

HERNIAS VESICALES INGUINOSCROTALES PRESENTACION DE UN CASO Y REVISION DEL TEMA

Dr. Bechara, Amado J. - Dr. Rovegno, Agustín R. - Dr. D'Ossvaldo, Claudio - Dr. Mocellini Iturralde, Juan A.
Dr. Fernández, Héctor*

Resumen

El propósito del presente trabajo es efectuar un aporte mínimo a esta patología de diagnóstico infrecuente.

Pensamos que su escasa frecuencia estaría dada, por un lado, por la omisión del hallazgo intraoperatorio del deslizamiento vesical en el trayecto herniario, y por otro lado, por la falta de estudios complementarios urológicos en los pacientes portadores de grandes hernias inguinoscrotales.

Algunos autores proponen completar estudios urográficos por perfusión en pacientes con grandes hernias por la posibilidad de participación vesical.⁽⁷⁾

Creemos que la uretrocistografía retrógrada con cistograma de repleción y posmiccional, además de orientar la posible coexistencia de una patología obstructiva baja, permitirá descartar o confirmar la presencia de una hernia vesical en pacientes con grandes hernias inguinoscrotales.

En nuestro caso, además de la debilidad de la pared abdominal preexistente, la presencia de un meato hipospádico obstructivo con compromiso funcional confirmado por flujometría, pensamos que fue el determinante para la aparición de la hernia vesical, poniendo de manifiesto la estrecha relación debilidad abdominal v obstrucción infravesical en la génesis de esta patología.

Introducción

La hernia vesical inguinoscrotal constituye una variedad de cistocele en la cual el reservorio urinario se insinúa a través de un orificio parietal o apertura herniaria.^(2, 6) Debe diferenciarse de la hernia vesical a través de la vagina o cistocele vaginal, que constituye la variedad más frecuente y en la cual la hernia vesical no es más que un elemento acompañante del prolapso genital.

Las primeras publicaciones acerca de la hernia vesical propiamente dicha fueron hechas por Guy de Chauliac en 1363.^(2, 6) Los informes posteriores en general se limitan a casos aislados, lo cual habla de la rareza de esta afección o al menos de la dificultad en el diagnóstico.

Según diversos autores su frecuencia estaría entre el 1 y 3 % de todas las hernias inguinales, y en el 10 % de los pacientes mayores de 50 años con hernias inguinales.^(1, 2, 3, 5, 6, 8)

Thompson Jr. y col. informaron que hasta 1986 había 75 casos publicados de hernia vesical inguinoscrotal masiva.⁽⁴⁾

Es rara la bilateralidad y los lugares de asiento más común lo constituyen las regiones inguinales y crurales, con predominio de las primeras en relación de 4 a 1.⁽⁶⁾

Las hernias inguinales son más frecuentes en el hombre; el resto de las localizaciones (crural, perineal, de la línea blanca, etc.) son casi exclusivas de la mujer.

Patogenia

Los factores predisponentes para la formación de estas hernias son:

- pared abdominal deficiente: constituida por un tejido adelgazado sin resistencia;
- morfología vesical anormal: congénita o adquirida.

Una condición vesical adquirida capaz de predisponer a estas hernias es la distensión vesical del síndrome parcial de obstrucción infravesical o el desplazamiento vesical a causa de tumores pelvianos.

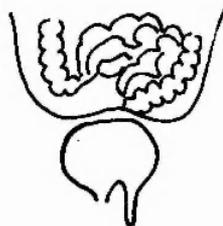
Otros factores como la edad, lipomas prevesicales y grandes hernias contribuyen a su desarrollo.^(2, 6)

Clasificación

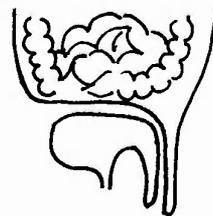
De acuerdo con su relación, con la serosa peritoneal se clasifican en:^(1, 2, 3, 6)

- extraperitoneales;
- paraperitoneales;
- intraperitoneales.

El tipo más común es la variedad paraperitoneal,^(2, 3, 6) y el caso que presentaremos corresponde precisamente a ella.



extraperitoneal



paraperitoneal



intraperitoneal

Diagnóstico

La mayoría de estas hernias son asintomáticas. El diagnóstico está dado por la sospecha ante la presencia de una hernia, sumada a síntomas urinarios inespecíficos que, en general y cuando la edad de los pacientes es superior a 50 años, se interpretan como de obstrucción infravesical. Esta circunstancia pondrá en marcha los estudios urológicos correspondientes de acuerdo con el caso.

* Centro de Urología y Nefrología, Av. Santa Fe 1379, 1^{er} piso, C.P. 1059.

Si bien hernia más obstrucción infravesical pueden coexistir, no olvidamos que son los principales factores favorecedores de las hernias vesicales.

Los pacientes pueden presentar polaquiuria, nicturia, infección urinaria, hematuria. La micción en dos tiempos, favorecido el segundo por la compresión de la hernia, es uno de los síntomas más característicos.^(1, 2, 3, 4, 5)

Ray y col. establecen de 0 a 7 % de diagnóstico preoperatorio, 80 a 100 % intraoperatorio y 0 a 16 % de diagnóstico posoperatorio. Este último resulta de la injuria vesical en el curso de una herniorrafia, que al pasar inadvertida se manifiesta en el posoperatorio como pérdida urinaria o sepsis.

El urograma por excreción no muestra comúnmente las hernias vesicales, pero existen 3 signos indirectos que la hacen sospechar:^(1, 2, 3, 4, 5)

- 1) Desplazamiento lateral del tercio distal de ambos uréteres.
- 2) Vejiga pequeña y asimétrica.
- 3) Visualización incompleta de la vejiga.

La cistografía retrógrada y la radiografía posmiccional constituyen los elementos radiológicos más representativos como observaremos en nuestro caso.

De la Fuente y col. mencionan la ecografía vesical y la tomografía axial computada como métodos complementarios para definir la hernia vesical y para establecer su relación con el peritoneo.

Tratamiento

La cirugía es el tratamiento de elección para la hernia de vejiga. La localización, tamaño, extensión, ancho del cuello y capacidad vesical funcional, condicionan la reducción o la excisión de la

porción vesical comprometida, además de la reparación de la hernia inguinal.^(3, 5)

Una indicación de resección vesical es la existencia de tumor vesical, hernia con cuello pequeño menor de 0,5 cm, divertículo de la porción herniada y hernia masiva intraescrotal.

Algunos autores proponen la simple reducción de la hernia con corrección del piso inguinal, tal como fue realizado en nuestro caso. De esta forma se evita la cistotomía, la contaminación de tejidos adyacentes, el riesgo de lesión ureteral, además de preservarse el volumen vesical.^(2, 4, 5) Será factible siempre que no coexista un tumor o necrosis de la porción herniada.

El tratamiento se completa con la corrección de los factores obstructivos infravesicales si éstos estuvieran presentes.^(3, 4)

Presentación del caso

Paciente del sexo masculino de 60 años de edad que presentaba hernia inguinal izquierda y fue enviado a la consulta urológica en abril de 1987 para control prostático. Como antecedente de importancia refería hipospadia peniano sin manifestar sintomatología compatible con patología obstructiva baja.

Al examen físico se constató hernia inguinal izquierda de anillo amplio, reducible (foto 1) meato hipospádico estrecho y al tacto rectal próstata levemente aumentada de tamaño, indolora, de características adenomatosas.

Los exámenes de sangre fueron normales y el urocultivo sin evidencia de infección. La ecografía renal fue normal. Una flujo-metría reveló flujo máximo de 10 ml/seg, flujo medio de 8 ml/seg para un volumen emitido de 500 ml, tiempo máximo de 60 seg, con una curva en meseta tipo estrechez de uretra.

Se efectuó una uretrocistografía retrógrada que puso en evidencia la presencia de una hernia vesical (fotos 2 y 3).

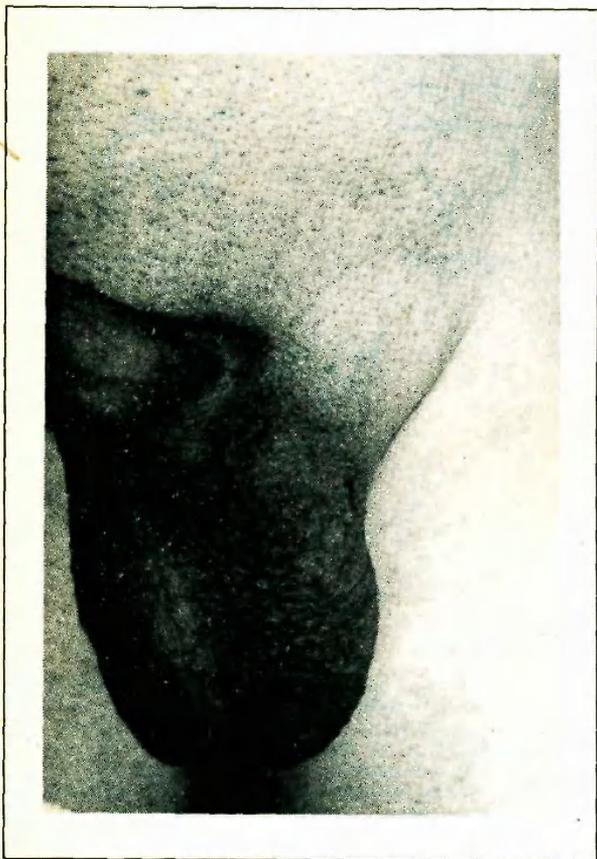


Foto 1

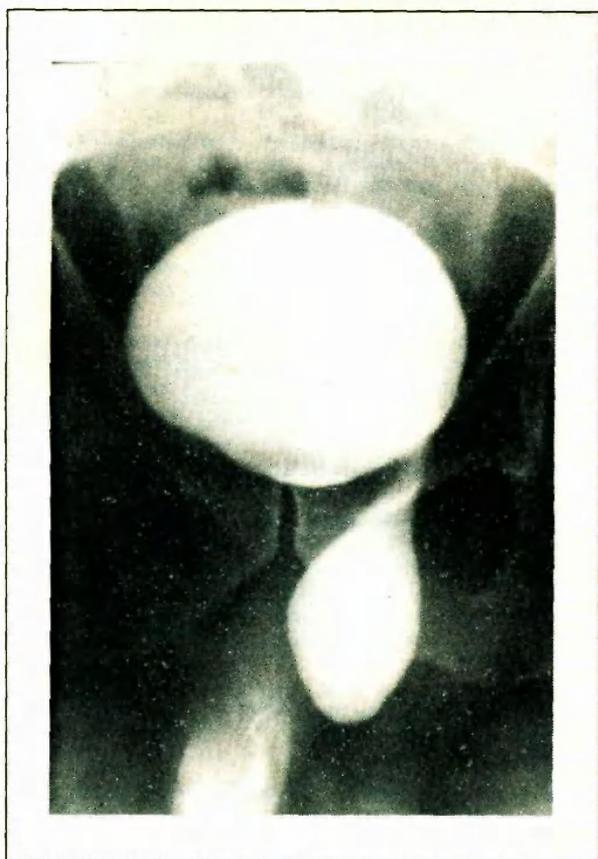


Foto 2



Foto 3



Foto 5

En la placa posmicción se observa el vaciamiento de la porción vesical no herniada y la conservación del medio de contraste en el saco vesical herniario (foto 4).

El día 1º de junio de 1987 se lo intervino quirúrgicamente, constatándose hernia vesical inguinoescrotal paraperitoneal.

Se procedió a efectuar la reducción de la hernia vesical con puntos invaginantes en jareta y se completó con herniorrafia de la pared inguinal y meatotomía del meato hipospádico estrecho. La evolución fue favorable.

La flujometría al mes registró un flujo máximo de 35 ml/seg y un flujo medio de 17 ml/seg con una curva normal. La uretrocistografía de control mostró la ausencia de hernia vesical con un cistograma de características normales (foto 6).



Foto 4.



Foto 6

Bibliografía

1. Reardon, J. V., y Lowman, R. M.: "Massive herniation of the bladder: «The Roetgen findings»". J. Urol., vol. 97, junio 1967, 1019-1021.
2. Serrano de la Fuente, A.; Mijan Ortiz, J. L.; Maldonado Espejo, E.; Ceverino Puebla, M.; Zuluaga Gómez, A.: "Hernias vesicoescrotales". Archivos Españoles de Urología, 41, 2 (115-120), 1988.
3. Ray, B.; Darwish, M. E.; Baker, R. J.; Clark, S. S.: "Massive inguinoescrotal bladder herniation". J. Urol., vol. 118, agosto 1977, 330-31.
4. Thompson Jr., J. E.; Taylor, J. B.; Nazarian, N.; Bennion, R. S.: "Massive inguinal scrotal bladder hernias: A review of the literature with 2 new cases". J. Urol., vol. 136, dic. 1986, 1299-300.
5. Readman, J. F.; Williams, E. W.; Meacham, K. R.; Scriber, L. J.: "The treatment of massive scrotal herniation of the bladder". J. Urol., vol. 110, julio 1973, 61-3.
6. Auvigne, J.: "Hernies de la vessie". Encyclopédie Médico-Chirurgicale, 1965, 18217 A. 10 pág. 1-10.
7. Barquin, P.; Madsen, P. O.: "Scrotal herniation of the lower urinary tract". J. Urol., vol. 98, 1967, 508.
8. Harry Z. Mellins: "Radiología del tracto urinario". Urología Campbell 5ª Ed. (1988). Tomo 1, pág. 375.