

SAMARA PIGHI NELLI ÁZAR

*Acadêmica do sexto ano de Medicina do Centro
Universitário Lusíada (UNILUS).*

MAYARA DE NAPOLI SILVA

*Acadêmica do sexto ano de Medicina do Centro
Universitário Lusíada (UNILUS).*

THAMIRIS PELIN AKAWA

*Acadêmica do sexto ano de Medicina do Centro
Universitário Lusíada (UNILUS).*

RAFAELA BELLETTI

*Acadêmica do sexto ano de Medicina do Centro
Universitário Lusíada (UNILUS).*

LUCIANE BASTOS FERNANDES DE
OLIVEIRA

*Professora do Centro Universitário Lusíada
(UNILUS) e Cirurgiã Pediátrica Assistente do
Hospital Ana Costa, Santos.*

ADRIANE SAKAE TSUJITA

*Professora do Centro Universitário Lusíada
(UNILUS) e Cirurgiã Pediátrica Assistente do
Hospital Ana Costa, Santos.*

RIITA DE CÁSSIA FERNANDES SIMÕES

*Professora do Centro Universitário Lusíada
(UNILUS) e Cirurgiã Pediátrica Assistente do
Hospital Ana Costa, Santos.*

*Recebido em outubro de 2017.
Aprovado em novembro de 2017.*

HIDROCELE ABDOMINOESCROTAL GI GANTE EM LACTENTE - RELATO DE CASO

RESUMO

Introdução: Hidrocele abdominal escrotal gigante (HAG) consiste em massa intra-abdominal associada a grande hidrocele escrotal e é diagnosticada através do exame físico e ultrassonografia (USG). O tratamento preconizado é cirúrgico (hidrocelectomia). **Caso clínico:** Lactente 4 meses com abaulamento em região inguinal direita aos choros. Ao exame físico, hidrocele grande tensa à direita, anel inguinal interno livre e ausência de testículo à palpação de região inguino-escrotal esquerda. USG evidenciou hidrocele à direita e testículo esquerdo não visualizado. Submetido à laparoscopia diagnóstica. **Discussão:** No caso elucidado, o diagnóstico de HAG foi confirmado via laparoscopia, procedimento também essencial para investigação diagnóstica da distopia testicular esquerda. **Conclusão:** A hidrocele abdominal escrotal é rara e seu diagnóstico deve inferir procedimento operatório eletivo.

Palavras-Chave: Hidrocele Abdominoescrotal Gigante; Laparoscopia Diagnóstica; Hidrocelectomia.

GIANT SCROTAL ABDOMINO HYDROCELE IN INFANTS - CASE REPORT

ABSTRACT

Introduction: Giant abdominal-scrotal hydrocele (ASH) consists of intra-abdominal mass associated with large scrotal hydrocele and is diagnosed through physical examination and ultrasound. The surgical treatment is recommended (hydrocelectomy). **Clinical case:** Infant 4 months with bulging in the right inguinal region when crying. At the physical examination, large and tense hydrocele to the right, free internal inguinal ring and absence of testis to the palpation of the left inguino-scrotal region. USG showed hydrocele to the right and left testicle not visualized. Underwent diagnostic laparoscopy. **Discussion:** In the case elucidated, the diagnosis of ASH was confirmed via laparoscopy, a procedure also essential for diagnostic investigation of left testicular dystopia. **Conclusion:** Abdomino-scrotal hydrocele is rare and its diagnosis must infer elective operative procedure.

Keywords: Giant Hydrocele Abdomino-scrotal; Diagnostic Laparoscopy; Hydrocelectomy.

INTRODUÇÃO

Hi drocele é o acúmulo de líquido entre as folhas da túnica vaginal testicular, podendo ser classificada em comunicante ou não comunicante. A comunicante é resultado da falha no fechamento do processo vaginal, mantendo um pertuito entre a cavidade peritoneal e a túnica vaginal testicular que permite assim a passagem de líquido peritoneal para o interior da túnica vaginal testicular e vice-versa. Na não comunicante, não há persistência do conduto peritoneovaginal e o líquido que se acumula é produzido pela própria túnica vaginal.

A Hi drocele abdominoescrotal gigante (HAG) é uma entidade rara e apresenta-se como uma massa intra-abdominal associada a uma grande hi drocele escrotal. Constitui a evolução de uma hi drocele não comunicante que, devido ao aumento progressivo da pressão no interior da túnica vaginal, aumenta em direção cranial, distendendo as paredes do processo vaginal parcialmente patente que se obliterou em sua porção mais cranial, e estendendo-se para o espaço abdominal extraperitoneal. O diagnóstico pode ser feito pelo exame físico com palpação de massa abdominal em contiguidade com a hi drocele, confirmado ao exame radiológico como ecografia (ultrassonografia - USG).

O tratamento preconizado para esta doença é cirúrgico, com hi drocelectomia.¹

CASO CLÍNICO

Lactente de 4 meses diagnosticado com hi drocele congênita gigante caracterizada por abaulamento em região inguinal direita aos choros. Foi encaminhado pelo pediatra para o ambulatório de cirurgia pediátrica para avaliação e seguimento.

Ao exame físico, detectou-se hi drocele grande tensa à direita, com anel inguinal interno livre e ausência de testículo à palpação de região inguino-escrotal esquerda.

O exame ultrassonográfico evidenciou hi drocele à direita e testículo esquerdo não visualizado.



O paciente foi submetido a cirurgia eletiva e durante indução anestésica foi palpada massa cística intrabdominal em contiguidade com a hi drocele à direita, sugerindo hi drocele abdominoescrotal.

Foi realizada punção em bolsa testicular direita, afim de se evitar complicações devido à introdução dos trocateres em região abdominal, com retirada de 200ml de líquido amarelo citrino. Iniciado procedimento operatório por laparoscopia diagnóstica que identificou grande tumoração cística com parede espessa proveniente do anel inguinal direito adentrando a cavidade abdominal (hi drocele à direita). Visualizado

ducto deferente esquerdo em seu trajeto anatômico habitual através de anel inguinal profundo juntamente com os vasos espermáticos rudimentares, optado por exploração da região inguinal esquerda.

Realizado incisão transversa em região inguinal direita, abertura por planos anatômicos, apreensão de hidrocele com dissecação inferior e liberação completa desta ao darto em escroto. Feito dissecação superior da hidrocele através do anel inguinal profundo (AIP) direito e realizado a redução completa da hidrocele abdominal para a região inguinal. Após apreensão da parede da hidrocele intrabdominal através do AIP e da ressecção de sua membrana, observou-se um testículo alongado sendo realizado biópsia e inversão da túnica vaginal com Vicryl 5.0. Fixação subdártica testicular à direita. Exploração de região inguinal esquerda, diagnosticado testículo atrofiado. Realizada orquiectomia esquerda.



O anatomopatológico do fragmento do testículo direito evidenciou testículo pré-pubere sem sinais de malignidade, enquanto que do testículo esquerdo mostrou ausência de tecido testicular viável e ausência de sinais de malignidade.

Paciente evoluiu com boa resposta operatória, recebendo alta hospitalar após dois dias de internação.

DISCUSSÃO

A hidrocele abdominoescrotal gigante (HAG) foi descrita pela primeira vez em 1834 por Dupuytren², sendo que o primeiro caso na população pediátrica foi relatado por Syme³ somente em 1861. Bickel⁴ foi, no entanto, o responsável por nomear tal condição somente em 1919.

Algumas teorias foram levantadas em relação ao seu mecanismo de formação. Dupuytren propôs que a pressão excessiva da hidrocele inguino-escrotal faz com que parte dela se estenda e forme seu componente intra-abdominal².

Uma segunda teoria propõe que a alta pressão intra-escrotal da hidrocele faz com que o conduto vaginal desenvolva uma espécie de válvula na altura do anel inguinal interno⁵. A terceira diz que o componente abdominal é formado por um divertículo peritoneal, ou por um defeito da região inguinal profunda^{6,7}.

Outros autores como Sasiharan et al⁸ acreditam que a hidrocele abdominal se estenda para a região inguinal devido ao aumento da pressão desta hidrocele.

A incidência de hidrocele abdominoescrotal entre as crianças varia de 0,17 a 3,1% entre todos os casos de hidrocele⁵. Embora exista cerca de 80 casos que foram relatados na literatura desde 2009, o número de relatos de HAG vem aumentando recentemente devido ao amplo uso da USG na avaliação do aumento da bolsa testicular.



Várias complicações de HAG foram relatadas na literatura como hidroureteronefrose¹⁰, linfedema¹¹, dismorfismo testicular¹² e apendicite¹³. Há poucos relatos sobre a associação de HAG com testículos retidos.

O diagnóstico é baseado no exame físico e na presença de hidrocele escrotal que se estende para a cavidade abdominal, formando assim uma massa abdominal, ambos de característica cística¹⁴. No exame bimanual, a compressão da hidrocele leva ao aumento de seu componente abdominal, e a compressão abdominal leva ao aumento de seu componente escrotal.

A redução manual do componente escrotal resulta em uma redução temporária do tamanho da hidrocele. Contudo o tamanho inicial da mesma pode ser reestabelecido através da transferência do conteúdo abdominal para a região escrotal, fenômeno conhecido como "springing back ball"¹⁵

A ultra-sonografia (USG) geralmente é suficiente para confirmar a suspeita inicial da presença de HAG e é útil para detectar patologias testiculares associadas. Tomografia computadorizada (TC) ou ressonância nuclear magnética (RNM) podem ser usados para demonstrar o componente abdominal da HAG em casos em que exista dúvida diagnóstica.

Embora o diagnóstico diferencial mais comum seja hérnia inguinal indireta¹⁴, deve-se considerar também neoplasia testicular, outros tipos de hidrocele, cisto epididimal, epididimite, torção testicular e hematoma¹⁶. Deve-se ainda diferenciar de tumores císticos abdominais da criança, em casos de massas que se estendem para o espaço retroperitoneal e região do hipogástrico.

Nos casos de HAG, a correção cirúrgica é o tratamento de escolha. Sua indicação precoce se faz necessária pelo risco de traumas por compressão nas estruturas da região inguinal e escrotal¹⁶, reduzindo o potencial de dismorfismo testicular.¹⁷

Não existe consenso sobre a melhor abordagem cirúrgica e técnica apropriada. Várias técnicas cirúrgicas foram descritas para o tratamento da HAG, como a abordagem abdominal, escrotal inguinal ou combinadas.

A laparoscopia é um importante artifício para pacientes com outras anomalias como testículos contralaterais não palpáveis ou hérnias inguinais recorrentes. Excisão completa do saco da hidrocele é recomendada para evitar a recorrência.¹⁸

Crianças com HAG não complicada ou que apresentam alto risco cirúrgico podem seguir seguramente com tratamento conservador, através de exame físico periódico e exames ultrassonográficos.¹⁴

Como complicações do tratamento cirúrgico há transecção do ducto deferente¹⁴ e hematoma escrotal.¹⁹

No caso relatado o diagnóstico de hidrocele abdominal e escrotal foi confirmado no intra-operatório através da laparoscopia, procedimento também essencial para investigação diagnóstica da distopia testicular esquerda.

Acredita-se que durante o acompanhamento pré-operatório o provável aumento progressivo da pressão no interior da túnica vaginal em direção cranial, estendendo-se para o espaço abdominal extraperitoneal tenha dado origem a hidrocele abdominal e escrotal.

CONCLUSÃO

A hidrocele abdominal e escrotal é uma forma rara de apresentação e seu diagnóstico deve inferir procedimento operatório eletivo, porém, o mais precoce possível, pelo risco de lesões traumáticas de estruturas do cordão espermático.

REFERÊNCIAS

1. MEDEIROS, A. S. O. L et al. (2015) Hidrocele e Abdominoescrotal Gigante Bilateral: Relato De Caso



2. Dupuytren G. Lesons orales de clinique chirurgicale. Paris, France: Balieire; 1839. p. 705.
3. Syme J. Abdominal hydrocel. BMJ 1861; 2: 139.
4. Bickle LW. Abdominal or bilocular hydrocel. BMJ 1919; 2: 13.
5. Saharia PC, Brunsther B, Abrams MW. Abdominoscrotal hydrocel. Case report and review of the literature. Z Kinderchir 1983; 38: 353 - 5
6. Nagar H, Kessler A. Abdominoscrotal hydrocel in infancy: a study of 15 cases. Pediatr Surg Int 1998; 13: 189 - 90.
7. Mohamed AA, Stockdate EJ, Varghese J, et al. Abdominoscrotal hydrocel es: little place for conservation. Pediatr Surg Int 1998; 13: 186 - 8.
8. Mohamed AA, Stockdate EJ, Varghese J, et al. Abdominoscrotal hydrocel es: little place for conservation. Pediatr Surg Int 1998; 13: 186 - 8.
9. Avolio L, Chiari G, Caputo MA, Bragheri R. Abdominoscrotal hydrocel in childhood: is it really a rare entity? Urology. 2000; 56: 1047-9.
10. Klin B, Efrati Y, Mor A, Vinograd I. Unilateral hydronephrosis caused by abdominoscrotal hydrocel. J Urol. 1992; 148: 384-6
11. Krasna IH, Solomon M, Mezrich R. Unilateral leg edema caused by abdominoscrotal hydrocel: elegant diagnosis by MRI. J Pediatr Surg. 1992; 27: 1349-51
12. Chamberlain SA, Kirsch AJ, Thall EH, Emanuel ER, Hensle TW. Testicular dysmorphism associated with abdominoscrotal hydrocel during infancy. Urology. 1995; 46: 881-2
13. Yarram SG, Di Pietro MA, Graziano K, Mychaliska GB, Strouse PJ. Bilateral giant abdominoscrotal hydrocel es complicated by appendicitis. Pediatr Radiol. 2005; 35: 1267-70.
14. Cuervo JL, Ibarra H, Molina M (2009) Abdominoscrotal hydrocel e: its particular characteristics. J Pediatr Surg 44: 1766-1770
15. Wl ochynski T, Wassermann J, Generowicz Z (1993) Abdominoscrotal hydrocel e in childhood. J Pediatr Surg 28: 248-250
16. Park J, Gioia K, Wasnick RJ (2009) Abdominoscrotal hydrocel e in infancy with incorporated epididymal tissue. J Pediatr Urol. doi:10. 1016/j. jpurol. 2009. 06. 008
17. Cozzi DA, Mele E, Ceccanti S, Pepino D, d'Ambrosio G, Cozzi F (2008) Infantile abdominoscrotal hydrocel e: a not so benign condition. J Urol 180: 2611-2615
18. Kara, Taylan. Radiologic findings of a giant unilateral abdominoscrotal hydrocel e associated with undescended testis. J Med Ultrasonics. 2013; 40: 65-67
19. Ghosh A, McNally J (1997) Unusual presentation of bilateral abdominoscrotal hydrocel e in a child. J Pediatr Surg 32: 1743- 1744