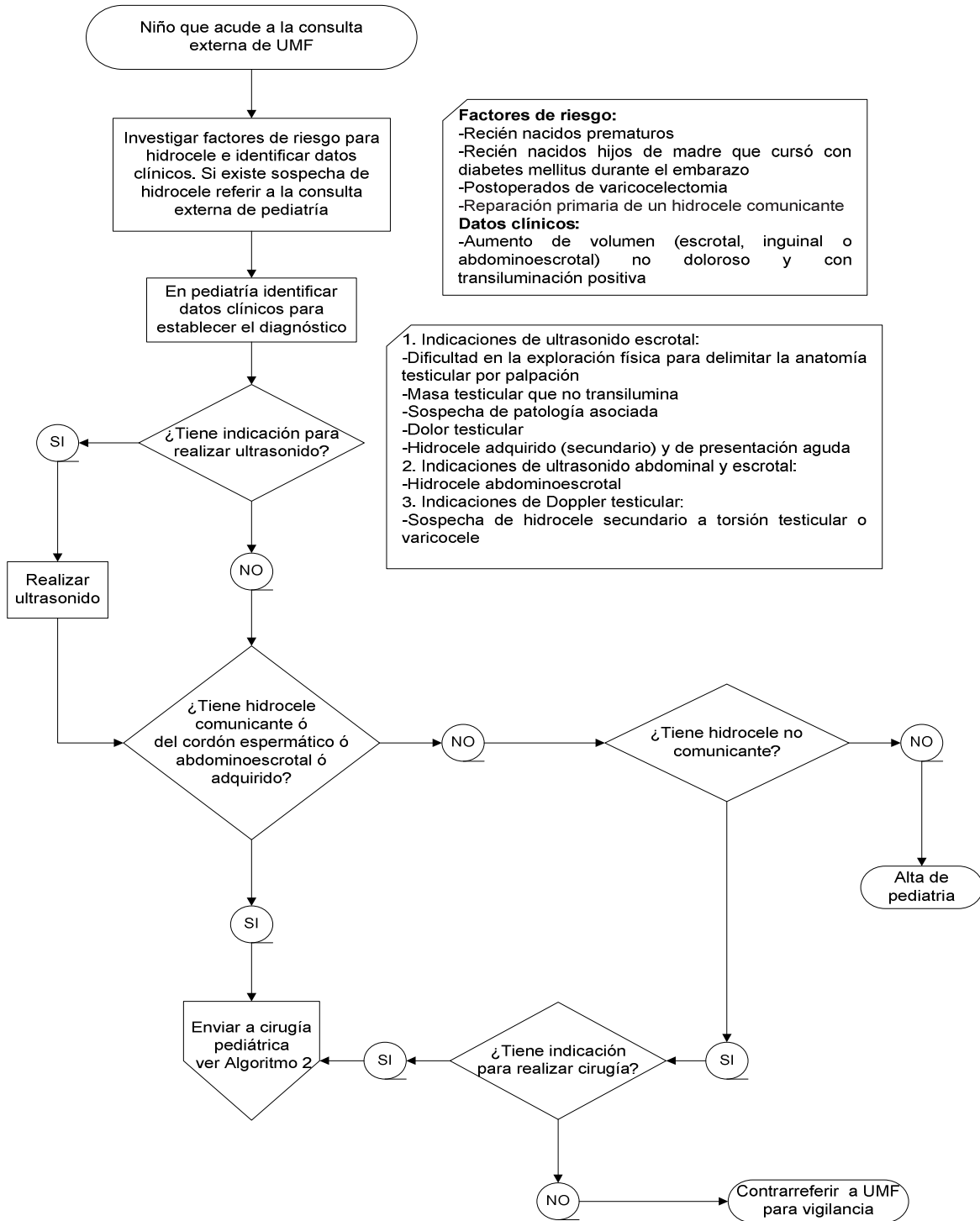
1. Los niños que fueron valorados por pediatría y en quienes se concluyó el diagnóstico de hidrocele no comunicante, deberán vigilarse clínicamente en el primer nivel de atención hasta que el líquido escrotal se reabsorba espontáneamente. Si en algún momento de la vigilancia se detecta que el niño cumple criterios quirúrgicos referirlo nuevamente al servicio de pediatría.
2. Los niños que fueron valorados por cirugía pediátrica en quienes se concluyó hidrocele comunicante no meritorio de manejo quirúrgico, deberán vigilarse clínicamente en el servicio de pediatría del segundo nivel de atención. Supervisar que no incremente el tamaño, que no desarrollen hernia inguinal y que el hidrocele no persista durante más de 2 años. En caso de detectar alguno de estos datos referirlo nuevamente al cirujano pediatra.

3. Posterior a la cirugía en los niños se recomienda:
 - a) Valorar el alta después de la recuperación anestésica total
 - b) Indicar aseo local de la herida quirúrgica e informar al familiar sobre los datos de alarma : enrojecimiento, salida de secreción o dehiscencia de la herida quirúrgica, incremento súbito de volumen de la bolsa escrotal, dolor testicular intenso
 - c) Citar a la consulta externa de cirugía pediátrica 7 días después de la intervención para retiro de puntos y valorar alta

4. Vigilar en primer nivel de atención el crecimiento testicular en los pacientes postoperados de hidrocele. Comparar el tamaño del testículo operado con el contralateral, en caso de detectar hipotrofia (tamaño menor al esperado) enviar a pediatría del segundo nivel de atención.

ALGORITMOS

Algoritmo 1. Diagnóstico del Hidrocele en la Etapa Pediátrica



Algoritmo 2. Abordaje quirúrgico del niño con hidrocele

