

## Uropatía obstructiva bilateral secundaria a hernia vesical masiva

Navarro Medina P, Alvarado Rodríguez A, Blanco Diez A, Jiménez García C, Artiles Hernández JL, Chesa Ponce N.

*Servicio de Urología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.*

Actas Urol Esp. 2008;32(3):348-350

### RESUMEN

#### UROPATÍA OBSTRUCTIVA BILATERAL SECUNDARIA A HERNIA VESICAL MASIVA

La hernia vesical no es una patología infrecuente, aparece entre el 0,3 y 3% según los autores. La aparición de hernia vesical masiva constituye una rareza. Presentamos un nuevo caso de fracaso renal secundario a hernia vesical inguinoescrotal con uropatía obstructiva bilateral, analizando la presentación clínica, el esquema diagnóstico y el tratamiento de estas hernias.

Palabras claves: Uropatía obstructiva bilateral. Hernia vesical masiva. Revisión.

### ABSTRACT

#### BILATERAL URETEROHYDRONEPHROSIS SECONDARY MASSIVE VESICAL HERNIA

Bladder hernia is not a rare pathological condition, with a frequency between 0,3 and 3%. Massive bladder hernia is less frequent and very rarely ureterohydronephrosis with this pathology. We will present a case of renal failure secondary to inguinoscrotal bladder hernia with bilateral obstructive uropathy and analyze the clinical presentation, the diagnosis and the treatment for those hernias.

Keywords: Acute bilateral urinary obstruction. Vesical massive bladder herniation. Overview.

Las hernias inguinales son un problema quirúrgico frecuente. Aunque diversos órganos pueden estar incluidos en el saco herniario, la vejiga urinaria está presente entre el 0,3 y 3% de todos los casos de hernias en el adulto, según diferentes autores, alcanzando hasta un 10% en los varones mayores de 50 años<sup>1-6</sup>.

La mayoría de las hernias vesicales son asintomáticas y se diagnostican en el curso de una herniorrafia.

La uropatía obstructiva bilateral acompañando a este tipo de hernias vesicales es muy infrecuente, habiéndose descrito ocho casos, en la literatura médica consultada hasta el momento<sup>2,4,6,8,9</sup>.

### CASO CLÍNICO

Varón de 68 años remitido desde Servicio de Cirugía General en Mayo del 2.006, tras descubrir en el preoperatorio para reparación quirúrgica de hernia inguinal bilateral, alteración en la función

renal. Antecedentes patológicos de hipertensión arterial con triple terapia, diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento dietético, enfermedad pulmonar obstructiva crónica sin tratamiento actual y fibrilación auricular, en tratamiento anticoagulante. No antecedentes nefrológicos de interés (última bioquímica Octubre del 2005, normal). No antecedente prostáticos conocidos. Refiere desde hace un año, frecuencia, urgencia miccional, dificultad para la micción e incontinencia urinaria, que fue tratado en su centro de salud, abandonando éste, por ausencia de mejoría. A la exploración destacaba anasarca, hernia inguinal bilateral y en tacto rectal próstata pequeña, aumentada de consistencia y fija. Analíticamente destacar creatinina de 4,8 mg/dl (aclaración de creatinina (ClCr)=19 ml/min) y PSA 0,11 mg/dl. El estudio Ecográfico abdominal evidenció: hidronefrosis grado IV bilateral, sin que se pudiera valorar la vejiga por posible falta de repleción. En la ecografía transrectal no se consiguió evi-

denciar próstata, cuello ni cavidad vesical. En la ecografía escrotal, bolsa izquierda sugestiva de asas de intestino y la derecha con contenido líquido, teste desplazado caudalmente, de características normales. En la punción escrotal derecha se evacuaron unos 30 ml de contenido líquido.

Tras nefrostomía percutánea bilateral mejoró anasarca y función renal hasta creatinina 1,74 mg/dl (ClCr= 53 ml/min). La Resonancia Magnética Nuclear (RMN) informó de gran hernia inguinal bilateral, observándose en el lado derecho la vejiga urinaria descendida, ocupando todo el saco herniario incluyendo el saco escrotal y visualizándose el testículo en el fondo. El lado izquierdo estaba ocupado por asas intestinales (Fig. 1). Se solicitó pielografía descendente (Fig. 2) que evidenció una ectasia renouretal bilateral hasta nivel terminal con ausencia de contraste en vejiga y lateralización de ambos uréteres hacia la derecha con terminación en punta de lápiz, sobre el teórico orificio externo inguinal derecho. La uretroscopia no progresó hasta uretra posterior y fue imposible el paso de alambre guía.

En julio de 2006 se realizó herniorrafia ambos sacos herniarios. Incisión oblicua de Bassini bilateral, en el lado derecho: reducción de la vejiga, cierre de pequeña perforación vesical, colocación de sonda vesical (piuria) y plastia inguinal según técnica de Shouldice. En el postoperatorio cursó con fiebre instaurándose tratamiento antibiótico específico, por urocultivo positivo para *E. faecalis*. Se retiraron nefrostomías, se procedió al alta hospitalaria. Y actualmente la función renal es normal (aclaramiento Creatinina de 80 ml/min), no fue necesario RTU prostática ni otro tipo de terapias específicas, para la uropatía obstructiva.



FIGURA 1



FIGURA 2

## DISCUSIÓN

En la literatura algunos autores clásicos señalan como sinónimo, cistocele escrotal. La incidencia de la hernia vesical en adultos varía entre un 0,3-3% de todos los casos de hernias inguinales, alcanzando hasta un 10% en varones mayores de 50 años<sup>1-6</sup>. La afectación del orificio herniano derecho son más frecuente<sup>14</sup>. Aunque la herniación masiva de este órgano ya es más infrecuente, y mucho más si secundariamente se produce uropatía obstructiva bilateral, puesto que en el deslizamiento de la vejiga, el trigono ha de ser arrastrado para que ocurra esta hidronefrosis bilateral<sup>2,4,6,8,9</sup>.

En la fisiopatología de las hernias vesicales inguino-escrotales se imbrican dos motivos fundamentales, por un lado la flacidez de la pared abdominal y por otro la debilidad de la pared vesical con algún grado de pericistitis. Asimismo, la presencia de uropatía obstructiva infravesical incrementa las presiones durante la micción, lo que favorece el deslizamiento a través de un anillo inguinal dilatado. Parece influir la obesidad, y pueden ser secundarias a traumatismos o complicaciones postquirúrgicas (prostatectomías, adenomectomías, uretroplastia transpúbica y tras herniorrafia inguinal). No parece que estas hernias puedan deberse a un mecanismo etiopatogénico congénito<sup>1,2,4-8</sup>.

Clínicamente debe sospecharse ante una hernia inguino-escrotal y obstrucción al flujo urinario, máxime en pacientes mayores de 50 años<sup>1-6</sup>. No obstante, la mayor parte de los casos, se trata de hallazgos casuales en urografías, uretrocistografías

o en el acto operatorio de una herniorrafia inguinal. Cuando aparecen síntomas; el más característico es la micción en dos tiempos, donde la porción abdominal se vacía espontáneamente y el resto mediante presión manual de la hernia o elevación del escroto (signo de Mery)<sup>2,4,6</sup>, también se puede manifestar como cólico nefrítico por herniación del uréter y hematuria<sup>9-13</sup>. Este tipo de hernias se pueden manifestar por sus complicaciones: incarceration, herniación, obstrucción y las propias de un residuo miccional permanente (infecciones, litiasis, neoplasias, etc.)<sup>9-13</sup>.

En cuanto al diagnóstico podría ser útil, la ecografía para una presunción diagnóstica<sup>5</sup>. La cistografía y cistouretrografía miccional seriada son muy útiles, así como otras pruebas de imagen (TAC y RMN)<sup>1,2,4,6</sup>. Se ha descrito que menos del 7% de las hernias vesicales se diagnostican, preoperatoriamente<sup>3</sup>. El diagnóstico diferencial deberá hacerse con divertículos vesicales, hidrocele abdominoescrotal, lipoma prevesical y paravesical, hernia de quiste mesentérico, duplicidad vesical, megavejiga en displasia de pared abdominal y quiste gigante de cordón<sup>1-4,9-12</sup>.

El objetivo del tratamiento inicial será conseguir, una normalización de la función renal, con la colocación de nefrostomía percutánea bilateral. Y posteriormente, la corrección definitiva de la hernia, preferentemente una herniorrafia inguinal extraperitoneal, que consistiría en una reducción de la hernia, para lo cual se han descrito múltiples técnicas (Bassini, Bassini-Kirschener, Shouldice, hernioplastia preperitoneal, Mc. Vay)<sup>1-6</sup>. La maniobra desobstructiva infravesical (RTU prostática) puede plantearse a posteriori, si se estima necesaria, en función de la evolución clínica. Si el uréter estaba incluido en el proceso herniario bastará con reponerlo en su situación anatómica. Se procederá a resección de la hernia y cistectomía parcial, en casos de necrosis por estrangulación, tumoración, divertículo o cuello herniario mayor de 0,5 cm. En el resto de los casos no se precisará apertura vesical, salvo para extraer cálculos vesicales<sup>8</sup>.

## REFERENCIAS

1. González Pérez V, Botella Almodovar R, Canto Faubel E, Gasso Matoses M, Llopis Guixot B, Polo Peris A et al. Hernia vesical inguinal masiva. Aportación de tres casos. *Actas Urol Esp.* 1998; 22(2):163-166.

2. Soler Soler JI, Hidalgo Dominguez Mr, Marin Salmeron Jm, Gomez Jimenez J, Lopez Candel E, Ocete Ocete R, Saharour G et al. Hernia véscicoinguinal masiva y fracaso renal agudo. Una asociación poco frecuente. *Arch Esp Urol* 2000; 53 (8): 686-691.
3. Oruc Mt, Akbulut Z, Ozozan O, Coskun F. Urological findings in inguinal hernias: A case report an review of the literature. *Hernia* 2004 Feb;8(1):76-79.
4. Herranz Fernandez LmM Jimenez Galvez M, Arellano Ganan R, Pereira Sanz I. Uropatía obstructiva bilateral secundaria a hernia vesical inguinoescrotal. *Actas Urol Esp* 2002; 26 (4): 306-309.
5. Serrano Pascual A, Merino Hernaez C, Ochoa Mejias R, Escollano Chamois A, Golbano Ablanque J, Otero Tejero I, 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.
6. Herrero Riquelme S, Molinero Casares MmM 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.
7. Casamayor Franco Mc, Sanz Velez Ji, Bono Arino A, Ligorred Padilla La, Baque Sanz F, Esclarin Duny Ma, et al. Fracaso renal agudo secundario a hernia vesical inguinoescrotal. *Actas Urol Esp* 1999; 23 (2): 171-175.
8. Catalano O: US evaluation of inguinoscrotal bladder hernias: report of three cases. *Clinical Imaging* 1997; 21(2): 126-128.
9. Pasquale MD, Shabahang M, Evans SR.: Obstructive uropathy secondary to massive inguinoscrotal bladder herniation. *J Urol* 1993; 150(6): 1906-1908.
10. 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(4): 1438-1439.
11. Ojea Calvo A, Rodriguez Alonso A, Perez Garcia D, Dominguez Freire F, Alonso Rodrigo A, Rodriguez Iglesias B, et al.: Hernia vesical masiva de vejiga en escroto. Aportación de un caso. *Actas Urol Esp* 1999; 23 (1): 79-82.
12. Prisco R, Apolinario J, Fraga A, Araujo D, Pimenta A: Hernia vesico-escrotal. A proposito de un caso clínico. *Actas Urol Esp* 1997; 21 (5): 514- 518.
13. 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.
14. Benchekroun A, Lachkar A, Soumana A, Farih Mh, Belahnech Z, Marzouk M, Faik M. Inguinal hernia of the bladder. Report of 6 cases. *Ann Urol (Paris)*. 1999;33(2):67-70.
15. Wagner AA, Arcand P, Bamberger MG. Acute renal failure resulting from huge inguinal bladder hernia. *Urology*. 2004 Jul;64(1):156-157.
16. Fumadó Ciutat L, Rodríguez Tolrà J, Pastor López S, Riera Canals L, Franco Miranda E. Hernia vesical masiva. *Arch Esp Urol*. 2005 Dec; 58(10): 1078-1080.
17. Cruz Guerra NA, Albarrán Fernández M, Porto Sierra M, Tarroc Blanco A.. Hernia vesical gigante con uropatía obstructiva bilateral incipiente asociada. *Arch Esp Urol*. 2005 Sep; 58(7): 669-671.

---

Correspondencia autor: Dr. P. Navarro Medina  
 Servicio de Urología. Hospital Insular de Gran Canaria  
 Plza. del Doctor Pasteur, s/n - 35016 Las Palmas de Gran Canaria  
 Tel.: 928 441 758  
 E-mail autor: patricionm@terra.es  
 Información artículo: Nota Clínica  
 Trabajo recibido: septiembre 2006  
 Trabajo aceptado: mayo 2007