

HERNIA VESICAL INGUINOESCROTAL GIGANTE

J. MARIÑO DEL REAL, J. CABELLO PADIAL, M. SEVILLA ZABALETA,
A. ABENGOZAR GARCÍA-MORENO, P. RODRÍGUEZ RINCÓN,
S. ASUAR AYDILLO

Servicio de Urología. Hospital Regional Universitario "Infanta Cristina". Badajoz.

PALABRAS CLAVE:

Ecografía. Cistocele escrotal. Hernia vesical.

KEY WORDS:

Ultrasonography. Scrotal cystocele. Bladder hernia.

Actas Urol Esp. 24 (6): 509-512, 2000

RESUMEN

La hernia vesical inguinoescrotal acontece con una frecuencia de 0,4-3%, aunque la hernia vesical masiva sí es una entidad muy rara.

Presentamos un caso de hernia vesical inguinoescrotal gigante que fue resuelto mediante tratamiento quirúrgico.

Se realiza una revisión de los aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos, y una revisión de la literatura al respecto.

ABSTRACT

Inguinoscrotal bladder hernia occur in 0,4 to 3% of general poblation, though massive hernia are much rare.

We present a new case of a giant inguinoscrotal bladder hernia, which was solved by surgery.

It includes a clinical, diagnostic and therapeutic aspects, and a review of the relative literature.

Se define como la protusión vesical a través de un orificio herniario. La herniación de la vejiga a través del canal inguinal o femoral ocurre con una frecuencia de 0,4-3%, siendo del 10% en mayores de 40 años, según los autores, aunque la existencia de herniación masiva sí es una entidad muy rara.

Las hernias vesicales, según su orificio de salida pueden ser inguinales, crurales, perineales, obturatrices o isquiáticas y de línea media. En relación al peritoneo son paraperitoneales (las más frecuentes y de mayor tamaño), extraperitoneales (habitualmente pequeñas) e intraperitoneales (siempre indirectas).

A veces la herniación vesical es secundaria a cirugías previas como uretroplastias, cirugía prostática, colposuspensión, etc. o a traumatismos^{2,4,7}.

La clínica es característica y su diagnóstico es fácil mediante técnicas de imagen. Presentamos un caso clínico de hernia vésicoescrotal derecha gigante paraperitoneal que requirió tratamiento quirúrgico.

CASO CLÍNICO

Varón de 62 años, entre cuyos antecedentes destacan HTA con tratamiento médico, litotomía renal y herniorrafia inguinal derecha hace 14 años.

Consulta por dificultad miccional y recidiva de su hernia inguinal a los 6 años de la cirugía, refiriendo que con la compresión manual de la masa herniaria mejora la micción. Desde hace un año hematurias intermitentes de intensidad leve. No clínica de infección urinaria.

A la exploración aparece una tumoración de consistencia blanda en región inguinal y hemiescrotos derechos, no dolorosa a la palpación, con transluminación positiva. El tacto rectal sugiere hiperplasia prostática benigna grado I-II.

Practicada cistografía retrógrada se comprueba imagen con acúmulo de contraste a nivel inguinal derecho, que sugiere hernia inguinoescrotal de gran tamaño (Fig. 1).

Con el diagnóstico de hernia inguinoescrotal se procede a tratamiento quirúrgico, consistente en herniorrafia inguinal derecha previa separación de la vejiga del peritoneo herniado y su contenido, procediéndose a continuación a reemplazamiento y resección parcial de la vejiga, distendida y de pared debilitada y redundante (Fig. 2).

El paciente fue dado de alta a los 14 días de la intervención, y en la revisión a los 4 meses de la cirugía, permanece asintomático, con vejiga normal en la urografía intravenosa realizada (Fig. 3).

DISCUSIÓN

La hernia vesical inguinoescrotal es más frecuente en varones y entre los 50-70 años. Más frecuentemente unilaterales, y en un 75% están asociadas a hernia inguinal.

En la fisiopatología hay que tener en cuenta tres puntos importantes: el descenso en el tono

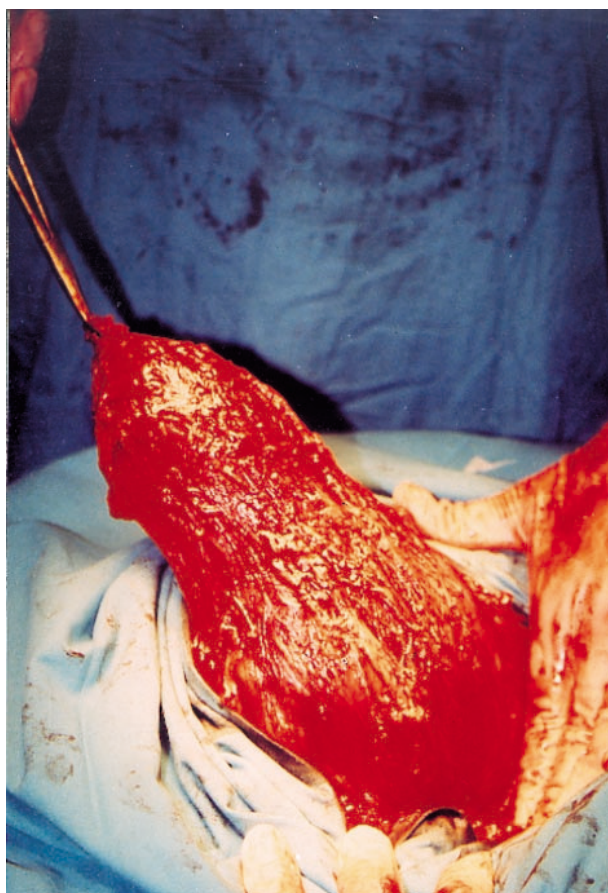


FIGURA 2. Vejiga distendida, de gran tamaño, tras su reemplazamiento.

vesical y la debilidad de los tejidos perivesicales conforme aumenta la edad; obstrucciones al flujo de salida por hiperplasia prostática benigna, prostatitis, esclerosis de cuello vesical, estenosis uretrales, etc. y la obesidad^{1,3,4,7}.

Como factores patogénicos tendríamos deformidades morfológicas congénitas o adquiridas de la vejiga, y una amplitud anormal del canal inguinal^{2,4}.

La mayoría de los pacientes con hernia vesical inguinoescrotal están asintomáticos, sobre todo si la hernia es pequeña, apareciendo como un hallazgo en la reparación de la hernia inguinal. Cuando da clínica, el síntoma más frecuente es la micción en dos tiempos. El propio paciente refiere que al finalizar la micción y presionar sobre la hernia, se produce nueva emisión de orina, disminuyendo de tamaño la tumoración. Así mismo puede presentar clínica de prostatismo, hematuria o infecciones urinarias. En ocasiones, puede aparecer dolor cólico intermitente en la fosa renal

FIGURA 1. Cistografía retrógrada: Hernia inguinoescrotal derecha gigante.



FIGURA 3. Urografía intravenosa postcirugía.

ipsilateral, por el desplazamiento del trigono con angulación ureteral terminal o por hernia ureteral concomitante^{2,3}.

Se ha descrito la asociación a litiasis vesical, tumores vesicales, criptorquidia y muy raramente a reflujo vésicoureteral⁹ (por elongación de la porción intramural del uréter, debido al descenso de la base vesical).

El diagnóstico de sospecha se basa en la clínica característica de micción en dos tiempos tras compresión de la masa herniada, y en la exploración física, objetivándose tumoración inguinal o inguinoescrotal, con transiluminación positiva, que se reduce de tamaño al orinar. Se confirma con métodos de imagen como ecografía, urografía intravenosa, cistografía y TAC.

En la Ecografía se aprecia una vejiga pequeña, cambio de tamaño de la tumoración inguinoescrotal después de la micción, e incluso paso de líquido entre vejiga y la tumoración escrotal¹.

La triada característica de la Urografía Intravenosa se define por el desplazamiento lateral del tercio distal de un o ambos uréteres, vejiga pequeña y asimétrica, y visualización incompleta de la base vesical. A veces es difícil demostrarla, requiriendo placas en bipedestación y placas tardías^{1,2,4}.

La Cistografía retrógrada confirma el diagnóstico en caso de dudas y lo diferencia del divertículo vesical al vaciarse el contenido herniario en la placa post-miccional^{2,4}.

La TAC permite clasificar el tipo de hernia y descubrir complicaciones asociadas como hidronefrosis, neoplasias, cálculos, etc.^{2,4}.

El valor de la Cistoscopia parece ser limitado, habiendo pocas referencias al respecto¹.

El diagnóstico diferencial habrá que realizarlo con las tumoraciones líquidas intraescrotales, como hidrocele o quistes de epidídimo y con lipomas pre y paravesicales, divertículos vesicales, duplicidad vesical, etc.^{7,8}.

Se puede adoptar tratamiento conservador ante hernias pequeñas sin clínica y sin complicaciones asociadas, realizando seguimiento periódico.

El tratamiento quirúrgico consiste en reducción de la hernia vesical y herniorrafia inguinal, resecándose pared vesical en caso de tumores, necrosis y divertículos o mucosa desvitalizada.

También existe la posibilidad de reparación laparoscópica preperitoneal, con una estancia más corta y rápida recuperación⁶.

Por último, habría que corregir la patología obstructiva infravesical si la hubiera.

REFERENCIAS

1. CAN KARAMAN Z, AYSE SARAY MD, CENGAVAR DORAK MD, NEVIN MD, TAMAC MD: Ultrasonographic diagnosis of massive bladder hernia. *J Clin Ultrasound* 1993 Oct; **21** (8): 534-536.
2. PEREIRA ARIAS JG, GUTIÉRREZ DIEZ JM, ATECADÍAZ OBREGÓN R, BERRETEAGA GALLASTEGUI JR: Hernia vesical inguinoescrotal gigante asociada a tumor vesical. *Actas Urol Esp* 1998 May; **22** (5): 449-453.
3. SERRANO PASCUAL A, MERINO HERNÁNDEZ C, OCHOA MEJÍAS R et al: Una asociación poco frecuente: hernia vesical inguinoescrotal masiva, litiasis escrotal múltiple y uropatía obstructiva bilateral. *Actas Urol Esp* 1997 Jun; **21** (6): 631-635.
4. CASANUEVA LUIS T, CERDEIRA FERNÁNDEZ MA, URQUIJO BUSTAMANTE S, CALAHORRA FERNÁNDEZ L, MARTÍN URZAY G: Hernia vesical gigante. A propósito de un caso. *Actas Urol Esp* 1997 Apr; **21** (4): 434-436.

5. LUJÁN GALÁN M, ROMERO CAJIGAL I, PÁEZ BORDA A, RUIZ RUBIO JL, MARTÍN OSES E, BERENGUER SÁNCHEZ A: Hernia inguinal que contiene vejiga urinaria. Descripción de un caso. *Arch Esp Urol* 1997 Dec; **50 (10)**: 1.120-1.121.
 6. VALDIVIA URÍA JG, VALLE GERHOLD J: Preperitoneal laparoscopic bladder hernia repair. *J Urol* 1995 Sep; **154 (3)**: 1.127-1.128.
 7. SERVER PASTOR G, LÓPEZ CUBILLANA P, HITA VILLAPLANA G, PRIETO GONZÁLEZ A, HITA ROSINO E, SERVER FALGAS G: Hernias vesicales inguinales. A propósito de cuatro casos. *Actas Urol Esp* 1994 Jun; **18 (6)**: 670-673.
 8. RAFIE MAZKETLI W, ROMERO PÉREZ P, AMAT CECILIA M, MERENCIANO CORTINA FJ, DE LA MORENA VALENZUELA E: Hernia vesical inguinoescrotal. A propósito de un caso. *Actas Urol Esp* 1996 Oct; **20 (9)**: 845-848.
 9. NOBLE JG, CHRISTMAS TJ, CHAPPLE CR RICKARDS D: Inguinal bladder hernia associated with vesico-ureteric reflux. *Postgrad Med J* 1992 Apr; **68 (789)**: 299-300.
 10. SHEKEF I, FARBERM B, HERTZANU Y: Massive bladder hernia: ultrasonographic imaging in two cases. *Br J Urol* 1998 Mar; **81 (3)**: 492-493.
-

Dr. J. Mariño del Real
Av. Juan Pereda Pila, 7 - 1º B
06004 Badajoz

(Trabajo recibido el 20 Julio de 1999)