

Asociación Médica Argentina

Revista Argentina de Urología y Nefrología

Editada por la Sociedad Argentina de Urología

Santa Fe 1171 - Buenos Aires - Tel. 41-1633

VOLUMEN 40

MAYO-AGOSTO 1971

NUMEROS 5 AL 8

SESIONES CIENTIFICAS DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA

Hospital Argerich
Servicio de Urología

Rev. Arg. Urol. Nefrol. Tomo 40, 1971
Sociedad Arg. Urología, 27-5-71

HERNIA INTRAESCROTAL DE VEJIGA Y URETER

Por el Dr. JORGE GOLDSCHMIDT

Las hernias vesicales son conocidas desde muy antiguo. Guy de Chauliac las ha descrito en 1.363; Verdier en 1.753, escribió un célebre trabajo sobre veinte casos. Más recientemente, en 1.921, Pousson se ocupa del tema en forma muy completa; y Surraco, en 1.960, estudia las hernias vesicales en la infancia.

Fuera de estos trabajos se han publicado esporádicamente observaciones aisladas, lo que indica la relativa rareza de esta afección. Más rara aún es la presencia asociada de un tramo del uréter.

Las variedades más frecuentes son las inguinales y las crurales, cuatro veces más las primeras que las segundas. Las otras formas son excepcionales, se trata de variedades obturatrices o isquiáticas, perineales y de la línea blanca. La hernia es generalmente única, la bilateralidad es rara.

La frecuencia está por debajo del 1 % de todas las hernias. La hernia inguinal es más frecuente en el hombre, la crural en la mujer. La hernia perineal es prácticamente siempre femenina, lo mismo que las de la línea blanca.

Para explicar la patogenia se pueden invocar varios factores, que la mayoría de las veces están asociados. Son ellos, mala pared abdominal, vejiga anormal, que puede ser congénita (divertículo congénito, sostenido por algunos autores pero negado por Surraco), o adquirida (distensión o desplazamiento por compresión). Otros factores son una hernia preexistente o un lipoma prevesical que facilita el deslizamiento. Según la posición de la vejiga con

respecto al peritoneo, las hernias vesicales pueden ser clasificadas en paraperitoneales, extraperitoneales o intraperitoneales.

Las hernias paraperitoneales son las formas más frecuentemente encontradas, la hernia está situada a lo largo de la cara interna del saco de la hernia inguinal; su mecanismo de producción está discutido. No deben confundirse los verdaderos cistocelos paraperitoneales con los falsos cistocelos debidos esencialmente a una exagerada atracción durante la exteriorización del saco herniario.

Las hernias extraperitoneales son consideradas como las formas más raras. Se producen en general en los distendidos agudos, estas hernias pueden ser primitivas, existiendo bajo la forma de hernias directas, o ser secundarias, coexistiendo con un saco herniario. Las relaciones entre la vejiga y el saco son variables, pueden estar adheridos al punto de ser difícil su diferenciación o pueden ser independientes.

En el caso que nos ocupa la hernia independiente descendía completamente en el escroto.

Paciente: C. U., 70 años. Es internado por una retención urinaria aguda.

El examen físico revela la presencia de una voluminosa hernia inguinoescrotal derecha, que al ser presionada, aumenta el dolor producido por la retención urinaria. No existe globo vesical suprapúbico. Con el diagnóstico presuntivo de hernia vesical intraescrotal se cateteriza la vejiga con una sonda semirígida número 18, evacuándose gran cantidad de orina y reduciéndose notablemente la hernia.

El examen prostático revela un aumento de tamaño de la glándula cuya consistencia es dura, haciendo presumir la existencia de un carcinoma de la próstata. El enfermo es estudiado radiológicamente mediante la perfusión de 2 cm³ de hypaque al 50 % por kilo de peso, diluido en igual cantidad de dextrosa al 5 %, obteniéndose un urograma que demuestra función normal del riñón derecho, con una desviación y elongación considerable del uréter, que se introduce en el escroto describiendo una curva en forma de "S". Retardo considerable en la eliminación por parte del riñón izquierdo, apareciendo recién a los 120 minutos una imagen redondeada, característica de la hidronefrosis.

La vejiga aparece totalmente ubicada dentro del escroto, del lado derecho.

Es intervenido quirúrgicamente reintegrándose la vejiga a su posición normal y efectuándose la plástica de la pared. Se deja sonda permanente, que se retira al cabo de un mes, comprobándose que el paciente continúa en retención urinaria.

Se efectúa entonces una electroresección transuretral de la próstata. El examen anatomopatológico efectuado a los trozos resecaados demuestra que se trata de un carcinoma.

El paciente es sometido al tratamiento con estrógenos y se le efectúa una orquidectomía subalbugínea. Una nueva tentativa de observar si puede orinar espontáneamente fracasa, procediéndose entonces a resecaar nuevamente tejido neoplásico de próstata por vía endoscópica. Dos semanas luego de esta intervención se retira la sonda y el enfermo orina normalmente. Continúa su tratamiento con estrógenos desde ese momento, que data de hace más de dos años, hasta la fecha sin experimentar mayores inconvenientes.

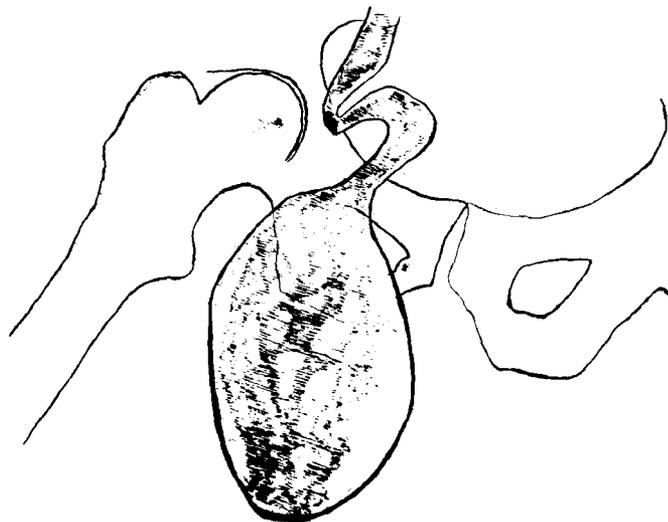
La micción es normal y un control urográfico actual demuestra la posición normal de la vejiga, con una gran recuperación de la función renal.

CONSIDERACIONES

Este tipo de hernia es extremadamente raro. Wakely, encontró 75 en 5.000 casos de hernia; Koontz, encuentra que el 1 al 3 % de las hernias inguinales contiene pequeñas porciones de la vejiga, en estos casos la mayor parte de los hallazgos fueron hechos durante la intervención.

Comunicaciones sobre hernias vesicales totales son sumamente infrecuentes. Levin, en 1.951, encontró 32 en la literatura mundial. En estos casos, toda la vejiga excepto el trigono, se encontraba en la hernia. Otros autores han comunicado el hallazgo de tumor maligno o cálculo en la vejiga herniada, así como estrangulación herniaria en un caso mencionado por Watson.

La conducta quirúrgica está indicada. La protrusión vesical debe ser cuidadosamente disecada y restituida a su posición normal, efectuándose luego la reparación de la pared. La infección urinaria debe ser erradicada y toda obstrucción uretral debe ser corregida.



DISCUSION

Dr. Soldano: En nuestra experiencia urológica, hemos visto un caso de hernia vesical intraescrotal, que queremos presentar para hacer un aporte al tema. (Exhibe varias diapositivas.)

Dr. Giúdice: Tuve oportunidad de observar cuatro enfermos con esa patología, el último de los cuales fue atendido en la guardia porque presentaba retención urinaria en la zona intraescrotal.

Dr. Bernardi: Quisiera hacer una pregunta respecto al aporte del doctor Soldano que impresionaría más como un uréter en un divertículo. ¿El uréter estaba metido en la vejiga, o en ese supuesto divertículo? En la radiografía que se exhibió la vejiga estaba desplazada.

Tengo mis dudas acerca de la presentación que acaba de hacerse.

Dr. Soldano: Nosotros tuvimos prima facie la misma impresión, pero en el acto quirúrgico se vio que la pared vesical estaba completa. Hay una diferencia anatómica entre la pared del divertículo y la de la vejiga normal. En este caso, repito, la pared estaba completa. Hay la apariencia de un cuello, que fue lo que nos impresionó como divertículo, pero la macroscopía del órgano, cuando lo tuvimos en la mano, nos demostró lo contrario.

Dr. Pagliere: El título anunciado de la comunicación era el de "hernia vesical intraescrotal". Celebro que se lo haya modificado haciendo referencia a la hernia de uréter, que da la más importante característica del caso presentado.

Dr. Goldschmidt: Agradezco los aportes efectuados. Con respecto al cambio del título del trabajo, deseo dejar constancia de que lo hicimos precisamente a raíz de una muy amable y acertada crítica del Dr. Pugliere, a quien expreso mi reconocimiento.