

## **HERNIA VESICAL INGUINOESCROTAL GIGANTE CON UROPATIA OBSTRUCTIVA BILATERAL INCIPIENTE ASOCIADA.**

Nicolás Alberto Cruz Guerra, Manuel Albarrán Fernández<sup>1</sup>, Máximo Porto Sierra y Antonio Tarroc Blanco.

Servicio de Urología, y de Cirugía General<sup>1</sup>. Complejo Hospitalario de Zamora. Zamora. España.

**Resumen.-** OBJETIVO: Presentación de un caso de hernia vesical ínguinoescrotal con uropatía obstructiva bilateral incipiente asociada.

MÉTODO: Describimos el caso de un paciente varón de 54 años que refiere micción en dos tiempos, con necesidad de compresión escrotal para completar la misma. La exploración física evidenció una gran hernia ínguinoescrotal izquierda, con residuo postmiccional ecográfico significativo pre-compresión de la misma. Se objetivó creatinina sérica= 1,7 mg/dL. El diagnóstico de hernia vesical con discreta hidronefrosis se confirmó con cistouretrografía miccional y urografía intravenosa. Se indicó reducción herniaria más hernioplastia ínguinal asociada.

RESULTADOS: Morfofuncionalmente satisfactorios. Normalización clínica y analítica.

CONCLUSIONES: Destacamos la infrecuencia de la uropatía obstructiva supravesical bilateral secundaria a hernia vesical. Coincidimos con otros autores en la validez de la cirugía conservadora reconstructiva para casos como el descrito.

**Palabras clave:** Hernia vesical. Hidronefrosis. Cirugía.

**Summary-** OBJECTIVES: To report one case of giant inguinal scrotal bladder hernia associated with incipient bilateral obstructive uropathy.

METHODS: We report the case of a 54-year-old male patient presenting with two-time interrupted voiding, with the need of scrotal compression to complete voiding. Physical examination showed a great left inguinal scrotal hernia with significant post void residual before compression. Serum creatinine was 1.7 mg/dl. Voiding cystourethrogram and intravenous urography confirmed the diagnosis of bladder hernia with mild hydronephrosis. Inguinal hernioplasty with bladder hernia reduction was indicated.

RESULTS: Morphologically and functionally satisfactory. Clinical and analytical normalization.

CONCLUSIONS: We emphasize the rarity of bilateral supravesical obstructive uropathy secondary to bladder hernia. We concur with other authors in the validity of conservative reconstructive surgery in cases such as the one reported.

**Keywords:** Bladder hernia. Hydronephrosis. Surgery.

## **INTRODUCCIÓN**

La hernia vesical ínguinoescrotal, también denominada cistocele escrotal, constituye una patología infrecuente cuya incidencia se hace aún más discreta para aquellos casos asociados a uropatía obstructiva con afectación de la función renal (con tan sólo una decena aproximadamente de notas clínicas publicadas en la última década). Presentamos un ejemplo de esta entidad, en un estadio incipiente de repercusión nefrológica.

## **CASO CLÍNICO**

Paciente varón de 54 años, obeso, con antecedentes personales de diabetes mellitus controlada con glipizida más metformina, así como hábito tabáquico importante, que acude al servicio de urgencias por presentar difícil-

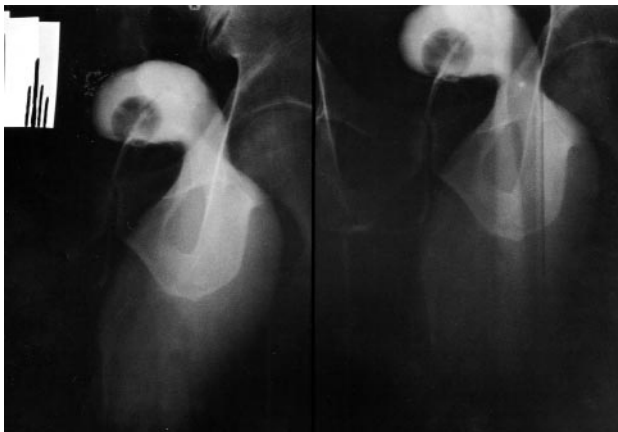


FIGURA 1. Imagen de cistourethrografía que evidencia gran hernia inguinoescrotal izquierda.

tad para completar la micción, de varios meses de evolución, aunque más acentuada en los últimos 20 días; refiriendo ser necesarias para ello maniobras de compresión escrotal. Puntuación del Índice Internacional de Sintomatología Prostática (IPSS)= 17.

En la exploración física se objetivó una gran hernia inguinoescrotal izquierda, no complicada. El tacto rectal no evidenció hallazgos significativos. Los resultados de las determinaciones analíticas se situaron dentro de los rangos normales, excepto cifras de creatinina sérica de 1,7 mg/ dL. La presencia de residuo postmiccional significativo, ausente ecográficamente tras presión sobre el contenido hemiescrotal hizo indicar la cateterización vesical. Se realizó cistourethrografía miccional seriada, que demostró la existencia de una gran hernia vesical inguinoescrotal (Figura 1). La urografía intravenosa permitió evidenciar desplazamiento de ambos uréteres distales hacia el cuello herniario, así como cierta ectasia proximal de los mismos (Figura 2).

Ante los hallazgos citados se programó al paciente de forma conjunta con el Servicio de Cirugía General, practicándose reducción de la hernia vesical más hernioplastia inguinal según técnica de Rutkow-Robbins, con implante de malla de prolene. El postoperatorio cursó sin incidencias, salvo seroma de herida incisional, resuelto con drenaje del mismo y curas locales.



FIGURA 2. Urografía intravenosa: desplazamiento ureteral distal bilateral hacia el cuello herniario, con discreta ectasia retrógrada asociada.



FIGURA 3. Normalización de la imagen urográfica normalizada tras reducción herniaria más herniorrafia inguinal.

En revisión posterior se comprobó normalización clínico-analítica, así como de la imagen urográfica, tanto desde un punto de vista morfológico como funcional (Figura 3).

## DISCUSIÓN

La hernia vesical ínguinoescrotal puede presentarse hasta en un 10 % de varones mayores de 50 años (1), si bien es mucho menos frecuente que el componente cístico intrasacular supere el 50 % del total de dicho órgano, tal y como ocurrió en nuestro caso. El predominio derecho (60 %) (2) no se verificó en este paciente, aunque sí se correspondió con los tipos anatómicos más frecuentemente descritos (inguinal - 75 % de casos -, y paraperitoneal - 60 % -) (3).

Los factores fisiopatogénicos más determinantes en esta entidad son la uropatía obstructiva infravesical y la debilidad parietal abdominal a nivel del canal inguinal. El sobrepeso e incrementos en la presión intraabdominal en sujetos potencialmente tusígenos ejercen un efecto adyuvante (4).

La mayor parte de hernias vesicales incipientes se comportan de forma asintomática. Cuando progresan en dimensiones, la micción en dos tiempos (ayudada en la segunda fase mediante la presión manual escrotal) es la manifestación referida con más frecuencia - signo de Mery - (3). La insuficiencia renal asociada a esta entidad también ha sido descrita en la literatura (1)(3), aunque con mucha menor incidencia, presentándose en aquellos casos de herniación trigonal asociada y consecuente tiraje y angulación ureteral que condicionan una uropatía obstructiva. Nuestro caso clínico ofrece la particularidad de haberse detectado en una fase incipiente de alteración de la función renal. Otros hallazgos publicados en relación con las hernias vesicales han sido reflujo vésicoureteral (5), litiasis (6), e incluso neoplasias uroteliales (7).

Dentro de los métodos diagnósticos de imagen, la cisturografía miccional ha sido considerada la prueba de elección inicial (3), aunque algunos autores han reivindicado la rentabilidad complementaria de la ecografía (8). La planificación de un tratamiento intervencionista se beneficia de la realización previa de otras técnicas como la urografía intravenosa, en la que se ha descrito la triada clásica de Reardon-Lowman (desplazamiento lateral ureteral distal más vejiga asimétrica y pequeña, así como base vesical incompletamente visualizada) (9). La tomografía axial computerizada puede asimismo aportar información útil de cara a perfilar la morfología vésicou-

reteral de cada caso. La cistoscopia flexible cobra valor en la evaluación de posibles contenidos herniarios ya mencionados (2).

Existe un amplio consenso (1-3) en cuanto a la indicación quirúrgica en el tratamiento de las hernias vesicales, implicando la reducción del contenido sacular y posterior corrección del defecto parietal a nivel del conducto inguinal. Coincidimos con otros autores (2) en la validez, siempre que sea factible, de una actitud conservadora con respecto a la porción vesical herniada (salvo en aquellos casos en los que está presente patología "in situ" asociada), puesto que - como es nuestro caso - los resultados funcionales son satisfactorios.

## BIBLIOGRAFIA y LECTURAS RECOMENDADAS (\*lectura de interés y \*\*lectura fundamental)

- \*1. CASAMAYOR FRANCO, M.C.; SANZ VELEZ, J.I.; BONO ARIÑO, A. y cols.: "Fracaso renal agudo secundario a hernia vesical ínguino-escrotal". *Actas Urol. Esp.*, 23: 171, 1999.
- \*\*2. CONDE SANCHEZ, J.M.; ESPINOSA OLMEDO, J.; SALAZAR MURILLO, R. y cols.: "Hernia vesical ínguinoescrotal gigante. Caso clínico y revisión de la literatura". *Actas Urol. Esp.*, 25: 315, 2001.
- \*\*3. HERRANZ FERNANDEZ, L.M.; JIMENEZ GALVEZ, M.; ARELLANO GAÑAN, R. y cols.: "Uropatía obstructiva bilateral secundaria a hernia vesical ínguinoescrotal". *Actas Urol. Esp.*, 26: 306, 2002.
4. ANDREU, A.; NAVIO, J.; SCHIEFENBUSCH, E. y cols.: "Hernias vesicales inguinales. Aportación de dos casos". *Actas Urol. Esp.*, 23: 625, 1999.
5. NOBLE, J.G.; CHRISTMAS, T.J.; CHAPPLE, C.R. y cols.: "Inguinal bladder hernia associated with vesico-ureteric reflux". *Postgrad. Med. J.*, 68: 299, 1992.
6. SERRANO PASCUAL, A.; MERINO HERNAEZ C.; OCHOA MEJIAS, R. y cols.: "Una asociación poco frecuente: hernia vesical ínguino-escrotal masiva, litiasis escrotal múltiple y uropatía obstructiva bilateral". *Actas Urol. Esp.*, 21: 631, 1997.
7. PARDO GARCIA, J.L.; PEREZ CALVO, J.; DOMINGO GARCIA, P. y cols.: "Cáncer de vejiga oculto en hernia inguinal encarcerada. Aportación de un caso y revisión de la literatura". *Arch. Esp. Urol.*, 50: 1007, 1997.
8. HERRERO RIQUELME, S.; MOLINERO CASARES, M.M.; GARCIA SERRANO, J.: "Diagnóstico ecográfico de herniación masiva de la vejiga a nivel ínguino-escrotal: a propósito de un caso". *Actas Urol. Esp.*, 24: 825, 2000.
- \*9. REARDOR, J.V.; LOWMAN, R.M.: "Massive herniation of the bladder: the roentgen findings". *J. Urol.*, 97: 1019, 1967.