

9. Blair SL, Lewis JJ, Leung D, Woodruff J, Brennan MF. Multifocal extremity sarcoma: an uncommon and controversial entity. Ann Surg Oncol. 1998;5:37-40.
10. De Vreeze R, De Jong D, Nederlof P, Ruijter HJ, Boerrigter L, Hass R, et al. Multifocal myxoid liposarcoma. Metastasis or second primary tumor? J Mol Diagn. 2010;12.

Harold Jaime Vargas Pierola^{a,*}, Emilio Muñoz Muñoz^a, Alberto Sánchez Martínez^a, Guadalupe González Pont^b y Enrique Veloso Veloso^a

^aServicios de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitari Mutua Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

^bServicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitari Mutua Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: harold.j.vargas@gmail.com (H.J. Vargas Pierola).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2012 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.04.016>

Hidrocele tras diálisis peritoneal: Persistencia del conducto peritoneo-vaginal

Hydrocele after peritoneal dialysis: Persistence of the peritoneal-vaginal duct

La persistencia del conducto peritoneo-vaginal puede dar lugar a la aparición de cuatro patologías, en función del grado de obliteración de éste: hernia inguino-escrotal, hidrocele comunicante, hidrocele simple o quiste de cordón. Igualmente, se asocia a criotorquídea y a anomalías del desarrollo del epidídimo¹.

Presentamos el caso de un paciente varón de 40 años de edad con antecedentes patológicos de insuficiencia renal secundaria a poliquistosis renal que inició un programa de diálisis peritoneal, observando la aparición inmediata de paso de líquido a la región escrotal derecha. En la exploración física se descartó la existencia de hernia inguinal. Se realizó una ecografía escrotal/abdominal que evidenciaba un hidrocele comunicante derecho, por lo que con la orientación diagnóstica de proceso vaginal embrionario permeable, se decidió intervenir quirúrgicamente con el fin de practicar una exéresis de éste. El paciente fue intervenido quirúrgicamente mediante incisión inguinal derecha. Se procedió a la disección del cordón espermático con individualización de sus elementos y observando la existencia del conducto peritoneo-vaginal permeable de 0,5 cm de diámetro (fig. 1). Se realizó exéresis del conducto con ligadura y sección proximal a nivel del orificio inguinal interno y ligadura y sección distal en su entrada escrotal. Se practicó hernioplastia con malla tipo plug en anillo inguinal interno. El paciente fue dado de alta en régimen ambulatorio sin incidencias y reinició la diálisis peritoneal en un mes sin complicaciones.

La formación del conducto peritoneo-vaginal se completa al tercer mes de vida intrauterina por una evaginación del celoma de cada lado de la línea media hacia el pliegue escrotal. Entre el 3er mes i el término de la gestación y dirigido

por las fibras del gubernaculum testis, se produce el descenso del testículo desde su localización retroperitoneal primitiva hasta la región escrotal. Posteriormente, se produce la obliteración del proceso vaginal del peritoneo formándose un cordón fibroso que recibe el nombre de ligamento de Cloquet; la parte distal del conducto no sufre ningún cambio y forma la túnica vaginal del testículo. En el 40% de los casos

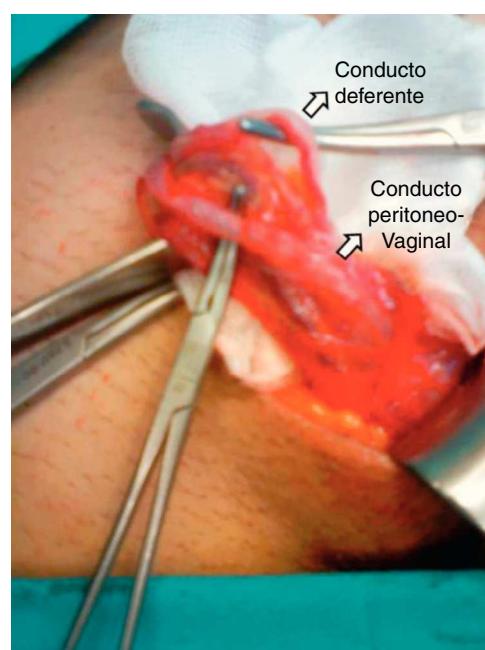


Figura 1 – Imagen intraoperatoria donde se aprecia los elementos del cordón y el conducto peritoneo-vaginal.

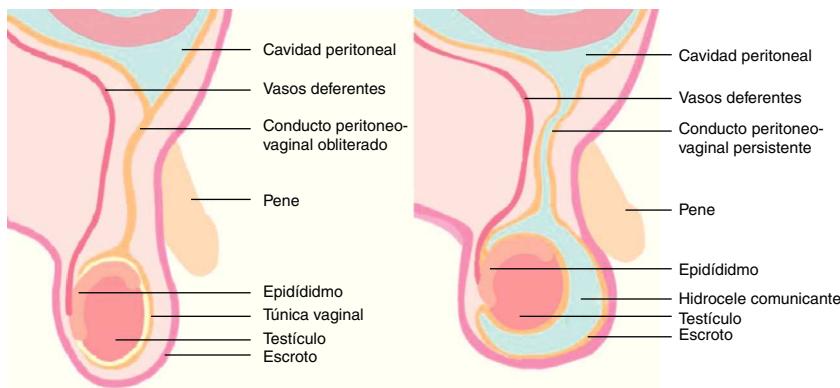


Figura 2 – Esquema representativo de la formación de hidrocele debido a persistencia del conducto peritoneo-vaginal.

esta obliteración finaliza en las últimas semanas de la gestación. En el 60% restante, se cierra antes de finalizar el primer año de vida².

La persistencia del conducto peritoneo-vaginal en el niño (conducto de Nuck en la mujer) es causa de hernias indirectas (fig. 2). La incidencia de éstas oscila entre el 0.8% y el 4.4%. En los prematuros, la incidencia puede ser de hasta el 30% debido a que el cierre del conducto puede proseguir durante los primeros meses de vida. En el 60% de los casos existe afectación derecha, en el 30% izquierda y el 10% corresponde a hernias bilaterales³. La reparación de la hernia inguinal congénita consiste básicamente en la ligadura del saco herniario a la altura del anillo inguinal interno. No suele ser necesaria la reparación del suelo inguinal. El hidrocele comunicante es secundario a la permeabilidad completa del proceso vaginal y se debe reparar como si se tratara de una hernia inguinal indirecta. El hidrocele no comunicante se puede observar y valorar intervención quirúrgica en caso de resolución insuficiente y aumento de tamaño⁴.

La diálisis peritoneal es una técnica equivalente a la hemodiálisis para el tratamiento sustitutivo renal pero que comporta una mayor calidad de vida para el paciente. Sin embargo, existen una serie de contraindicaciones para su práctica como la existencia en el paciente de fugas peritoneales e hernias irreparables entre otras, ya que aumentan el riesgo de infección⁵. Por otra parte, dentro de las complicaciones derivadas del uso de la técnica, destacan las infecciosas y las derivadas del aumento de la presión intraabdominal que se traducen, éstas últimas, en la aparición de hernias (inguinal, umbilical, diafragmática, obturatriz, pericatéter) y de hidrocele o edema genital⁶, como en el caso expuesto.

En conclusión, podemos decir que la persistencia del conducto peritoneo-vaginal es la responsable de la patología congénita de la región inguino-escrotal y la no obliteración de éste puede mantenerse clínicamente silente durante el resto de la vida o bien, ponerse solamente de manifiesto en casos especiales como es el inicio de diálisis peritoneal. De este modo, a raíz de éste caso se puede concluir que antes de la inclusión de un paciente en régimen de diálisis peritoneal debe realizarse una exploración exhaustiva de la región inguinal. En caso de aparición de complicaciones en pacientes sometidos a régimen ambulatorio de diálisis peritoneal no detectadas previamente, la técnica de imagen indicada es la peritoneografía por TC, la

cual ofrece un excelente contraste de tejidos e imagen multiplanar para la correcta evaluación de éstas^{7,8}.

B I B L I O G R A F Í A

1. Messima M, Ferrucci E, Zingaro P, Garzi A, Meucci D, Ilardi AA, et al. Epididymal anomalies in cryptorchism and in persistent peritoneo-vaginal Duch. Minerva Urol Nefrol. 2000;52:189-93.
2. Galifer RB, Bosc O. Congenital abnormalities of the peritoneo-vaginal process. Pediatrie. 1987;42:103-9.
3. Fall PA, Gueye SM, Ndoye A, Sylla C, Abdallahi MO, Diame AA, et al. The pathology of the peritoneo-vaginal process in young mals: clinical and therapeutical aspects in 160 cases. Dakar Med. 2000;45:206-8.
4. Jiménez Verdejo A, Nogueras Ocaña M, Ramírez Garrido F, Tinaut Ranera J, Zuluaga Gómez A. Pathology of the peritoneo-vaginal complex in the child Communicating hydrocele, cord cyst, simple hydrocele. Actas Urol Esp. 1998;22:500-3.
5. NKF-K/DOQI. Clinical Practice Guidelines for Peritoneal Diálisis Adequacy: update 2000. Am J Kidney Dis. 2001;37:65-136.
6. Del Peso G, Bajo MA, Costero O, Hevia C, Gil F, Diaz C, et al. Risc factors for abdominal wall complications in peritoneal dialysis patients. Perit Dial Int. 2003;23:249-54.
7. Lin MY, Wu CC. Hydrocele in a peritoneal dialysis patient: hernia or leakage. Intern Med. 2011;50:3047-8.
8. Stuart S, Booth TC, Cash CJ, Hameeduddin A, Goode JA, Harvey C, et al. Complications of continuous ambulatory peritoneal dialysis. Radiographics. 2009;29:441-60.

Laia Estalella^{a,*}, Carlos Rodríguez-Otero^a, Jordi Garriga^a, Teresa Doñate^b y Eduardo Targarona^a

^aServicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

^bServicio de Nefrología, Fundación Puigvert, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: LEstalella@santpau.cat (L. Estalella).