

Uropatía obstructiva bilateral secundario a hernia vesical masiva

Navarro Medina, P.; Alvarado Rodríguez, A.; Blanco Díez, A.; Jiménez García, C.; Artilles Hernández, J. L.; Chesa Ponce, N.
Servicio de Urología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.

Resumen

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. En la literatura revisada han sido descritos ocho casos con uropatía obstructiva bilateral. 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 clave

Uropatía obstructiva bilateral, hernia vesical masiva, revisión.

Introducción

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 años¹⁻⁶.

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^{2,4,6,8,9}.

Caso clínico

Varón de 68 años remitido desde Servicio de Cirugía General en mayo del 2006, tras descubrir

en el preoperatorio para reparación quirúrgica de hernia inguinal bilateral, alteración en la función renal. Antecedentes personales de hipertensión arterial con triple terapia, diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento dietético, enfermedad pulmonar obstructiva crónica sin tratamiento actual y fibrilación auricular anticoagulada. No antecedentes nefrológicos de interés (última bioquímica octubre del 2005, normal), quirúrgicos ni 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 0.11mg/dl. El estudio

ecográfico abdominal evidenció: hidronefrosis grado IV bilateral, sin que se pudiera valorar la vejiga por posible falta de replección. La ecografía transrectal no se consiguió evidenciar 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 evacuó 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. En el lado izquierdo estaba ocupado por asas intestinales (figura 1). Se solicitó pielografía descendente (figura 2) que evidenció una ectasia renoureteral 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 según técnica de Shouldice. En el postoperatorio cursó con fiebre instaurándose

Correspondencia

Patricio Navarro Medina
Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Av. Marítima s/n CP: 35016.
Las Palmas de Gran Canaria
Teléfono: +34 928441451; +34 646889951
E-mail: patricionm@terra.es

tratamiento antibiótico específico, por urocultivo positivo para *E. Faecalis*. Se retiraron nefrostomías, se procedió al alta hospitalaria y actualmente porta sonda vesical hasta resolución perforación vesical.

Discusión

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 años¹⁻⁶. 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 triángulo ha de ser arrastrado para que ocurra esta hidronefrosis bilateral^{2,4,6,8,9}.

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. Así mismo, la presencia de uropatía obstructiva infravesical incrementa de presiones durante la micción, que favorece el deslizamiento a través de un anillo inguinal dilatado. Parece influir la obesidad,

pueden ser secundarias a traumatismos o complicaciones postquirúrgicas (prostatectomías, adenomectomías, uretroplastia transpúbica y tras herniorrafia inguinal). Son muy raras las hernias vesicales congénitas^{1,2,4-8}.

Clínicamente debe sospecharse ante una hernia inguinoescrotal y obstrucción al flujo urinario, máxime en pacientes mayores de 50 años¹⁻⁶. 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)^{2,4,6}, también se puede manifestar como cólico nefrítico por herniación del uréter y hematuria⁹⁻¹³. Este tipo de hernias se pueden manifestar por sus complicaciones: encarceración, herniación, obstrucción y las propias de un residuo miccional permanente (infecciones, litiasis, neoplasias, etc.)⁹⁻¹³.

En cuanto al diagnóstico podría ser útil, la ecografía para una presunción diagnóstica⁵. La cistografía y cistouretrografía miccional seriada

son muy útiles, así como otras pruebas de imagen (Scanner y RMN)^{1,2,4,6}. Se ha descrito que menos del 7% de las hernias vesicales se diagnostican, preoperatoriamente³. En el diagnóstico diferencial deberá hacerse con divertículos vesicales, hernia diverticular, hidrocele abdominoescrotal, lipoma prevesical y paravesical, hernia de quiste mesentérico, duplicidad vesical, megavejiga en displasia de pared abdominal y quiste gigante de cordón^{1-4,9-12}.

El tratamiento será preferentemente una herniorrafia inguinal extraperitoneal asociada a la corrección del proceso obstructivo. Consistiría en una reducción de la hernia, para lo cual se han descrito múltiples técnicas (Bassini, Bassini-Kirschener, Shouldice, hernioplastia preperitoneal, Mc. Vay)¹⁻⁶. 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 vesicales⁸.

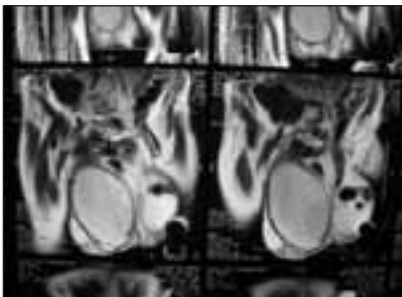


Figura 1

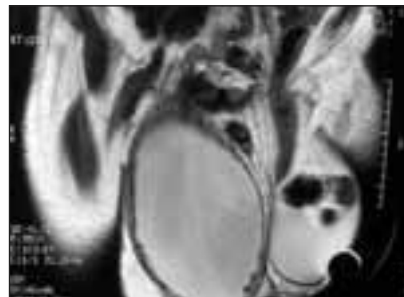


Figura 2

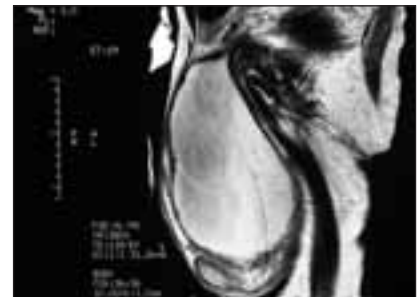


Figura 3

BIBLIOGRAFÍA

1. Gonzálo Pérez V, Botella Almodóvar 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 JL, Hidalgo Domínguez MR, Marin Salmeron JM, Gómez Jiménez J, López Candel E, Ocete Ocete R, Saharour G et al. *Hernia véscicoinguinal masiva y fracaso renal agudo. Una asociación poco frecuente.* Arch Esp de 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; 8: 76-79.
4. Herranz Fernández LM, Jiménez Gálvez 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 Hernández C, Ochoa Mejías R, Escolano 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.