

UROPATÍA OBSTRUCTIVA BILATERAL SECUNDARIA A HERNIA VESICAL INGUINOESCROTAL

L.M. HERRANZ FERNÁNDEZ, M. JIMÉNEZ GÁLVEZ, R. ARELLANO GAÑÁN,
I. PEREIRA SANZ

Servicio de Urología del Hospital Universitario de la Princesa. Madrid

PALABRAS CLAVE:

Hernia vesical. Hernia inguinoescrotal. Fallo renal. Ureterohidronefrosis.

KEY WORDS:

Bladder hernia. Inguinoscrotal hernia. Renal failure. Ureterohydronephrosis.

Actas Urol Esp. 26 (4): 306-309, 2002

RESUMEN

La hernia vesical está presente en un número importante de casos de hernias inguinales. Las hernias vesicales inguinoescrotales masivas son más raras. La asociación de hernia vesical masiva y ureterohidronefrosis bilateral es muy infrecuente, habiéndose documentado hasta la fecha siete casos en la literatura de los últimos diez años, según nuestro conocimiento. Presentamos un nuevo caso de fracaso renal secundario a hernia vesical inguinoescrotal con uropatía obstructiva bilateral, analizando cuadro clínico, pruebas diagnósticas y tratamiento de dichas hernias.

ABSTRACT

Bladder hernia is present in an important number of cases of inguinal hernias. Massive inguinoscrotal bladder hernias are rarer. The association of massive bladder hernia and bilateral ureterohydronephrosis is not often found. According to our knowledge, there have been only seven cases documented in the last ten years. Therefore, we will present a case of renal failure secondary to inguinoscrotal bladder hernia with bilateral obstructive uropathy. Once we have analyzed a clinical case, we will give the diagnosis and treatment for those hernias.

La hernia vesical se define como el deslizamiento de la vejiga acompañando a una hernia inguinal, ya sea esta directa o indirecta¹.

La patología herniaria es muy frecuente y la hernia vesical inguinoescrotal está presente en un 0,3 a un 3% de todos los casos de hernias en el adulto, según los diferentes autores, alcanzando el 10% en varones mayores de 50 años¹⁻⁸.

Por otra parte, la hernia vesical masiva, es decir, la herniación de más del 50% de la vejiga, es bastante rara. La mayoría de las hernias vesi-

cales son asintomáticas y se diagnostican incidentalmente en el transcurso de una intervención quirúrgica de reparación de hernia inguinal^{1-7,9-11}. La uropatía obstructiva bilateral acompañando a este tipo de hernias vesicales es muy infrecuente, habiéndose descrito siete casos en los últimos diez años, según nuestro conocimiento, siendo el nuestro el octavo^{1-3,9,10,12,13}.

El tratamiento de elección es la reparación quirúrgica de la hernia seguida del tratamiento de la obstrucción infravesical si la hubiere^{1-3,5,6,8,10,11,13-17}.

CASO CLÍNICO

Varón de 44 años con antecedentes de hipertensión arterial; hiperlipidemia mixta; obesidad; herniorrafia umbilical en 1999.

Fue remitido al servicio de Nefrología de nuestro hospital por su médico de familia al descubrirse unas cifras de creatinina de 3,2 mg/dl.

A la exploración presentaba una hernia inguinal izquierda y en el tacto rectal una próstata adenomatosa I/IV. Se realizó una ecografía en la que se apreció una ureterohidronefrosis bilateral. Se hizo una cistoscopia viéndose una próstata aumentada de tamaño y unos orificios ureterales normales que no se pudieron cateterizar. Se realizó una gammagrafía renal objetivándose un patrón obstructivo bilateral. Se efectuaron nefrostomías percutáneas en ambos lados. Se sometió al enfermo a una pielografía descendente bilateral visualizándose una dilatación pielocalicial y ureteral bilateral con paso de contraste a vejiga. Se efectuó una cistografía retrógrada donde se apreció que la vejiga se encontraba en su mayor parte en la hernia inguinal izquierda (Fig. 1). Por último se realizó una Tomografía Axial Computarizada (TAC) que confirmó el diagnóstico de hernia inguinoescrotal izquierda que contenía fundamentalmente vejiga.

Por tanto, se diagnosticó de insuficiencia renal obstructiva por hernia inguinoescrotal vesical masiva izquierda.

Fue sometido a una intervención quirúrgica en la que se confirmó que existía una hernia vesical paraperitoneal masiva y se procedió a la reparación y reducción de la hernia inguinal según téc-

nica de Lichtenstein. Evolucionó favorablemente, mejorando la función renal (creatinina 2,1 mg/dl al alta). Se retiraron las nefrostomías tras comprobar la permeabilidad ureteral mediante pielografía anterógrada bilateral.

En la urografía intravenosa realizada ambulatoriamente transcurridos diez meses desde la intervención, se aprecia una vejiga de localización intrapélvica y morfología normal (Fig. 2).

Figura 2. Urografía intravenosa postquirúrgica donde se observa la posición intrapélvica de la vejiga.

DISCUSIÓN

La primera referencia sobre la hernia vesical fue hecha por Guy de Chauliac en 1363. La primera descripción se hizo en el siglo XVI por F. Platter y D. Scala. En 1951 Levine la denominó Cistocèle escrotal^{1,3,7,8,13}.

La incidencia de la hernia vesical en adultos varía entre un 0,3 a un 3% de todos los casos de hernias inguinales, alcanzando hasta un 10% en varones mayores de 50 años¹⁻⁸.

En la fisiopatología de este tipo de hernias, los factores principales son: flacidez de la pared abdominal, debilidad de la pared vesical (con algún

Figura 1. Cistografía retrógrada. Se observa la vejiga situada en la hernia inguinal izquierda.

grado de pericititis) y obstrucción infravesical. También influye la obesidad. Además, pueden ser secundarias a traumatismos o complicaciones postquirúrgicas (tras prostatectomías, adenomectomías, Marshall – Marchetti, uretroplastia transpública y tras una herniorrafia inguinal). Son muy raras las hernias vesicales congénitas^{1-6,8-11,13-16}.

La hernia vesical inguinoescrotal es una patología relativamente frecuente, aunque la herniación masiva de este órgano ya es más rara, y mucho más si secundariamente a esta herniación se produce una uropatía obstructiva bilateral, puesto que en el deslizamiento de la vejiga el trigono es la única parte que permanece fija, teniendo también que movilizarse para que ocurra esta hidronefrosis bilateral^{1-3,9,10,12,13}.

Este tipo de hernias se clasifican:

Según el orificio por donde se hernia la vejiga, pudiendo ser: inguinal (70%); crural (23%), obturatriz; umbilical; línea alba; isquiorrectal; perineal secundaria a dislaceración de los elevadores del ano en el parto o a traumatismos en varones; recto mayor del abdomen (hernia de Gironcoli); línea semicircular de Spiegel^{2-6,8,13}.

Por su origen en: congénitas (muy raras) y adquiridas (por debilidad de la pared del abdomen y vesical, traumatismos, complicaciones postquirúrgicas)^{3,6,8}.

Por su relación con el peritoneo, distinguiéndose: paraperitoneales (las más frecuentes, 60%) donde la vejiga va acompañada de peritoneo sin estar incluida en él (la vejiga queda medial al peritoneo, como era nuestro caso); extraperitoneales (32%) si la vejiga no es acompañada de peritoneo (generalmente son de pequeño tamaño); intraperitoneales (4%) donde la vejiga es rodeada completamente por peritoneo y la hernia siempre es indirecta^{1-5,8,9,13-15}.

La mayoría de las hernias vesicales son asintomáticas diagnosticándose de forma incidental en la reparación quirúrgica de una hernia inguinal. Cuando producen síntomas, el más característico es la micción en dos tiempos, donde la porción abdominal se vacía con la micción espontánea y el resto de la vejiga se vacía mediante la presión manual de la hernia o la elevación del escroto (signo de Mery). También se puede manifestar como un cólico nefrítico ipsilateral por herniación del uréter o angulación del mismo, hematuria y

mucho más infrecuentemente como insuficiencia renal obstructiva por herniación del trigono, como era nuestro caso^{1-3,5,9-14}.

Este tipo de hernias también se puede manifestar por sus complicaciones que son:

Las propias de cualquier hernia como incarcación, estrangulación y obstrucción.

Las propias de las hernias vesicales por el residuo permanente de orina que queda en la vejiga herniada; este actúa como cancerígeno, irritante, caldo de cultivo y precipitante produciendo neoplasias, uropatía obstructiva, infecciones y litiasis.

También pueden aparecer complicaciones como criptorquidia y reflujo vésico-ureteral, además de litiasis o tumores^{1-3,5,6,11,13,15}.

Este tipo de hernias se debe considerar en el diagnóstico diferencial de un varón mayor de 50 años portador de una hernia inguinal, sobre todo si tiene clínica obstructiva baja urinaria. En la exploración física se puede objetivar una tumoración inguinal o inguinoescrotal que a veces tiene transluminación positiva y que varía de tamaño con la micción^{1-3,5,6,8,11,16,17}.

Para llegar al diagnóstico podrán realizarse: ecografía que, aunque de valor limitado, es la primera prueba de imagen a realizar ante un escroto aumentado de tamaño. La urografía intravenosa (UIV), que clásicamente era considerada la técnica de elección, pero actualmente ha sido sustituida por la uretrocistografía retrógrada. En la UIV veremos la triada urográfica de Reardon-Lowman: desplazamiento lateral del tercio distal de uno o ambos uréteres, vejiga pequeña y asimétrica y visualización incompleta de la base vesical. La técnica de elección es la uretrocistografía retrógrada que nos dará el diagnóstico y nos permitirá hacer el diagnóstico diferencial con el divertículo vesical, al vaciarse el contenido de la hernia en la placa postmiccional. La TAC y la cistoscopia pueden ayudar a completar el diagnóstico. Con la TAC obtendremos una visión más global, viendo el contenido herniario en su totalidad, otras posibles patologías, etc.^{1,3-16}.

El diagnóstico diferencial de la hernia vesical se debe hacer con otras tumoraciones líquidas intraescrotales como: lipoma pre y paravesical, divertículos vesicales, hernia diverticular, hidrocele abdominoescrotal, hernia de quiste mesentérico, duplicidad vesical, megavejiga en displasia de

pared abdominal, quiste gigante de cordón, así como con metástasis óseas pélvicas en el curso de una gammagrafía en la fase de excreción del radiofármaco^{1,3,8,11,13,16}.

El tratamiento para este tipo de hernias debe ser quirúrgico para evitar que se produzcan complicaciones. La cirugía consiste en la reducción del contenido herniario acompañado de la reparación del canal inguinal, ya sea por vía abierta tanto inguinal como abdominal como por vía laparoscópica. Existen múltiples técnicas siendo válida cualquiera de ellas. Una vez reparada la hernia se debe asociar, siempre que sea necesario, la reparación de la patología obstructiva infravesical según los casos. Se deberá ser más radical asociando una cistectomía parcial o total según los casos en neoplasia infiltrante, estrangulación con necrosis, según el tamaño del divertículo o cuello herniario^{1-3,5,6,8-11,13-17}.

En los casos en que no haya sintomatología, pacientes mayores en los que se prevea un postoperatorio complicado y la hernia sea parcial podrá optarse por control y seguimiento ambulatorio^{1,6,11}.

REFERENCIAS

1. SOLER SOLER JL et al.: Hernia vésicoinguinal masiva y fracaso renal agudo. Una asociación poco frecuente. *Arch Esp de Urol* 2000; **53 (8)**: 686-691.
2. SERRANO PASCUAL A, et al.: Una asociación poco frecuente: hernia vesical inguinoescrotal masiva, litiasis escrotal múltiple y uropatía obstructiva bilateral. *Actas Urol Esp* 1997; **21 (6)**: 631-635.
3. CASAMAYOR FRANCO MC, et al.: Fracaso renal agudo secundario a hernia vesical inguinoescrotal. *Actas Urol Esp* 1999; **23 (2)**: 171-175.
4. HERRERO RIQUELME S, MOLINERO CASARES MM, GARCÍA SERRANO J: Diagnóstico ecográfico de herniación masiva de la vejiga a nivel inguinoescrotal: a propósito de un caso. *Actas Urol Esp* 2000; **24 (10)**: 825-828.
5. PEREIRA ARIAS JG, GUTIÉRREZ DÍEZ JM, ATECA-DÍAZ OBREGÓN R, BERRETEAGA GALLASTEGUI JR: Hernia vesical inguinoescrotal gigante asociada a tumor vesical. *Actas Urol Esp* 1998; **22 (5)**: 449-453.
6. MARIÑO DEL REAL J, et al.: Hernia vesical inguinoescrotal gigante. *Actas Urol Esp* 2000; **24 (6)**: 509-512.
7. ORLANDO CATALANO MD: US evaluation of inguinoscrotal bladder hernias: report of three cases. *Clinical Imaging* 1997; **21**: 126-128.
8. ANDREU GARCÍA A, et al. Hernias vesicales inguinales. Aportación de dos casos. *Actas Urol Esp* **23 (7)**: 625-628.
9. PASQUALE MD, MOHSEN SHABAHANG, STEPHEN EVANS RT.: Obstructive uropathy secondary to massive inguinoscrotal bladder herniation. *J Urol* 1993; **150**: 1906-1908.
10. MIANNÉ D, et al.: Insuffisance rénale aiguë obstructive et hernie scrotale complète de la vessie. *J Chir* 1996; **133 (9-10)**: 459-461.
11. MAXIMIANO VÁZQUEZ R, ROCA SUÁREZ A, RAMÍREZ CHAMORRO F, DE ALBA LÓPEZ JR, GORDÓN LAPORTE R: Hernia vesical inguinoescrotal gigante. *Actas Urol Esp* 1999; **23 (9)**: 814-817.
12. LANIEWSKI PJ, WATTERS GR, TOMLINSON P: Herniation of the bladder trigone into an inguinal hernia causing acute urinary obstruction and acute renal failure. *J Urol* 1996; **156**: 1438-1439.
13. BAREA D, TOMASINI P, BELLOLI E, MIANNE D, BRIANT JF: Extériorisation vésicale dans une hernie inguino-scrotale compliquée d'une insuffisance rénale aiguë. *J Radiol* 1998; **79**: 263-265.
14. OJEA CALVO A, et al.: Hernia vesical masiva de vejiga en escroto. Aportación de un caso. *Actas Urol Esp* 1999; **23 (1)**: 79-82.
15. PRISCO R, APOLINARIO J, FRAGA A, ARAUJO D, PIMENTA A: Hernia vesico-escrotal. A propósito de un caso clínico. *Actas Urol Esp* 1997; **21 (5)**: 514-518.
16. GONZÁLVO PÉREZ V, et al. Hernia vesical inguinal masiva. Aportación de tres casos. *Actas Urol Esp* 1998; **22 (2)**: 163-166.
17. NAPAL LECUMBERRI S, et al.: Divertículo vesical gigante, incluido en una hernia inguinal. Caso clínico y revisión de la literatura. *Arch Esp de Urol* 2000; **53 (1)**: 75-77.

Dr. L.M. Herranz Fernández.
C/ Alcalá 205, 6º D.
28028 Madrid.

(Trabajo recibido el 10 enero 2002)