

## DISTENSION ABDOMINAL Y EDEMAS POR QUISTE DEL CORDON ESPERMATICO

GUILLERMO A. KELLER, CECILIA SESSA

*División Clínica Médica, Hospital General de Agudos Donación Francisco Javier Santojanni, Buenos Aires*

**Resumen** La distensión abdominal es un síntoma común, siendo en general la presentación inicial de enfermedades sistémicas o desórdenes gastrointestinales. Otras causas son infrecuentes. Los quistes del cordón espermático son poco frecuentes, pero aún más su ubicación intraabdominal, su tamaño habitual es insuficiente para producir distensión. El paciente presentado en este caso es un varón con criptorquidia bilateral admitido por distensión abdominal, interpretada inicialmente como síndrome ascítico edematoso. La ecografía interpretó la distensión como ascitis tabicada, y la tomografía computada como debida a un gran quiste. En la exploración quirúrgica se diagnosticó un quiste gigante del cordón espermático de ubicación abdominal.

**Palabras clave:** criptorquidia, ascitis, quiste, cordón espermático

**Abstract** *Abdominal distention and edema due to spermatic cord cyst.* Abdominal distention is a frequent symptom, being often the initial presentation of systemic diseases or gastrointestinal disorders. Other causes are uncommon. Spermatic cord cysts are infrequent, abdominal location is even rarer, and the size of the cysts is usually not enough to produce abdominal distention. In our case a man with bilateral cryptorchidism was admitted with abdominal distention and edema of the lower extremities initially interpreted as ascitic-edematous syndrome. Ultrasonography interpreted abdominal distention as septate ascites, computed tomography as a giant cyst. Exploratory surgery showed a giant spermatic cord cyst in the left spermatic cord.

**Key words:** cryptorchidism, ascites, spermatic cord, cyst

La distensión abdominal es un problema frecuente de la práctica clínica cotidiana. Puede ser la primera manifestación de varias enfermedades sistémicas, trastornos gastrointestinales, o compromiso abdominal de enfermedades menos frecuentes. En general se puede realizar una aproximación diagnóstica con elementos simples como el interrogatorio y examen físico. El diagnóstico más preciso no suele necesitar más elementos que un laboratorio general, y algún estudio por imágenes como ecografía o tomografía. Sin embargo, en el caso de enfermedades infrecuentes, el diagnóstico se torna dificultoso.

La criptorquidia es un trastorno que puede encontrarse en el 1 al 5% de la población masculina adulta<sup>1</sup>. Es una causa importante de esterilidad y aumenta el riesgo de presentar tumores testiculares de 7 a 11 veces<sup>1, 2</sup>.

Se presenta el caso de un varón con distensión abdominal de reciente comienzo, cuya presentación clínica simuló la de un síndrome ascítico edematoso. La ecografía abdominal apoyó el diagnóstico de síndrome

ascítico edematoso al visualizar una imagen compatible con ascitis tabicada. La tomografía axial computada demostró que la misma imagen correspondía a un gigantesco quiste abdominopélvico, no existiendo en verdad ascitis. En la exploración quirúrgica se llegó al diagnóstico de quiste abdominal del cordón espermático.

**Caso clínico**

Varón de 18 años de edad, paraguayo, que consultó por distensión abdominal de cuatro semanas de evolución, aumento de peso de 10 kg en los últimos meses y edemas en miembros inferiores. Entre sus antecedentes mencionó criptorquidia unilateral izquierda por la que consultó únicamente en su niñez, no realizando control o tratamiento alguno posterior. Estudios recientes evidenciaron en materia fecal huevos y larvas de *Ascaris lumbricoides* y *Uncinaria*, como así también quistes de *Giardia lamblia* para los cuales cumplió tratamiento antiparasitario completo. El examen físico reveló distensión abdominal con matidez a la percusión en hipogastrio, región umbilical y flancos, leve edema en miembros inferiores, y criptorquidia izquierda, palpándose en la bolsa escrotal derecha formación de consistencia elástica que se interpretó como correspondiente al testículo derecho. Exámenes de laboratorio de ingreso: hematócrito 36%, hemoglobina 12 g/dl, leucocitos 4 300/ml, neutrófilos 60%, urea 34 mg/dl, creatinina 1.32 mg/dl, proteínas totales 7.66 g/dl, albúmina 4.26 g/dl, transaminasa glutámico oxalacética 11 UI/l, transaminasa glutámico pirúvica 14 UI/l, fosfatasa alcalina 224 UI/l, tiempo

Recibido: 8-VIII-2005

Aceptado: 26-XII-2005

**Dirección Postal:** Dr. Guillermo Alberto Keller, Murguiondo 376, 1408 Buenos Aires, Argentina.  
Fax: (54-11) 4641-1473 e-mail: kellerguillermo@yahoo.com.ar

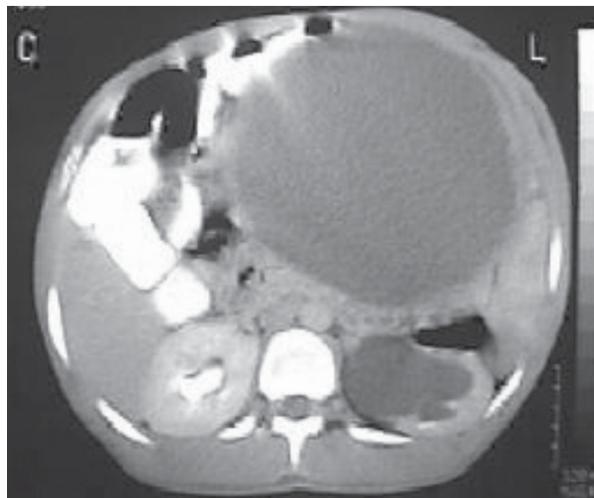


Fig. 1.- Tomografía axial computada de abdomen. Corte mostrando el voluminoso quiste abdominal y la grave hidronefrosis del riñón izquierdo.



Fig. 2.- Tomografía axial computada de abdomen. Corte mostrando el diámetro máximo del quiste abdominal.

de protrombina 70%. Ecografía abdominal, hígado homogéneo sin lesiones focales, vesícula alitiásica colapsada, páncreas no visualizable por interposición de asas, riñón izquierdo aumentado de tamaño con parénquima reducido de 9 mm y con grave hidronefrosis (pelvis renal: 43 mm), bazo homogéneo de 122 mm, y voluminosa formación anecoica, "quistica", abdominopélvica que presenta múltiples tabiques y ecos internos, impresionando ascitis tabicada. Ecografía inguinoescrotal, ambos testículos de situación inguinal, testículo derecho de 45 x 29 mm y testículo izquierdo de 36 x 19.5 mm, y presencia en bolsa escrotal de imagen líquida o quística de 40 x 18 mm con ecos internos. En el día de la internación, con diagnóstico presuntivo de síndrome edematoso se practicó paracentesis diagnóstica. Se extrajo un líquido de color amarillo y aspecto ligeramente turbio. El análisis del mismo demostró: proteínas 5.82 g/dl, albúmina

2.83 g/dl, glucosa 0.03 g/l, láctico deshidrogenasa 608 UI/l, amilasa 114 UI/l, colesterol 45 mg/dl, triglicéridos 11 mg/dl, leucocitos 40/mm<sup>3</sup>, neutrófilos 40%, linfocitos 60%, adenosina deaminasa 88.6 UI/l (valor normal para líquido ascítico inferior a 40 UI/l). El estudio citológico del líquido fue negativo para células neoplásicas. Serologías para virus de la inmunodeficiencia humana, enfermedad de Chagas, hidatidosis y hepatitis B y C negativas. Con sospecha de neoplasia de origen testicular se realizó dosaje de marcadores tumorales y perfil hormonal: CEA 1.12 ng/ml, CA 19-9 < 0.6 U/ml, CA125 16.40 U/ml, alfa-fetoproteína 2.11 UI/ml, testosterona 4 ng/ml, hormona foliculoestimulante 2.70 mUI/ml, hormona luteinizante 1.80 mUI/ml, subunidad beta de gonadotropina coriónica humana < 0.60 mUI/ml. La tomografía computada de abdomen mostró que la voluminosa formación abdominopélvica, con diagnóstico presuntivo hasta el momento de ascitis tabicada, correspondía en verdad a un gigantesco quiste abdominal tabicado que desplazaba las asas intestinales hacia el hemiabdomen superior (Figs. 1 y 2). Se decidió la intervención quirúrgica para realizar quistectomía total. En el acto quirúrgico se constató criptorquidia bilateral, tumoración quística de 6900 g y de 35 x 55 cm proveniente del cordón espermático izquierdo y tumoración paratesticular derecha de 2.5 x 1.6 cm. Se realizó descenso y fijación de ambos testículos a la bolsa escrotal. La biopsia testicular demostró túbulos seminíferos con engrosamiento de la membrana basal y revestimiento sertoliano vinculable a criptorquidia. No se observó progenie espermática. La biopsia de la masa paratesticular demostró corresponder a un quiste seroso simple con granuloma colesterolístico en su pared. La biopsia del quiste de cordón espermático izquierdo mostró una estructura celómica simple con procesos de inflamación crónica leve inespecífica.

Posteriormente a la cirugía, el paciente evolucionó satisfactoriamente, y no volvió a presentar edemas. Regresó a su país, no efectuando controles posteriores por lo que se desconoce la evolución de la hidronefrosis.

## Discusión

Ante el cuadro clínico de distensión abdominal y edemas de reciente comienzo se planteó el diagnóstico de síndrome ascítico edematoso. Por las características bizarras del líquido sumadas a la criptorquidia bilateral, en ausencia de otros antecedentes significativos se planteó como diagnóstico diferencial ascitis secundaria a probable neoplasia de origen testicular. Al realizar la tomografía en búsqueda de signos compatibles de dicho diagnóstico, se comprobó la naturaleza quística del proceso que sólo el acto quirúrgico y el examen anatomopatológico posterior pudieron precisar su insospechado diagnóstico final.

El cordón espermático está formado por el conducto deferente, y los vasos espermáticos (arteria, vena y linfáticos) que se extienden normalmente desde el anillo inguinal a través del canal inguinal hasta el testículo. Este concepto es importante para diferenciar las formaciones quísticas que pueden proceder de esta estructura. El testículo, en condiciones normales, desciende en el período intrauterino por el conducto peritoneovaginal, el que posteriormente se ocluye totalmente. Los quistes del cordón espermático ocurren por un cierre defectuoso del

mismo de forma que permanece sin ocluirse un tramo intermedio<sup>3</sup>. Histológicamente tienen una estructura celómica y pueden ubicarse en cualquier segmento del cordón espermático. Excepto que alcancen grandes volúmenes no provocan trastornos, siendo el principal objetivo diferenciarlos de hernias inguinales, tumores y otras entidades benignas como el espermatocelo (quiste proveniente del conducto deferente con espermatozoides en su interior)<sup>3, 4</sup>.

La criptorquidia puede ser clasificada en congénita o adquirida<sup>5, 6</sup>. La criptorquidia congénita corresponde a los pacientes que desde el nacimiento han tenido ausencia de testículos en la bolsa escrotal. Si se cuenta con el antecedente de testículos normalmente descendidos y posterior ausencia de los mismos en la bolsa escrotal, la criptorquidia se denomina adquirida. Esta última (criptorquidia adquirida) puede ser de dos tipos. Si no existe una causa identificable, se especula que la criptorquidia adquirida se origina en una inadecuada elongación del cordón espermático respecto al crecimiento corporal durante los primeros años de vida y se la denomina criptorquidia adquirida primaria. Por el contrario, si la criptorquidia adquirida se debe a traumatismos, cirugías u otros agentes que provoquen tracción del cordón espermático, se la denomina criptorquidia adquirida secundaria.

En el caso presentado llama la atención la ubicación abdominal del quiste espermático. Dado que el proceso fisiopatológico descrito para el desarrollo del quiste espermático requiere la ubicación del cordón en el conducto inguinal, debe considerarse que el quiste se ha formado inicialmente en el conducto inguinal y un proceso posterior permitió su ubicación intraabdominal, cons-

tituyendo entonces un caso de criptorquidia adquirida. Dada la falta de antecedentes confiables, no puede determinarse si el caso descrito corresponde a una criptorquidia adquirida primaria o secundaria. Los cambios anatómicos, histológicos, y situación inguinal de los testículos del paciente pueden corresponder a cualquiera de los dos tipos mencionados<sup>7</sup>.

Queda así ilustrado un caso de quiste del cordón espermático, el que se ubicó en la cavidad abdominal por un proceso de criptorquidia adquirida, desarrollando luego dimensiones suficientes para ocasionar distensión abdominal.

## Bibliografía

1. Pierik FH, Burdorf A, Deddens JA, Juttman RE, Weber RF. Maternal and paternal factors for cryptorchidism and hypospadias: a case-control study in newborn boys. *Environ Health Perspect* 2004; 112: 1570-6.
2. Garner MJ, Turner MC, Ghardirian P, Kreski D. Epidemiology of testicular cancer: An overview. *Int J Cancer* 2005; 116: 331-9.
3. Welch B, Barton TK. Inguinal cord cysts. *Hernia* 2002; 6: 33-35.
4. Basar H, Baydar S, Boyunaga H, Batislam E, Basar MM, Yilmaz E. Primary bilateral spermatocelo. *Int J Urol* 2003; 10: 59-61.
5. Hack WW, Meijer RW, Bos SD, Haasnoot K. A new classification for undescended testis. *Scand J Urol Nephrol* 2003; 37: 43-7.
6. Zhou Y, Takahashi G, Kono S, Takemura H, Shinagawa T. Acquired undescended testis. *Int J Urol* 1998; 5: 504-6.
7. Meijer RW, Hack WW, van der Voort Doedens LM, Haasnoot K, Bos SD. Surgical findings in acquired undescended testis. *J Pediatr Surg* 2004; 39: 1242-4.

----

Milonga de calandria

[. . .]

Se cuenta que una mujer  
Fue y lo entregó a una partida;  
A todos, tarde o temprano,  
Nos va entregando la vida.

Jorge Luis Borges (1899-1986)

*Para las seis cuerdas* (1965). Obras completas. Buenos Aires. Emecé, 1974, p 971-2