



## P-522 - EL SIGNO DE MERY. VEJIGA URINARIA CONTENIDA EN UNA HERNIA INGUINO-ESCROTAL

Vázquez Melero, Alba; Zorraquino, Ángel; Elias Aldama, Mónica; Gutiérrez Ferreras, Ana Isabel; Pérez de Villarreal, Patricia; Bengoechea Peña, Iker; Castro Vázquez, Joseba; Moro Delgado, Ana

Hospital de Basurto-Osakidetza, Bilbao.

### Resumen

**Introducción:** Se estima que la vejiga se encuentra incluida entre el 1 y el 4% de las hernias inguinales, llegando a alcanzar el 10% en los varones obesos con edades comprendidas entre los 50 y 70 años. Se asocia a hiperplasia benigna de próstata y factores que aumentan la presión intrabdominal como la patología bronquial crónica y la obesidad. Su clínica es inespecífica, en su mayoría asintomática y en los casos más avanzados presentando micción en 2 tiempos (signo de Mery).

**Caso clínico:** Varón de 78 años de edad, exfumador, con antecedentes de cardiopatía isquémica, ACFA, ACV, insuficiencia renal crónica, carcinoma prostático en tratamiento hormonal, EPOC y neoplasia broncopulmonar a estudio. Presentó un episodio de dolor y tumefacción suprapúbica que mejoró con sondaje vesical. Tres meses después se le realiza TAC tóraco-abdominal durante un estudio por parte de Medicina Interna, en el que se observa la salida de la vejiga urinaria a través de una hernia inguinal derecha de diez años de evolución. Se decide intervención quirúrgica bajo anestesia raquídea. Se comienza por vía preperitoneal constatándose la hernia inguinal indirecta que contiene la vejiga deslizada y llega hasta escroto. Ante la imposibilidad de reducción de la vejiga, se continua mediante abordaje combinado preperitoneal/inguinal, observándose la existencia de un hidrocele que se resuelve mediante eversión de la túnica vaginal. Se libera el teste y se procede a la reducción de la vejiga urinaria siendo necesaria la sección del tendón conjunto para conseguirlo. Se realiza hernioplastia por vía preperitoneal utilizando una malla laminar. Se coloca un tubo de drenaje en la zona y se añade hemostático de fibrina. El postoperatorio transcurre sin complicaciones.

**Discusión:** El diagnóstico preoperatorio de vejiga urinaria contenida en una hernia inguinal es difícil y se determina en menos del 7% de los casos. La mayoría de diagnósticos resultan intraoperatorios. Un 16% de los casos son diagnosticados postoperatoriamente debido a lesiones vesicales inadvertidas durante la intervención. La cistografía es la prueba de elección para el diagnóstico de las hernias vesicales. La urografía intravenosa, la ecografía y la tomografía computarizada pueden ser útiles ante sospecha de otras patologías intraescrotales como el hidrocele, la hernia de quiste mesentérico y el quiste gigante de cordón. El tratamiento consiste en corregir el proceso herniario y la causa del aumento de presión intravesical. Actualmente la resección de tejido prostático no está indicada, prefiriéndose un tratamiento médico de la HBP con  $\alpha$ -bloqueantes e inhibidores de la 5 $\alpha$ -reductasa y una posterior revaluación del tamaño prostático tras la reparación herniaria. La cistectomía parcial sólo está indicada en el caso de necrosis por estrangulación, tumor vesical o cuello herniario menor de 0,5 cm. La vejiga urinaria contenida en una hernia inguino-escrotal es un patología poco frecuente y con una sintomatología inespecífica. Debería tenerse

presente en pacientes con síntomas obstructivos del tracto urinario inferior y hernia inguinal concomitantemente. Ante su sospecha está indicada la realización de estudio urológico. Su tratamiento consiste en la corrección quirúrgica del proceso herniario y tratamiento médico de la obstrucción infravesical.