



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-610 - HERNIA VESICAL INGUINOESCROTAL ASOCIADA A LITIASIS ESCROTAL MÚLTIPLE

García-Zamora, Cristina; López Espejo, Juan; Paredes Quiles, Miriam; Montoya Tabares, Mariano; González Gil, Antonio; Vicente Ruiz, María; Alonso Roque, Jorge; Sánchez de la Villa, Ginés

Hospital Universitario Rafael Méndez, Lorca.

Resumen

Introducción y objetivos: Las hernias vesicales inguinoescrotales (HVIE) son extremadamente raras. La vejiga es un componente de la hernia inguinal en el 1-4% de los casos, sin embargo, en varones mayores de 50 años obesos asciende al 10%. Presentamos el caso de un varón de 63 años que es intervenido por hernia inguinoescrotal derecha (HIED) con componente vesical.

Caso clínico: Paciente de 63 años obeso, hipertenso y diabético tipo II. Ha precisado de varios ingresos por cólicos renales con litiasis vesical y ureteral, y está en tratamiento por hipertrofia benigna de próstata. Consulta por bultoma inguinal derecho irreductible, no doloroso, de dos años de evolución, con crecimiento en los últimos meses. Asocia polaquiuria, nicturia e incontinencia urinaria con pequeños escapes, así como micción en dos tiempos, mejorando tras comprimir el escroto. A la exploración física, destaca una HIED no reductible, con testículo normal junto a un aumento de consistencia de formaciones escrotales. El sedimento de orina presenta 100 leucocitos por campo y en el urocultivo crecen más de 100.000 ufc/ml de *Proteus mirabilis*. En la cistografía se evidencia herniación lateral derecha de vejiga en trayecto inguinoescrotal y defectos de llenado en la porción herniada que no se vacía tras micción. En la TAC-urológica se aprecia dilatación pielocalicial y ureteral izquierda con tres litiasis en el trayecto del uréter izquierdo, así como herniación de vejiga por el canal inguinal derecho visualizándose en su interior múltiples litiasis. El paciente se interviene hallando HIED directa que contiene vejiga con litiasis múltiple, realizándose disección de saco herniario, apertura de la fascia transversalis y disección de vejiga, reintroduciendo la misma en el espacio preperitoneal de Retzius. Reparación con hernioplastia de Lichtenstein. Tras ello, se realiza citolitectomía vesical y ureterolitectomía izquierda, dejando catéter ureteral izquierdo y sonda vesical. El paciente presenta un postoperatorio sin incidencias.

Discusión: Las hernias vesicales pueden ser perineales, obturatrices, isquiáticas, de línea alba, femorales o inguinales y, de acuerdo con su relación con el peritoneo, se clasifican en paraperitoneales, como es el caso descrito, extraperitoneales e intraperitoneales. Las HVIE se relacionan con debilidad de la pared abdominal y vesical con algún grado de pericistitis junto con obstrucción infravesical. Como nuestro paciente, que presentaba hipertrofia benigna de próstata ya conocida. Menos del 7% de las HVIE son diagnosticadas de forma previa a la cirugía, el 16% postoperatoriamente debido a complicaciones, y el resto son diagnosticadas intraoperatoriamente. Algunos pacientes presentan síntomas urológicos por prostatismo o infecciones urinarias, así como el síntoma más característico, la micción en dos tiempos (signo de Mery), facilitándola con presión manual del escroto o elevación del mismo, disminuyendo así el tamaño de la hernia tras la micción o la colocación de sonda vesical. Las HVIE se pueden asociar con criptorquidia, reflujo

vesicoureteral, tumores o litiasis. La reparación quirúrgica de la hernia es la técnica de elección asociada o no a apertura vesical. La HVIE asociada a litiasis es una patología poco frecuente que debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de las hernias inguinales.