

# Hernia vesical. Informe de un caso y revisión de la bibliografía

Ignacio-Morales Cesar Valentín,<sup>1</sup> Aragón-Tovar Anel Rogelio,<sup>2</sup> Torres-Medina Eduardo,<sup>3</sup> Muñoz-Islas Edgar Itzcoatl,<sup>4</sup> Vilchis-Cárdenas Marco Antonio<sup>4</sup>



## ■ RESUMEN

La hernia vesical es una entidad frecuentemente asociada a hernia inguinal; de 0.5% a 3%, hasta 10% en varones de entre 50 a 70 años; la mayoría son pequeñas, situación en la que la patología más común es la obstrucción; la hiperplasia prostática como el primer lugar. Su cuadro clínico es inespecífico, relacionado con la patología obstructiva asociada. Su diagnóstico mayormente es trans-quirúrgico con riesgo de lesión. Por ello la recomendación para el escrutinio en pacientes mayores de 50 años, con síntomas urinarios obstructivos, asociados hernias de pared abdominal. Se presenta el caso de un paciente de 63 años, con hernia vesical, la cual se manifestó como una masa inguinofascial derecha, relacionada a sintomatología urinaria obstructiva, como disminución de calibre miccional, nicturia de tres a cuatro veces y polaquiuria de hasta 10 micciones. Con antecedentes de tabaquismo y etilismo ocasional; hipertenso y diabético, ambas de años de evolución. A su exploración física destacó la hernia inguinal derecha, indirecta, reducible, sin compromiso vascular. Exploración rectal: próstata de entre 40 g a 50 g, consistencia adenomatosa, no sospechosa de malignidad. Fue diagnosticado por uretrocistografía retrógrada y ultrasonido. En las placas antero-posterior y oblicua se evidenció hernia vesical, aproximadamente

## ■ ABSTRACT

*Vesical hernia, an entity that is frequently associated with inguinal hernia, presents in 1-3% of cases and up to 10% of cases in men from 50-70 years of age. The majority of vesical hernias are small and their most common physiopathology is obstruction, with prostatic hyperplasia in first place. Clinical symptoms are non-specific in relation to associated obstructive pathology. Diagnosis is usually intraoperative with risk of injury. Therefore screening is recommended in men over 50 years of age with obstructive urinary symptoms associated with abdominal wall hernias. The case of a 63-year old man with vesical hernia is presented here. Patient presented with right inguinoscrotal mass related to obstructive urinary symptomatology such as micturition caliber reduction, nocturia (micturating 3-4 times), and urinary frequency (micturating up to 10 times). Patient had medical history of occasional smoking and alcohol intake, and 4-year progression of both high blood pressure and diabetes. Physical examination revealed right indirect, reducible inguinal hernia with no vascular impairment. Digital rectal examination found 40-50 g adenomatous prostate with no suspicion of malignancy. Diagnosis was made with retrograde urethrocystography and ultrasound. Anteroposterior and oblique views revealed vesical hernia of approximately 30% volume in right inguinal canal. Post-micturition film showed a*

<sup>1</sup>Residente de 2º año Urología

<sup>2</sup>Jefe del Servicio de Urología

<sup>3</sup>Residente de 5º año Urología

<sup>4</sup>Residente de 4º año Urología

Unidad Médica de Alta Especialidad N° 25, IMSS. Monterrey Nuevo León, México.

Correspondencia: Dr. Cesar Valentín Ignacio-Morales. Ave. Fidel Vélez Sánchez y Lincoln s/n. Colonia Nueva Morelos CP 64320. Monterrey, N. L. Teléfono: (045) 81 1165 2503; Correo electrónico: nacho448@hotmail.com

del 30% por el conducto inguinal derecho. En la placa post-miccional, ésta disminuyó su tamaño, pero sin vaciamiento completo; mantuvo orina residual. Su antígeno prostático específico resultó de 2.53 ng/mL.

**Palabras clave:** Hernia vesical, México

*reduction in size but incomplete emptying, with residual urine. Prostate specific antigen was 2.53ng/mL.*

**Key words:** *Vesical hernia, Mexico.*

## ■ INTRODUCCIÓN

La hernia inguino-escrotal es una patología infrecuente, con incidencia que va de 0.5% a 3%, llegando a alcanzar hasta 10% en los pacientes mayores de 50 años. Es de mayor en hombres en edades de 50 a 70 años (70%). La incidencia es más frecuente del lado derecho; alcanza 60%.<sup>1,2</sup> Los principales factores etiopatogénicos son las deformidades vesicales, particularmente las adquiridas, así como la debilidad de la pared abdominal en el canal inguinal. También se han asociado otros factores, como la obesidad y la hipertensión abdominal.<sup>3</sup>

En relación con el sitio, los informes señalan a los defectos inguinales con 75%; los crurales 23% y crurales y otros tipos de hernias (obturatorias, perineales, línea alba, umbilicales, etc.) con 2%. Las asociadas a un defecto inguinal, se clasifican según su relación con el peritoneo; en paraperitoneales, si recubre su cara externa (60%); extraperitoneales, como defectos pequeños y no recubiertos por peritoneo (32%); y las intraperitoneales (4%), en las que toda la vejiga herniada, está recubierta por peritoneo; se consideran siempre indirectas.<sup>3</sup>

El cuadro clínico es inespecífico, lo que lleva generalmente al diagnóstico durante el acto transquirúrgico.<sup>1,2</sup> Al tener un tamaño considerable, se presenta la micción en dos tiempos (signo de Mery): El primero con la porción abdominal; el segundo, al comprimir la hernia vesical o elevar el escroto.<sup>4</sup>

Para los pacientes en los que existe la sospecha diagnóstica de esta situación, se pueden realizar urografía excretora, en la que se observa la triada de Readon y Lowman, que consta del desplazamiento lateral de ambos uréteres, vejiga pequeña y asimétrica, así como visualización incompleta de la base de la vejiga. Sin embargo, la confirmación del diagnóstico es con una cistografía retrógrada, particularmente si son pequeñas.<sup>4-6</sup>

El tratamiento es quirúrgico, a través de la reducción o corrección de la herniación, mediante herniorrafia -abierta o laparoscópica- en el mismo tiempo quirúrgico o posponiendo el manejo de la patología obstructiva a un segundo tiempo quirúrgico. En el caso

de necrosis por estrangulación, tumor vesical o cuello herniario menor de 0.5 cm, es recomendable la cistectomía parcial.<sup>1,4,7</sup>

## ■ PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 63 años de edad, con antecedentes de etilismo y tabaquismo ocasional. Hipertenso y diabético de cuatro años de evolución, tratado con captopril, metformina y glibenclamida. Se presentó con una evolución aproximada de un año, caracterizada por la presencia de disminución del calibre miccional, además de nicturia de tres a cuatro veces, polaquiuria de hasta 10 micciones por día, asociado a un defecto herniario inguinal derecho. A la exploración física destacaba la presencia de hernia inguinal derecha, indirecta, reductible, sin compromiso vascular; además a la exploración rectal se encontró una próstata de 40 g a 50 g, sin sospechosa de malignidad.

Los exámenes básicos de laboratorio fueron: Biometría hemática con 8060 leucocitos y diferencial normal; hemoglobina de 16 gr/dL, hematocrito de 47.5%, plaquetas de 235 000; glucosa 169mg/dL, creatinina 0.9mg/dL, antígeno prostático específico de 2.53ng/dL. El ultrasonido evidenció una próstata con ecogenicidad homogénea, con volumen de 47.9mL. En rastreo vesical, en su región derecha, delimitó la presencia del defecto en la continuidad mural.

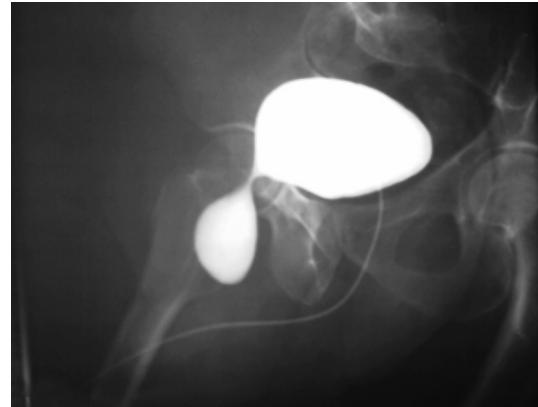
Se realizó cistografía retrógrada, observándose en placas de llenado la presencia de hernia vesical por defecto de región inguinal derecha (**Imagenes 1, 2 y 3**). En la placa miccional, no se evidenció la presencia de áreas estenóticas a nivel uretral (**Imagen 4**). En una proyección post-miccional se observó orina residual.

## ■ DISCUSIÓN

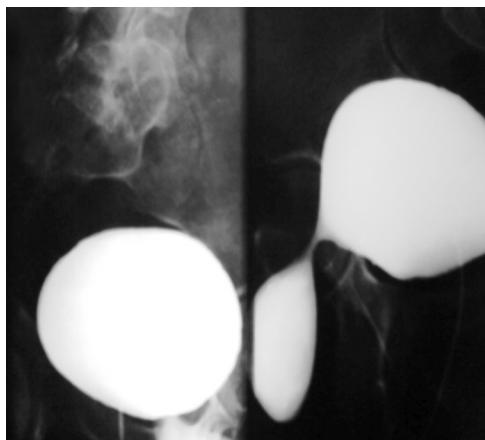
La hernia vesical es una entidad nosológica multifactorial en la que su presentación aumenta progresivamente con la edad y asociación a comorbilidades ya bien descritas. Por su presentación clínica, un tanto inespecífica y ocasionalmente inexistente, hace que su



**Imagen 1.** Cistografía retrógrada. Se observa el paso de medio de contraste a través del defecto de pared, con contenido vesical. Placa de llenado donde se observa el cuello del defecto herniario, donde permite el paso de medio de contraste hacia la porción escrotal, con paredes regulares y su tamaño aproximado de 30% del volumen vesical.



**Imagen 2.** Cistografía retrógrada, en la que se observa el paso de medio de contraste a través del defecto de pared, con contenido vesical.



**Imagen 3.** Cistograma de llenado; otras claras imágenes del defecto herniario.



**Imagen 4.** Placa miccional, sin estenosis uretral y disminución del volumen tanto de la porción vesical como del escrotal.

diagnóstico no sea sino hasta el momento quirúrgico, con el alto riesgo de lesión vesical. Es por ello que muy importante el hacer un tamizaje juicioso ante la sospecha clínica de ésta condición, particularmente si se trata de un varón, mayor de 50 años y portador de sintomatología urinaria; de esta manera, puede establecerse un diagnóstico oportuno y tomar una decisión programada.<sup>2</sup>

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kate HK, Sweeney BS, Fink AS, et al. Inguinoescrotal blabber hernias: report of a series and review of literature. *Can Urol Assoc J* 2008;2:619-23.
2. Navarro MP, Alvarado RD, Blanco DA, Jiménez GC, Artiles HJL, Chesa PN. Uropatía obstructiva bilateral secundaria a hernia vesical masiva. *Actas Urol Esp* 2008;32:348-350.
3. Herranz FLM, Jiménez GM, Arellano GR, Pereira SI. Uropatía bilateral secundaria a hernia vesical inguinoescrotal. *Actas Urol Esp* 2002;26:306-309.
4. Herrero RS, Molinero CM, García SJ. Diagnóstico ecográfico de herniación masiva de la vejiga a nivel inguinoescrotal: a propósito de un caso. *Actas Urol Esp* 2000;24:825-828.
5. Vásquez RM, Roca SA, Ramírez CF, et al. Hernia inguinoescrotal gigante. *Actas Urol Esp* 1999;23:814-817.
6. Bacigalupo LE, Bertolotto M, Barbiera F, et al. Imaging of urinary bladder hernias. *AJR* 2005;184:546-551.