

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 58, 10 (1.078-1.080), 2005

HERNIA VESICAL MASIVA.

Lluís Fumadó Ciutat, José Rodríguez Tolrà, Sergio Pastor López, Luis Riera Canals y Eladio Franco Miranda.

Servicio de Urología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. España.

Resumen.- OBJETIVO: Presentamos el caso de una hernia vesical masiva en bolsa escrotal que había condicionado la migración de prácticamente la globalidad de la vejiga.

MÉTODOS Y RESULTADOS: Varón de 65 años en estudio por HBP que presenta una tumoración en bolsa escrotal, que resultó ser una hernia vesical masiva en bolsa escrotal derecha, del tipo paraperitoneal y acompañada de hernia inguinal, que fue tratada con resección de la porción herniada de la vejiga y corrección de la hernia inguinal con malla de Marlex. En un segundo tiempo se realizó RTU de próstata. Controlado a los seis meses el paciente está asintomático.

CONCLUSIONES: La hernia vesical es una patología poco frecuente, que en la mayoría de los casos supone un mero hallazgo preoperatorio en el contexto de la reparación de una hernia inguinal. Puede ser del tipo intraperitoneal, extraperitoneal o paraperitoneal. Su diagnóstico es clínico y su confirmación puede ser por cistografía retrógrada, ecografía o TAC. El tratamiento es quirúrgico, ya sea mediante la reducción simple o con resección de la porción herniada.

Palabras clave: Hernia vesical masiva. Vejiga. Escroto.

Summary.- OBJECTIVES: We report a case of a huge bladder hernia conditioning the migration of almost all the bladder into the scrotum.

METHODS AND RESULTS: 65-year-old male being studied for BPH who presents a scrotal tumor, which turned out to be a huge inguinal bladder hernia in scrotum, paraperitoneal, accompanied by an inguinal hernia. The treatment consisted in bladder resection and repair of the inguinal hernia with a marlex mesh. Later on, a TURP was done. At a six month control, the patient was non-asymptomatic.

CONCLUSIONS: Bladder hernia is an uncommon pathology, and in most of the cases it is an incidental finding during the repair of an inguinal hernia. It can be intraperitoneal, extraperitoneal or paraperitoneal. The diagnosis is clinical, but confirmation can be done by retrograde cystography, ultrasonography or CT. The treatment is surgical, repairing the herniation or adding the resection of the bladder herniation.

Keywords: Huge bladder hernia. Bladder. Scrotum.

INTRODUCCIÓN

La hernia vesical es una patología poco frecuente. Su asociación con la hernia inguinal varía de unos autores a otros, del 1-3% (1) al 10% (2). En la mayoría de casos se trata de pequeñas herniaciones vesicales que acompañan a la hernia inguinal principal, suponiendo un mero hallazgo preoperatorio, lo que ya es más infrecuente es la herniación masiva de la vejiga a nivel inguinoescrotal. Estas hernias son debidas a una distensión vesical persistente secundaria a un mecanismo obstructivo, fundamentalmente HBP, asociado todo ello a un debilitamiento de las estructuras de soporte y a una disminución del tono vesical (3).

CASO CLÍNICO

Varón de 65 años que consultaba por un síndrome obstructivo infravesical junto con una tumoración blanda en el hemiescroto derecho, que disminuía de tamaño durante la micción.

A la exploración física destacaba la presencia de una bolsa escrotal derecha aumentada de tamaño y de una hernia inguinal reductible. Al tacto rectal destacaba una próstata de tamaño medio, bilobulada y de características adenomatosas.

Correspondencia

Lluís Fumadó Ciutat.
Servicio de Urología
Hospital de Bellvitge
C/ Feixa Llarga s/n
08907 Hospitalet de Llobregat
Barcelona. (España).
e-mail: 37615lfc@comb.es
Trabajo recibido: 27 de abril 2005

Dentro de las exploraciones complementarias se realizó un PSA total que fue normal, una ecografía vesico-prostática que puso de manifiesto una próstata de 57 gramos y una ecografía testicular con una imagen sugestiva de herniación vesical (Figura 1).

Finalmente, la cistografía retrógrada nos mostró la presencia de una hernia vesical masiva en hemiescrotos de-recho (Figura 2).

El tratamiento fue quirúrgico y consistió en la resección de la porción herniada de la vejiga que era para peritoneal y una corrección de la hernia inguinal con malla de marlex. En un segundo tiempo se realizó una RTU de próstata.

Controlado a los seis meses el paciente permanece asintomático.

DISCUSIÓN

En el desarrollo de una hernia vesical inguinoescrotal intervienen dos factores:

1º la presencia de una obstrucción del tracto urinario bajo, secundaria a patología prostática o más raramente a estenosis uretral.

2º la flacidez de la pared abdominal junto con la debilidad de la pared vesical, que permiten que la vejiga sea arrastrada fácilmente a través de un anillo inguinal dilatado (4). Otros factores de riesgo son la edad, la obesidad, la hernia inguinal preexistente, las adherencias peritoneales y la patología vesical congénita (3).

Las hernias vesicales pueden clasificarse según su tamaño como leve, moderada o masiva. Dentro de las hernias vesicales inguinales, la clasificación más utilizada se basa en la relación topográfica entre la hernia y el peritoneo: Intraperitoneal si toda la vejiga herniada está recubierta de peritoneo, extraperitoneal si el peritoneo permanece en el abdomen y solo se hernia la vejiga, y paraperitoneal si la vejiga se hernia paralelamente al saco herniario (1,3,5). Esta última es la más frecuente y corresponde al caso que nosotros presentamos.

Otras localizaciones menos frecuentes son: la hernia crural, umbilical, obturatriz, isquiorrectal, en la línea alba o en la línea de Spiegel (5).

El síntoma más característico es la micción en dos tiempos. La porción abdominal de la vejiga se vacía con la micción normal, y posteriormente la presión manual sobre el saco herniario elimina más volumen de orina (6). Pero en otras ocasiones el enfermo sólo refiere síntomas de prostatismo o acude por una RAO.

Otros síntomas menos frecuentes son el dolor cólico ipsilateral y síntomas inflamatorio-infecciosos por presencia de litiasis (7,8). Nuestro paciente sólo presentaba síndrome obstructivo infravesical.

A la exploración física encontramos una hernia inguinoescrotal, y a veces es posible observar la intensificación del chorro miccional a la presión de la hernia. Tras la micción habrá una disminución del tamaño escrotal. Al tacto rectal podemos hallar una próstata aumentada de tamaño, que nos sugerirá una uropatía obstructiva de base como condicionante de la hernia vesical.

La prueba complementaria de elección ante la sospecha de una hernia vesical es la cistografía retrógrada (9).



FIGURA 1. Ecografía testicular. Se puede observar la imagen anecoica con refuerzo posterior que corresponde a la hernia vesical.



FIGURA 2. En la cistografía se puede ver la herniación vesical masiva en escroto.

Esta prueba nos aporta información tanto para el diagnóstico como ante la actitud terapéutica. Podemos definir los límites de la hernia, su localización y magnitud. Del mismo modo también nos informará sobre la capacidad vesical y las características del cuello vesical. El vaciamiento del contenido de la imagen diverticular en la placa postmiccional define esta patología (6). Otra prueba útil es la urografía endovenosa, donde podemos encontrar una lateralización del tercio distal de uno o ambos uréteres, una vejiga asimétrica y la visualización incompleta de la vejiga en asociación con la hernia (9). La ecografía podrá detectar líquido en el escroto. De todas formas hay autores que propugnan el uso sistemático de la tomografía axial computerizada como prueba complementaria de elección (10).

No obstante no es infrecuente que cuando su tamaño es leve o moderado, el diagnóstico se realice accidentalmente durante el acto quirúrgico de la corrección de una hernia inguinal (6).

El tratamiento de las hernias vesicales es quirúrgico, y consistirá en la herniorrafia inguinal y la reducción de la hernia vesical ya que el principio de preservación vesical debe gobernar en nuestra actitud. La reducción disminuye el riesgo de lesión ureteral y de infecciones, evita suturas en la vejiga y preserva la capacidad vesical. El tamaño masivo de la hernia no debe ser una contraindicación a la reducción. Aun así, debemos reseca la porción herniada ante la presencia de una hernia vesical maciza, como fue nuestro caso, en caso de estrangulación con necrosis o ante la presencia de un tumor.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y ** lectura fundamental)

- **1. SOLOWAY, H.; PORTNEY, F.; KAPLAN, A.: "Hernia of the bladder". J. Urol., 84: 539, 1960.
2. IASON, A.: "Repair of urinary bladder herniation". Amer. J. Surg., 63: 69, 1944.
3. PRISCO, R.; APOLINARIO, A.; ARAUJO, A. y cols.: "Hernia vesico-escrotal. A propósito de un caso clínico". Actas Urol. Esp., 514, 1997.
4. ADRIAN DE LA FUENTE SERRANO, A.: "Hernias vesicoescrotales". Arch. Esp. Urol., 2: 1988
5. MARTINEZ, L.; COZAR, J.M.; CARCAMO, P. y cols.: "Hernia inguinoescrotal gigante". Arch. Esp. Urol., 43: 900, 1990.
- *6. LOZIAGA, A.; ARCEO, R.; ULLATE, R. y cols.: "Hernias vesicales. Aportación de cuatro casos". Arch. Esp. Urol., 46: 459, 1993.
7. CASANUEVA, T.; CERDEIRA, M.A.; URQUIJO, S. y cols.: "Hernia vesical gigante. A proposito de un caso". Actas Urol. Esp., 21: 434, 1997.
8. SERVER, G.; LOPEZ, P.; HITA, G. y cols.: "Hernias vesicales inguinales. A proposito de cuatro casos". Actas Urol. Esp., 18: 670, 1994.
9. REARDON, J.; LOWMAN, R.M.: "Massive herniation of the bladder. The roentgen findings". J. Urol., 97: 1019, 1967.
10. IZES, A.; LARSEN, C.R.; IZES, J.K. y cols.: "Computerized tomographic appearance of hernias of the bladder". J. Urol., 149: 1002, 1993