

Hernia vesical inguinoescrotal. A propósito de un caso

Inguinoscrotal bladder hernia. A case report

José Jaime Sequea Martínez[1]
Diana Carolina Caballero Buelvas[2]
https://doi.org/ 10.53903/01212095.286

Resumen

Las hernias inguinales con contenido vesical son una entidad rara, usualmente diagnosticada intraoperatoriamente. Se presenta el caso de un paciente masculino de 86 años de edad, quien consultó por síntomas urinarios obstructivos y antecedente oncológico de carcinoma escamocelular de pene; se realizó diagnóstico de hernia vesical inguinoescrotal izquierda, identificada mediante resonancia magnética (RM) de pelvis, la cual fue intervenida quirúrgicamente con evolución posoperatoria satisfactoria.

Palabras clave (DeCS)

Hernia inguinal
Vejiga urinaria
Cistografía

Key words (MeSH)

Inguinal hernia
Urinary Bladder
Cystography

Summary

Inguinal hernias with bladder content are a rare entity, usually diagnosed intraoperatively. We present the case of an 86-year-old male patient who consulted for obstructive urinary symptoms and oncologic history of squamous cell carcinoma of the penis; a diagnosis of left inguino-scrotal bladder hernia was made, identified by pelvic MRI, which was surgically operated with satisfactory postoperative evolution.

Introducción

Las hernias inguinales con contenido vesical son una entidad rara, descrita por primera vez en 1951 por Levine, conocida como "cistocele escrotal". Se encuentra en el 1 % al 4 % de la población general y hasta en un 10 % en pacientes mayores de 50 años con diagnóstico de hernia inguinal. En la mayoría de los casos el diagnóstico es incidental y menos del 7 % son identificadas preoperatoriamente, con el consecuente reto terapéutico y posibles complicaciones derivadas del diagnóstico intraoperatorio (1).

Se presenta el caso de un paciente con diagnóstico de hernia vesical inguinoescrotal, con el objetivo de abordar los hallazgos clínicos e imagenológicos relevantes para su diagnóstico y abordaje terapéutico.

Presentación del caso

Paciente de 86 años de edad, con antecedente patológico de carcinoma escamocelular de pene, quien consulta al servicio de urgencias por dolor inguinoescrotal izquierdo y dificultad para la micción, de aproximadamente una semana de evolución. Al examen físico se observa tumefacción en la región inguinoescrotal izquierda, sin cambios durante maniobras de Valsalva y doloroso a la palpación; teniendo en cuenta el antecedente oncológico, se sospecha compromiso ganglionar inguinal y se le practica una resonancia magnética de pelvis con medio de contraste.

En la resonancia magnética (RM) de pelvis (figura 1) se diagnostica hernia inguinal izquierda de contenido graso y vesical (aproximadamente el 50 % de la vejiga urinaria), con extensión hacia la bolsa escrotal, asociada a engrosamiento focal de las paredes vesicales en el anillo herniario. Además, se identifica adenopatía en la cadena ganglionar iliaca externa e inguinal del lado izquierdo, de aspecto sospechoso (figura 1c); se toma biopsia por escisión que confirma compromiso neoplásico secundario.

El tratamiento quirúrgico del paciente fue dirigido tanto a su diagnóstico oncológico como a la hernia inguinal irreductible con contenido vesical, por lo que se realizó penectomía parcial, linfadenectomía radical inguinal y reparación del defecto herniario de manera concomitante; se redujo la vejiga urinaria (sin requerimiento de cistectomía parcial y/o total) y se dejó sonda vesical para control posquirúrgico. No hubo complicaciones intraoperatorias y la evolución clínica e imagenológica fue satisfactoria (figura 2).

Discusión

La hernia inguinal con contenido vesical es una entidad rara, anteriormente conocida como "cistocele escrotal" (descrita por Levine en 1951), con una prevalencia entre el 1 % y el 4 % de la población general, y hasta en un 10 % en adultos mayores de 50 años. Entre los factores de riesgo conocidos se encuentran el sexo masculino, la obesidad, la uropatía obstructiva crónica, la edad y debilidad de la pared abdominal (2).

El diagnóstico prequirúrgico significa un reto médico, dado que la mayoría de los pacientes son asintomáticos y, cuando se presentan síntomas, suelen ser inespecíficos, como disuria, retención urinaria, dolor pélvico, masa en la región inguinal y/o hematuria. El signo clínico que más orienta al diagnóstico es la micción en dos etapas o signo

[1]Médico general. Centros Médicos Colsanitas S. A. Bogotá, Colombia.

[2]Médico especialista Radiología e imágenes diagnósticas. Clínica Universitaria Colombia. Keralty. Bogotá, Colombia.

de Mery (3), y consiste en la compresión del saco herniario o la bolsa escrotal después de orinar, para terminar el vaciamiento vesical; menos frecuentemente, los pacientes pueden debutar con complicaciones como obstrucción del tracto urinario, infección de vías urinarias o infarto vesical. Algunas patologías asociadas son la hiperplasia prostática benigna, hidronefrosis bilateral con/sin falla renal aguda, abscesos escrotales y el reflujo vesicoureteral (3).

Teniendo en cuenta lo anterior, menos del 7% de las hernias vesicales inguinales se diagnostican antes de la herniorrafia, el 16% se diagnostican posoperatoriamente debido a complicaciones (lesión de la vejiga que causa fuga) y el resto se diagnostican intraoperatoriamente (4). De aquí la importancia de los estudios de imágenes preoperatorios para confirmar el diagnóstico y planificar el tratamiento, con el objetivo de modificar el enfoque quirúrgico y disminuir las complicaciones.

El abordaje radiológico incluye la tomografía axial computarizada (TAC), cistografía y/o ultrasonografía, esta última es especialmente útil para descartar diagnósticos diferenciales intraescrotales, como hidrocele, espermatocele, quistes del epidídimo y abscesos. El diagnóstico confirmatorio se realiza mediante cistoscopia flexible, que además proporciona información de la próstata, las paredes vesicales y excluye patologías adicionales en caso de hematuria macroscópica (5).

El tratamiento estándar es la reparación quirúrgica; sin embargo, en algunos pacientes se considera el manejo expectante, con cateterismo vesical intermitente para reducir el volumen vesical y el tamaño del saco herniario (3,5).

En el presente caso, se trataba de un paciente con múltiples factores de riesgo: sexo masculino, edad avanzada, carcinoma escamocelular de pene con compromiso del meato uretral que producía síntomas urinarios obstructivos de larga data, en quien se considera manejo quirúrgico por síntomas clínicos, hernia irreductible al examen físico y antecedente oncológico. La planificación quirúrgica fue posible gracias a un diagnóstico clínico y radiológico oportuno, con un resultado posoperatorio satisfactorio.



Figura 1. RM de pelvis con medio de contraste (estudio prequirúrgico). a) Sagital. b y c) Axial. Defecto herniario inguinal izquierdo con saco de contenido graso y vesical, que se extiende hacia la bolsa escrotal del mismo lado, con anillo herniario de 23 mm y engrosamiento focal de las paredes vesicales. Ganglios linfáticos (c) en cadena ganglionar iliaca externa izquierda e inguinal del mismo lado, de morfología redondeada y pérdida de hilio graso, con eje corto de 14 mm, de aspecto sospechoso.

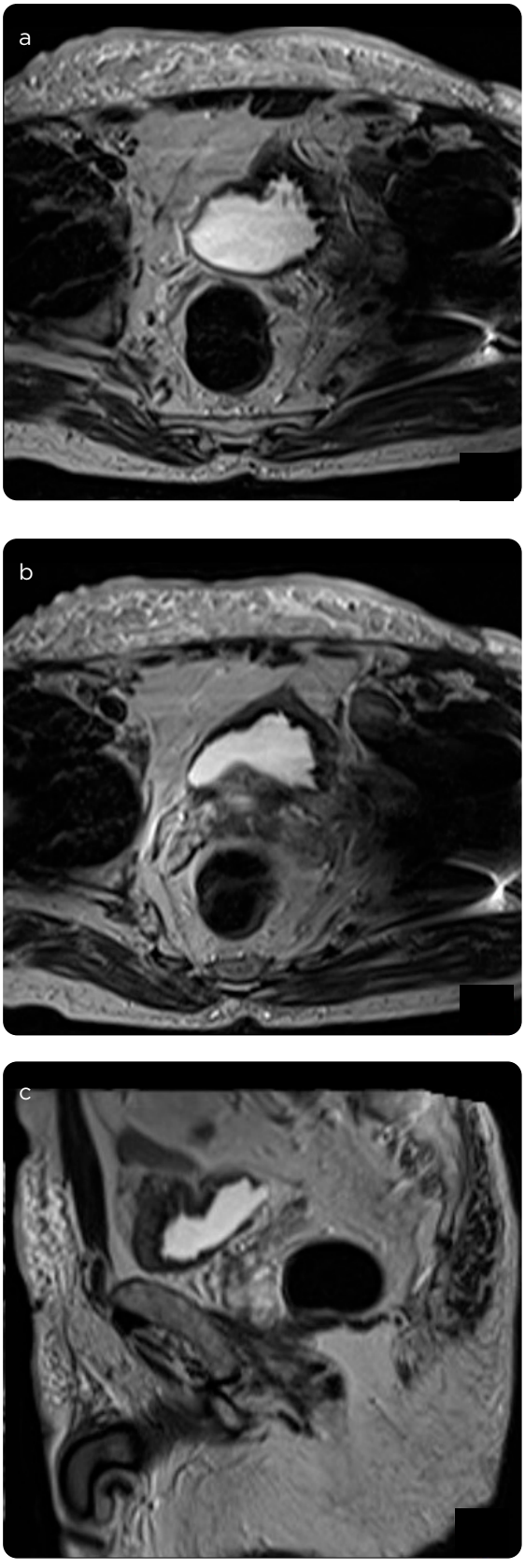


Figura 2. RM de pelvis con medio de contraste (estudio posquirúrgico). a y b) Axial. c) Sagital. Control posquirúrgico satisfactorio, con reducción del contenido vesical y reparación del defecto herniario de la pared abdominal.

Referencias

1. Sripathi S, Farooqi N, Kamel MK, Baroody R, Alashari A. Inguinoscrotal hernia of the urinary bladder. Cureus [Internet]. 2024; 16(3). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38646366/
2. Levine B. Scrotal cystocele. J Am Med Assoc [Internet]; 1951; 147(15):1439. disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14873708/
3. Elkbuli A, Narvel RI, McKenney M, Boneva D. Inguinal bladder hernia: A case report and literature review. Int J Surg Case Rep [Internet]. 2019; 58:208-11. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31078993/
4. Khan K, Chaudhry A, Feinman MB. Inguinoscrotal hernia containing the urinary bladder. BMJ Case Rep [Internet]. 2016;2016:bcr2016217408. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27587751/
5. Kraft KH, Sweeney S, Fink AS, Ritenour CWM, Issa MM. Inguinoscrotal bladder hernias: report of a series and review of the literature. Can Urol Assoc J [Internet]. 2008;2(6):619. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19066682/

Correspondencia

José Jaime Sequea Martínez
Carrera 65 # 22A-43
Bogotá, Colombia
josejsm21@hotmail.com

Recibido para evaluación: 10 de marzo de 2023
Aceptado para publicación: 25 de junio de 2023