

DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO DE HERNIACIÓN MASIVA DE LA VEJIGA A NIVEL INGUINOESCROTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

S. HERRERO RIQUELME, M.M. MOLINERO CASARES, J. GARCÍA SERRANO

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Regional Carlos Haya. Málaga.

PALABRAS CLAVE:

Hernia vesical. Hernia inguinoescrotal. Ecografía.

KEY WORDS:

Inguinoscrotal hernia. Bladder hernia. Ultrasound.

Actas Urol Esp. 24 (10): 825-828, 2000

RESUMEN

Presentamos un caso de hernia vesical inguinoescrotal masiva en un paciente de 58 años con antecedentes de hernia inguinal izquierda; aquella fue diagnosticada por estudio ecográfico al valorar una tumoración en la región inguinal izquierda que se extendía hacia escroto. La cistografía fue realizada posteriormente confirmando el diagnóstico ecográfico sin aportar mayor información.

Aunque la cistografía de relleno es la prueba "princeps" de diagnóstico por imagen en esta entidad. Queremos destacar la utilidad de la ecografía ya que se han descritos signos ecográficos directos e indirectos que caracterizan la hernia vesical inguinal; además puede completar el estudio descartando patología en el diagnóstico diferencial que presenta una masa escrotal.

ABSTRACT

We present a case of massive inguinoscrotal bladder hernia in a 58 years-old man with a left inguinal hernia. It was diagnosed by ultrasound during evaluation of a mass in the left inguinal region extending to the scrotum.

Cystography later confirmed the ultrasound findings but provided no new information. Although filling cystography is considered to be the gold-standard radiological diagnostic procedure for this entity the use of ultrasound should not be discarded. Firstly because direct and indirect ultrasonographic signs characterising inguinal bladder hernias have been reported, and secondly to help in the differential diagnosis of a scrotal mass.

Las hernias inguinoescrotales son una entidad clínica frecuente. Su contenido está constituido habitualmente por grasa de epiploon y/o asas intestinales; la inclusión de la vejiga como un deslizamiento de la misma acompañando a la hernia inguinal se ha observado en el 0,4-3% de las hernias inguinales¹, porcentaje que alcanza el 10%

en los varones mayores de 50 años²; estas herniaciones vesicales pequeñas son clínicamente insignificantes y son descubiertas generalmente durante la herniorrafia inguinal. La existencia de una herniación masiva de la vejiga a nivel inguinoescrotal es infrecuente³; revisiones realizadas hacen un total de 114 casos⁴.

De las técnicas de diagnóstico por imagen, la ecografía es la primera elección para la valoración escrotal, testicular y extratesticular⁵. Se utilizan transductores de alta frecuencia (7,5 Mhz) que delimitan con mayor nitidez la anatomía presentando mayor sensibilidad para detectar anomalías^{6,7}.

En la actualidad se han publicado pocos casos de evaluación y diagnóstico ecográfico de hernia inguinoescrotal, entre los que destacan los de Karaman et al⁸ y Catalano⁹.

Presentamos un caso de herniación masiva de la vejiga a nivel inguinoescrotal que fue diagnosticado por ecografía; posteriormente se realizaron otras técnicas diagnósticas que no aportaron más información.

CASO CLÍNICO

Varón de 58 años, diagnosticado por exploración de hernia inguinal izquierda. Desde hacía 2 años presentaba dificultad a la micción con disminución de la intensidad del "chorro" a lo largo del día. Próstata al tacto mediana y lisa. PSA: 1,30 ng/ml. Bioquímica normal.

En el momento de la exploración ecográfica el paciente presentaba tumoración en la región inguinal izquierda que se extendía hacia la bolsa escrotal que estaba aumentada de tamaño en su mitad izquierda.

El estudio ecográfico fue realizado usando ecógrafo Phillips en tiempo real con transductores de 3,5 y 7,5 Mhz, explorando el escroto y el canal inguinal; el paciente permaneció en decúbito supino durante la prueba.

DISCUSIÓN

Las hernias vesicales pueden clasificarse anatómicamente en: perineales, obturatrices, de la línea alba, femorales e inguinales (que son las más frecuentes); estas últimas pueden ser intraperitoneales, extraperitoneales y paraperitoneales. Las hernias vesicales inguinales intraperitoneales son aquellas en las que toda la vejiga herniada está recubierta por peritoneo. Las extraperitoneales son aquellas en las que el peritoneo permanece en el abdomen y sólo se hernia la vejiga, y en general son de pequeño tamaño^{1,2}. La variedad paraperitoneal es aquella en la que la vejiga es extraperitoneal y medial al saco herniario, siendo éstas las más frecuentes.

Según Rodríguez Miñón (citado por Server) en el origen y desarrollo de la hernia vesical inguinoescrotal participan dos factores: la flacidez de la pared abdominal y la debilidad de la pared vesical con algún grado de pericistitis que permite que la vejiga sea fácilmente arrastrada a través de un anillo inguinal dilatado. La presencia de obstrucción al flujo urinario inferior con el consecuente incremento de presiones durante la micción¹⁰ facilita ante la presencia de ambos factores la participación de la vejiga en el proceso herniario.

La mayoría de los pacientes son asintomáticos o tienen síntomas inespecíficos que pueden ser atribuidos a hipertrofia prostática concomitante o cistitis¹¹, por lo que la hernia vesical es a menudo diagnosticada intraoperatoriamente durante la herniorrafia. Rara vez el cuadro es característico presentando una historia de hernia inguinal que aumenta de tamaño cuando tiene la vejiga llena y/o relate la existencia de micciones "en dos tiempos" y flujo de orina más intenso al comprimir escroto¹².

Con respecto al diagnóstico, la cistoscopia y urografía son de valor limitado en la evaluación de hernias vesicales; la cistografía de relleno es la prueba "princeps" de diagnóstico y valoración preoperatoria¹³; la valoración ecográfica renal y vésicoprostática completan el estudio. En nuestro caso llegamos al diagnóstico mediante la ecografía (Fig. 1). La cistografía confirmó los hallazgos ecográficos sin aportar mayor información (Figs. 2 y 3).

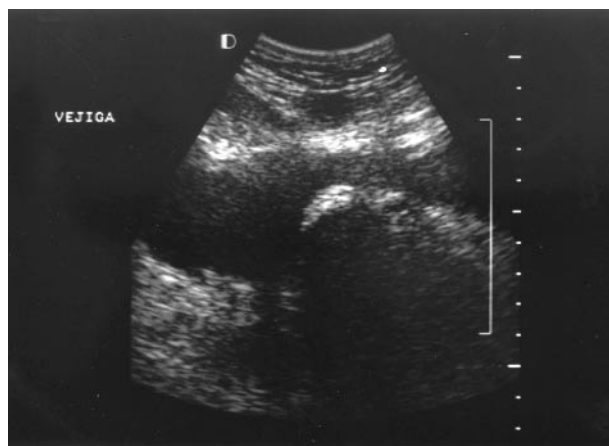


FIGURA 1. Detalle ecográfico donde se observa la comunicación de la vejiga con la colección inguinal que se prolonga hacia escroto demostrando su origen vesical.



FIGURAS 2 Y 3. Cistografía de relleno premiccional (Fig. 2) y postmiccional (Fig. 3) mostrando una hernia vesical inguinoescrotal masiva izquierda, demostrándose cambios significativos respecto a la etapa pre y postmiccional; persiste cierto volumen de orina en la hernia vesical tras la micción.

Catalano, basándose en su experiencia y en la de otros autores, identificó una serie de características ecográficas directas e indirectas de las hernias vesicales⁹. De éstas, en nuestro caso, nosotros identificamos pared vesical (Fig. 4) que limitaba una masa escrotal anecoica, líquida, no tabicada que se extendía por el canal inguinal y una clara continuación con una pequeña vejiga asimétrica; existía hidrocele reactivo y epidídimo y testículos eran normales.

Además, ante la presencia de un escroto aumentado de tamaño, la ecografía es la técnica de primera elección para valorar la naturaleza sólida o líquida del mismo.

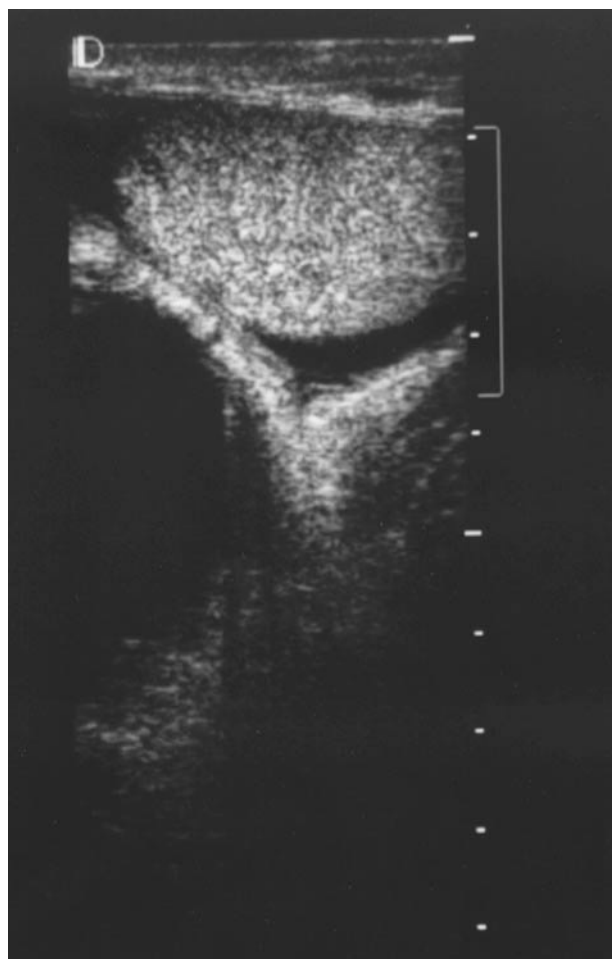


FIGURA 4. Ecografía en bolsa escrotal izquierda donde se observa pared vesical delimitando una zona anecoica que corresponde a orina; por fuera hidrocele reactivo y testículo izquierdo de características ecográficas normales.

CONCLUSIÓN

Pensamos que la ecografía es muy útil ante la presencia de una masa escrotal en pacientes que presentan dificultad a la micción u obstrucción al flujo urinario para el diagnóstico de hernias vesicales inguinoescrotales masivas, así como para el diagnóstico diferencial de tumoraciones líquidas intraescrotales y la valoración de otras estructuras anatómicas que pudieran estar implicadas como próstata, testículo, epidídimo, escroto. Puede ser que la eficacia del diagnóstico ecográfico esté en relación con el tamaño de la hernia vesical, por lo que disminuya la sensibilidad diagnóstica con hernias de menor tamaño, donde sería más eficaz la cistografía, que seguiría siendo la técnica diagnóstica de referencia.

REFERENCIAS

1. HERAS PÉREZ JM: Hernia vesical inguinal. *Arch Esp Urol* 1973; **26**: 681-690.
2. MARTÍNEZ-PIÑEIRO L, CÓZAR JM, CARCAMO P, NAVARRO J, GARCÍA MATRES MJ, MARTÍNEZ PIÑEIRO J A: Hernia vesical inguinoescrotal gigante. *Arch Esp Urol* 1990; **43 (8)**: 900-903.
3. SERVER PASTOR G, LÓPEZ CUBILLANA P, HITA VILLAPLANA G, PRIETO GONZÁLEZ A, HITA RESINO E, SERVER FALGAS G: Hernias vesicales inguinales. A propósito de 4 casos. *Actas Urol Esp* 1994 Jun; **18 (6)**: 670-673.
4. GONZALVO PÉREZ U, BOTELLA ALMODÓVAR R, CANTO FANBEL E, GASSO MATOSES M, LLOPIS GUIXOT B, POLO PERIS A: Hernia vesical inguinal masiva. Aportación de tres casos. *Actas Urol Esp* 1998; **22 (2)**: 163-166.
5. SUBRAMAYAN BR, BALTHAZAREJ, RAGHAVENDRE BN, HORII SC, HILTON S: Sonographic diagnosis of scrotal hernia. *AJR* 1982; **139**: 535-538.
6. HRICAK H, JEFFREY RB: Sonography of acute scrotal abnormalities. *Radiol Clin North Am* 1983; **21**: 595-603.
7. GERCOVICH EO: High-resolution ultrasonography in the diagnosis of scrotal. Pathology. I. Normal scrotum and benign disease. *J Clin Ultrasound* 1993; **21**: 355-373.
8. KARAMAN ZC, SARAY A, DORAK C, TAMAC NI: Ultrasonographic diagnosis of massive bladder hernia. *J Clin Ultrasound* 1993; **21**: 534-536.
9. CATALANO O: US evaluation of inguinoscrotal bladder hernias: report of three cases. *Clinical Imaging* 1997; **21**: 126-128.
10. NOBLE JG, CHRISTMAS TJ, CHAPPLE CR, RICKARDS D: Inguinal bladder hernia associated with vesico-ureteric reflux. *Postgrad Med J* 1992 Apr; **68 (798)**: 299-300.
11. BECKER JA: A hernia of the urinaria bladder. *Radiology* 1965; **84**: 270-273.
12. Rodríguez Andrés JA, Campa Bartolo J, Cátedra García A, Garmendia Larrea JC, Garrido Rivas C, Lopez García JA, Arocena Lariz F: Hernia vesical inguinoescrotal. *Arch Esp Urol* 1992 Dec; **45 (10)**: 1031-1033.
13. GOMELLI LG, SPIRES SM, BURTON JM, RAM MD, FLANIGAN RC: The surgical implications of herniation of the urinary bladder. *Arch Surg* 1985; **120**: 964-968.

Dr. S. Herrero Riquelme
 Servicio de Radiodiagnóstico
 Hospital Regional Carlos Haya
 Avda. Carlos Haya, s/n
 29010 Málaga

(Trabajo recibido el 8 de Febrero de 1999)