

HERNIA VESICAL INGUINOESCROTAL GIGANTE. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

J.M. CONDE SÁNCHEZ, J. ESPINOSA OLMEDO, R. SALAZAR MURILLO,
P. VEGA TORO, J. AMAYA GUTIÉRREZ, J. ALONSO FLORES,
M. GARCÍA PÉREZ

Servicio de Urología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

PALABRAS CLAVE:

Hernia vesical. Cistocele escrotal.

KEY WORDS:

Bladder hernia. Scrotal cystocele.

Actas Urol Esp. 25 (4): 315-319, 2001

RESUMEN

La hernia vesical es una patología infrecuente con una incidencia que oscila entre el 0,5% y el 3%, alcanzando el 10% en pacientes mayores de 50 años. Presenta un predominio en varones con edades comprendidas entre los 50 y 70 años. La hernia vesical carece de clínica específica, esto hace que su diagnóstico sea con frecuencia intraoperatorio durante la reparación quirúrgica de las hernias inguinales. El tratamiento consiste en la resección o reducción de la hernia vesical, con desobstrucción del tracto urinario inferior, si existe, y reparación del trayecto inguinal. Aportamos un nuevo caso clínico y revisamos la literatura.

ABSTRACT

Bladder hernia is an uncommon condition with a frequency between 0,5 and 3%, reaching the 10% between patients older than 50 years. It's more predominant in males aged between 50 and 70. The diagnosis usually happens in the course of surgical repair of inguinal hernias, because the bladder hernia has no specific clinical findings. Management includes the resection or reduction of the bladder hernia, with de-obstruction of the lower urinary tract, if present, and repairmen of inguinal path. We report a new case and review the literature.

La hernia vesical inguino-escrotal o cistocele escrotal es una patología infrecuente, con una incidencia que oscila entre el 0,5 y el 3%, alcanzando el 10% en pacientes mayores de 50 años.

Presenta un predominio en varones (70%) con edades comprendidas entre los 50 y 70 años y es más frecuente en el lado derecho (60%). Clínicamente carece de síntomas específicos, esto

hace que su diagnóstico sea con frecuencia intraoperatorio durante la reparación quirúrgica de las hernias inguinales. Las pruebas complementarias más rentables en los pacientes con sospecha de hernia vesical en escroto son la ecografía y la cistografía, siendo recomendable la urografía excretora. En cualquier caso, se precisa un elevado índice de sospecha para llegar a su diagnóstico pre-operatorio.

CASO CLÍNICO

Varón de 60 años de edad sin antecedentes personales de interés. Portador de hernia inguino-escrotal izquierda de gran tamaño y de larga evolución. Consulta por micción en dos tiempos, sin otra sintomatología miccional y sin hematuria.

En la exploración presenta una tumoración inguino-escrotal izquierda de gran tamaño, consistencia blanda y transluminación positiva, cuya palpación desencadena el deseo miccional del paciente. La palpación del testículo derecho es normal, mientras que la del izquierdo se ve dificultada por la herniación descrita anteriormente. El tacto rectal muestra heces no melénicas y próstata adenomatosa grado II, no sospechosa de malignidad. El paciente se encuentra afebril y sin otros signos exploratorios de interés.

Los parámetros analíticos (hemograma, estudio de coagulación, bioquímica con enzimas hepáticas y PSA), y microbiológicos no muestran alteraciones.

La radiografía simple de aparato urinario es rigurosamente normal. En la ecografía urológica ambos riñones son normales, la próstata tiene un volumen aproximado de 50 cc, y la vejiga tiene paredes de grosor normal sin lesiones endovesicales. En la ecografía inguino-escrotal ambos testículos son normales, destacando la existencia de una zona anecoica en cavidad escrotal izquierda. En el estudio urográfico, ambos riñones captan y excretan el contraste con normalidad destacando un desplazamiento lateral izquierdo de ambos uréteres terminales, con vejiga pequeña y asimétrica y visualización incompleta de la base vesical (Fig. 1). La confirmación diagnóstica se establece mediante la realización de una cistografía retrógrada, en la que se aprecia una gran hernia vesical inguino-escrotal izquierda (Fig. 2).

Por la edad del paciente, aunque no se acompaña de clínica de prostatismo, se realiza flujo-metría en la que se aprecia un buen flujo miccional que aumenta con la compresión de la hernia inguino-escrotal (signo de Mery).

Por otra parte, la exploración endoscópica de la uretra presenta características normales, permitiendo el paso del cistoscopio flexible con facilidad, con un adenoma prostático grado II endoscópico, sin lóbulo medio y con cuello complaciente. La mucosa vesical es de aspecto normal.

Figura 1: Estudio urográfico con desplazamiento lateral izquierdo de ambos uréteres terminales, vejiga pequeña y asimétrica y visualización incompleta de la base vesical.

Con el diagnóstico de hernia vesical inguino-escrotal izquierda de gran tamaño sin obstrucción infravesical al flujo miccional, se somete al paciente a tratamiento quirúrgico. Con incisiones media infraumbilical e inguinal izquierda se practica reducción de la vejiga herniada, que se encontraba recubierta por peritoneo en su cara externa, a través del conducto inguinal. Se reseca la porción vesical herniada, así como el peritoneo que la recubre. Y por último se realiza cierre vesical en dos planos y herniorrafia inguinal izquierda.

El estudio anatomopatológico de la pieza de cistectomía parcial no demuestra alteraciones de interés.

El paciente experimenta una buena evolución post-operatoria, con buenos resultados morfológicos y funcionales. Se encuentra asintomático, con buen hábito miccional y sin recidiva del proceso herniario.

Figura 2: Cistografía retrógrada, en la que se aprecia una gran hernia vesical inguino-escrotal izquierda.

COMENTARIOS

La hernia vesical inguino-escrotal o cistocele escrotal es una patología infrecuente¹, con una incidencia global que oscila entre 0,5 y 3%, ascendiendo a 10 % en pacientes mayores de 50 años², aunque la incidencia de hernias vesicales inguino-escrotales masivas (herniación de más del 50% de la vejiga) es mucho menor³.

Presenta un predominio en varones (70%) con edades comprendidas entre los 50 y 70 años⁴, siendo más frecuente en el lado derecho (60%).

Los dos factores patogénicos principales son las deformidades morfológicas vesicales, fundamentalmente adquiridas (secundarias a procesos obstructivos de la vía excretora inferior), y la debilidad de la pared abdominal en el canal inguinal (triángulo inguinal de Hesselbach). No obstante se han descrito otros mecanismos etiopatogénicos como la obesidad y la hiperpresión abdominal en afecciones disneizantes y tusígenas⁵.

El 75% de las hernias vesicales se asocian a hernia inguinal, un 23% a hernia crural y el 2% restante a otros tipos de hernias (obturatrices,

perineales, línea alba, umbilicales, etc)⁶. Las asociadas a hernia inguinal, ya sea directa o indirecta, se pueden clasificar según su relación con el peritoneo en paraperitoneales, extraperitoneales e intraperitoneales. Las hernias vesicales paraperitoneales son las más frecuentes (60%), el peritoneo recubre su cara externa y pueden ser directas e indirectas. Las extraperitoneales son las segundas en frecuencia (32%), el peritoneo no las recubre y suelen ser de pequeño tamaño. Las intraperitoneales son las menos frecuentes (4%), el peritoneo recubre toda la porción vesical herniada, son siempre indirectas y se suelen reducir con facilidad.

En pacientes jóvenes la sintomatología deriva de la hernia intestinal, siendo con frecuencia un hallazgo intraoperatorio durante la corrección quirúrgica de la hernia inguinal.

El síntoma predominante cuando la hernia vesical alcanza un tamaño considerable es la micción en dos tiempos (signo de Mery). La porción abdominal de la vejiga se vacía con la micción normal (primer tiempo), con un aumento del flujo urinario al comprimir la hernia vesical o elevar el escroto (segundo tiempo)^{7,8}. Pueden aparecer síntomas relacionados con un proceso obstructivo infravesical que precisará un manejo diagnóstico y terapéutico específico (flujometría, estudio presión-flujo, uretrografía retrógrada, uretrocistoscopia, etc).

En la exploración urológica completa con tacto rectal, destaca la herniación inguinal con transluminación positiva que desencadena el deseo miccional al comprimir la y que disminuye de tamaño tras la micción.

Las complicaciones son las propias de cualquier hernia (incarceración, estrangulación y obstrucción intestinal), unidas a las de la porción vesical herniada (infección, litiasis vesical, uropatía obstructiva y degeneración neoplásica del epitelio transicional).

Las pruebas complementarias más rentables ante la presencia de un paciente con la sospecha de hernia vesical en escroto son la ecografía y la cistografía, siendo recomendable la urografía excretora^{4,9}.

Tanto la ecografía con placas pre y post-miccionales como la cistografía puede darnos el diagnóstico de hernia vesical escrotal. El estudio eco-

gráfico puede objetivar la herniación vesical y si varía su volumen tras la micción. También permite valorar el contenido escrotal (diagnóstico diferencial de las masas escrotales), el tamaño prostático y de la pared vesical (vejiga de esfuerzo), así como el estado de las vías superiores. El rendimiento diagnóstico de la ecografía es mayor en las hernias vesicales de mayor tamaño, disminuyendo en las más pequeñas¹⁰.

No obstante, la confirmación diagnóstica se establece mediante la realización de cistografía retrógrada, especialmente en las hernias de menor tamaño, que al mismo tiempo permite valorar si existen signos de obstrucción infravesical al flujo urinario.

La urografía excretora no siempre permite el diagnóstico de hernia vesical escrotal, aunque se ha descrito la triada urográfica característica de Reardon y Lowman, que consta de desplazamiento lateral de ambos uréteres terminales, con vejiga pequeña y asimétrica y visualización incompleta de la base vesical¹¹. Es una prueba recomendable ya que aporta datos sobre el estado de ambos sistemas excretores que tendrán importancia en el manejo terapéutico.

La TC con contraste oral e intravenoso puede igualmente aportar datos sobre el estado de ambos sistemas excretores, así como sobre las relaciones de la vejiga en su trayecto herniario, de cara a una corrección quirúrgica.

En cualquier caso, se precisa un elevado índice de sospecha para llegar a su diagnóstico preoperatorio, cuyo interés radica en prevenir la lesión vesical y/o ureteral durante la herniorrafia. En este sentido estaría indicada la realización de cistografía retrógrada en aquellos pacientes mayores de 50 años que consultan por hernia inguinal, fundamentalmente, cuyo volumen experimenta cambios con la micción, o ésta es en dos tiempos con aumento del flujo urinario al comprimir la hernia vesical o elevar el escroto (signo de Mery)⁶.

El tratamiento es quirúrgico y consiste en la reducción o resección de la hernia vesical y del peritoneo que la recubre, y reparación del trayecto inguinal mediante herniorrafia abierta o laparoscópica, asociado, aunque no de forma obligatoria, a corrección de la patología obstructiva infravesical^{2,3,12}.

Si precisa adenomectomía prostática, ésta podrá realizarse en el mismo acto quirúrgico⁵. En caso de estar indicado un procedimiento endoscópico transuretral para corregir la obstrucción infravesical, éste se realizará en un segundo tiempo. Con ello se pretende evitar el estrangulamiento del cuello herniario secundario a la elevación de la presión intravesical que ocurre durante dichos procedimientos^{2,3,13}. En casos de litiasis vesical, la reducción de la hernia debe ir acompañada de cistolitotomía.

Aunque no existe consenso sobre el manejo quirúrgico de la porción de vejiga herniada, parece razonable adoptar una actitud conservadora en la medida de lo posible, procediendo a una reducción de la hernia vesical con o sin cistopexia. Sólo en casos de necrosis por estrangulación, tumoración en la vejiga herniada, divertículo vesical herniado o cuello herniario menor de 0,5 cm, se recomienda la cistectomía parcial de la porción herniada^{2-4,8,13-15}.

El caso que presentamos trata de un paciente con una hernia vesical paraperitoneal masiva, sin causa obstructiva, que se trató quirúrgicamente con resección de la porción vesical herniada, con buenos resultados morfológicos y funcionales.

REFERENCIAS

1. LEVINE B: Scrotal cystocele. *JAMA* 1951; **147**: 1.439-1.441.
2. PEREIRA JG, GUTIÉRREZ JM, ATECA-DÍAZ R, BERRETEAGA JR: Hernia vesical inguino-escrotal gigante asociada a tumor vesical. *Actas Urol Esp* 1998; **22** (5): 449-453.
3. CASAMAYOR MC, SANZ JI, BONO A, LIGORRED LA, BAQUE F, ESCLARÍN MA, ABAD J: Fracaso renal agudo secundario a hernia vesical inguino-escrotal. *Actas Urol Esp* 1999; **23** (2): 171-175.
4. THOMPSON JE, TAYLOR JB, NAZARIAN N: Massive inguinal scrotal bladder hernias: a review of the literature with 2 new cases. *J Urol* 1986; **136**: 1.299-1.301.
5. ANDREU A, NAVIO J, SCHIEFENBUSCH E, BROTONS JL, HERRERO E, LLAMAZARES G: Hernias vesicales inguinales. Aportación de dos casos. *Actas Urol Esp* 1999; **23** (7): 625-628.
6. SOUSA A, DÍAZ M, MACEIRA F, ARMESTO M, LAPEÑA JA, GONZÁLEZ C: Hernias vesicales inguinales del adulto. *Arch Esp Urol* 1999; **52** (2): 114-117.
7. LOIZAGA A, ARCEO R, ULLATE R, UNDA M, ANGULO J, FLORES N: Hernias vesicales. Aportación de cuatro casos. *Arch Esp Urol* 1993; **46** (6): 459-462.
8. CASANUEVA T, CERDEIRA MA, URQUIJO S, CALAHORRA L, MARTÍNEZ G: Hernia vesical gigante. A propósito de un caso. *Actas Urol Esp* 1997; **21** (4): 434-436.

9. OJEA A, RODRÍGUEZ A, PÉREZ D, DOMÍNGUEZ F, ALONSO A, RODRÍGUEZ B, BENAVENTE J, BARROS JM, NOGUEIRA JL: Hernia vesical masiva de vejiga en escroto. Aportación de un caso. *Actas Urol Esp* 1999; **23** (1): 79-82.
10. HERRERO RIQUELME S, MOLINERO CASARES MM, GARCÍA SERRANO J: Diagnóstico ecográfico de herniación masiva de la vejiga a nivel inguino-escrotal: a propósito de un caso. *Actas Urol Esp* 2000; **24** (10): 825-828.
11. REARDOR JV, LOWMAN RM: Massive herniation of the bladder: the roentgen findings. *J Urol* 1967; **97**: 1.019-1.020.
12. RAFIE W, ROMERO P, AMAT M, MERENCIANO FJ, DE LA MORENA E: Hernia vesical inguino-escrotal. A propósito de un caso. *Actas Urol Esp* 1996; **9**: 845-848.
13. SOLOWAY HM, PORTNEY F, KAPLAN A: Hernia of the bladder. *J Urol* 1960; **84**: 539-541.
14. MARTÍNEZ-PIÑEIRO L, CÓZAR JM, CÁRCAMO P, NAVARRO J, GARCÍA MJ, MARTÍNEZ-PIÑEIRO JA: Hernia vesical inguino-escrotal gigante. *Arch Esp Urol* 1990; **43**: 900-903.
15. SERRANO A, MERINO C, OCHOA R, ESCOLANO A, GOLBANO J, OTERO I, SANZ M, ROMÁN F: Una asociación poco frecuente: hernia vesical inguino-escrotal masiva, litiasis escrotal múltiple y uropatía obstructiva bilateral. *Actas Urol Esp* 1997; **21** (6): 631-635.

Dr. J.M. Conde Sánchez
C/ Castellar, 56B – 1º C
41003 Sevilla

(Trabajo recibido el 28 Octubre de 2001)