

Hernia vesical inguinoescrotal encarcerada: manejo quirúrgico

Incarcerated inguinoscrotal bladder hernia: surgical management

Luciana M. Boloña Gilbert , Marcos L. Matute-Rivera , Nataly X. Rodríguez-Cedeño , Enrique Ortiz Quevedo 

Departamento de
Cirugía General, Hos-
pital Clínica Guayaquil,
Ecuador

Los autores declaran no
tener conflictos
de interés.

Conflicts of interest
None declared.

Correspondencia
Correspondence:
Nataly X. Rodríguez-
Cedeño.
E-mail:
n.athy.rodriguez@
hotmail.com

RESUMEN

La hernia vesical es una entidad asociada a la hernia inguinal, con predisposición de lado derecho, en un porcentaje de 0,5 a 3%, hasta 10% en hombres, y a partir de la quinta a séptima década de vida¹. La mayoría son pequeñas; la fisiopatología más común es la obstrucción mientras que la hiperplasia prostática es la principal etiología. La presentación clínica es poco específica, y el diagnóstico es en la mayoría de los casos transoperatorio. Se presenta el caso de un paciente de género masculino de 64 años, con antecedente patológico de enfermedad de Parkinson, hernia inguinal izquierda reducible hace 5 años. Acudió a consulta médica por manifestar dolor abdominal de moderada intensidad, más aumento de volumen en región inguinoescrotal izquierda. Al realizar el examen físico se constató una hernia inguinoescrotal izquierda no reducible. Con el diagnóstico de hernia inguinal encarcerada se realizó una exploración quirúrgica, con hallazgos de hernia inguinoescrotal de gran tamaño con contenido vesical y epiplón encarcerado con cambios de coloración. Se realizó entonces la reparación de la hernia. La evolución posoperatoria fue satisfactoria sin complicaciones.

■ **Palabras clave:** *hernia vesical, encarcerada, hernioplastia.*

ABSTRACT

Bladder hernia is a condition associated with inguinal hernia, usually right-sided, in 0.5 to 3% of the cases and up to 10% in men between the fifth and seventh decade of life. Most hernias are small; the most common pathophysiology is obstruction while prostatic hyperplasia is the main etiology. The clinical presentation is unspecific, and the diagnosis is usually made during surgery. We report the case of a 64-year-old male patient with a history of Parkinson's disease and reducible left inguinal hernia 5 years before, who sought medical advice due to abdominal pain of moderate intensity, with increased volume in the left inguinoscrotal region. On physical examination a diagnosis of left-sided non-reducible inguinoscrotal hernia was made. With the diagnosis of incarcerated inguinal hernia the patient underwent surgical exploration which showed a large inguinoscrotal hernia containing the bladder and incarcerated omentum with color changes. The hernia was repaired, and the patient evolved with favorable outcome.

■ **Keywords:** *bladder hernia, incarcerated, hernioplasty.*

Recibido | Received
04-01-21
Aceptado | Accepted
26-05-21

ID ORCID: Luciana M. Boloña Gilbert, 0000-0002-0319-9882; Marcos L. Matute-Rivera, 0000-0002-6867-0700; Nataly X. Rodríguez-Cedeño, 0000-0002-1179-0701; Enrique Ortiz Quevedo, 0000-0003-3657-5132.

La hernia deslizada es aquella en la que el saco está unido a la víscera herniada (casi siempre intestino grueso y, en menos ocasiones, vejiga, ovarios, trompas)²; la hernia inguinal con contenido vesical es una patología infrecuente, con mayor ocurrencia en hombres en edades de 50 a 70 años (70%). La incidencia es más frecuente del lado derecho; alcanza el 60%³. Los principales factores etiopatogénicos son las deformidades vesicales, así como la debilidad de la pared abdominal en el canal inguinal, la obesidad, la hipertensión abdominal e hipertrofia prostática. El cuadro clínico es inespecífico, lo que lleva generalmente al diagnóstico durante el acto quirúrgico⁴.

La imagen radiográfica no se realiza de forma rutinaria en el estudio de las hernias inguinales, y –si queremos valorar la pared vesical– la cistografía es el procedimiento de referencia (estándar de oro) con el más alto valor diagnóstico.

La tomografía computarizada (TC) podría pro-

porcionar información detallada para la planificación quirúrgica⁵.

Se presenta el caso de un paciente masculino, de 64 años, con antecedente patológico de enfermedad de Parkinson, hernia inguinal izquierda hace 5 años reducible, y antecedente quirúrgico de herniorrafia inguinal derecha hace 9 años. El paciente acudió a consulta por presentar dolor abdominal de moderada intensidad, aumento de volumen en región inguinoescrotal izquierda que no permite la palpación superficial por dolor, con una evolución progresiva de 3 días. Niega síntomas urinarios.

La ecografía informa lesión ovalada, llena de líquido dentro del escroto de 12 cm × 7 cm que sigue cranealmente hasta unirse a la porción intraabdominal de la vejiga, e hipertrofia prostática grado I/IV.

Sobre la base de la confirmación diagnóstica de hernia inguinal vesical izquierda, en este caso se optó por tratamiento quirúrgico abierto convencional.

Se realizó una exploración quirúrgica mediante incisión anterior inguinal oblicua izquierda, se identificó y se disecó el cordón espermático que estaba adosado a un gran saco herniario directo por fallo de la fascia transversalis (Fig. 1). Hallazgos del contenido herniario fueron la pared lateral de la vejiga totalmente adherida con signos de sufrimiento y parte del epiplón con signos de isquemia (Fig. 2). Al estar encarcerada, la reducción fue difícil; se realizó laparotomía exploradora y así se llevó a cabo la reducción de saco herniario con exéresis del epiplón desvitalizado y reparación de parte de la pared vesical lateral a la cual se realizó rafia con sutura absorbible 3-0, en 2 planos; se mantuvo con sonda vesical. Luego se realizó la hernioplastia por vía anterior con cierre de defecto directo e indirecto con sutura no absorbible, y colocación de malla de polipropileno (técnica de Lichtenstein). Pasó en observación durante 48 horas y fue dado de alta sin ninguna complicación. Se realizó control y seguimiento del paciente y se retiró la sonda al día 17. Según el control subsiguiente, a los 3 meses permanece con buena evolución, sin complicaciones a nivel vesical ni recidivas a nivel de hernia inguinal.

La hernia vesical es una entidad multifactorial cuya presentación aumenta progresivamente con la edad y la asociación a comorbilidades.

■ FIGURA 1



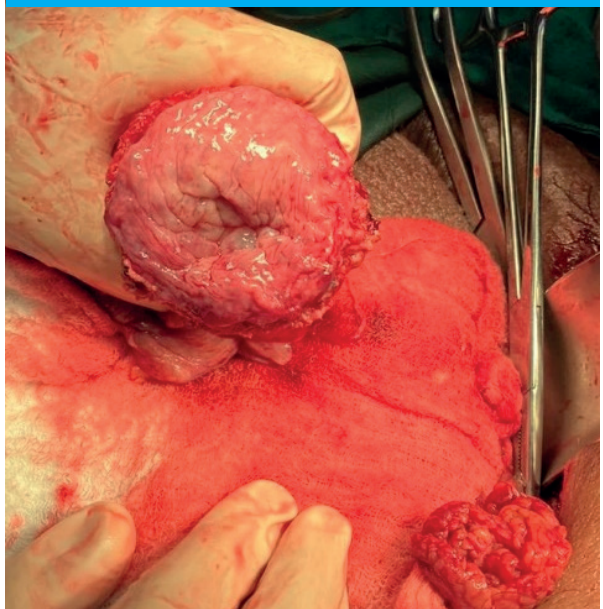
Saco herniario

Por su presentación clínica, un tanto inespecífica y ocasionalmente inexistente, hace que su diagnóstico no se alcance sino hasta el momento quirúrgico en un gran porcentaje de casos, con el alto riesgo de lesión vesical.

Por ello es muy importante hacer un examen médico detallado ante la sospecha clínica de esta condición, particularmente si se trata de un hombre, mayor de 50 años y portador de sintomatología urinaria. Lo interesante de nuestro caso es que, a pesar de presentar este tipo de hernia de gran tamaño, no manifestó ninguna sintomatología urinaria en su micción, y su grado de hipertrofia prostática no representó un incremento alto para provocar este tipo de deslizamiento.

En conclusión, nos bastó con la ecografía para llegar al diagnóstico, y se optó por cirugía abierta y no por laparoscopia, debido al tiempo de evolución de la hernia y su cuadro agudo y por ser de gran tamaño; además, por el tamaño del defecto herniario, se prefirió reforzar la pared con malla de polipropileno. El paciente con buena evolución sin complicaciones fue dado de alta, y según su seguimiento a los 3 meses permanece con buena evolución.

■ FIGURA 2



Pared vesical

■ ENGLISH VERSION

A sliding hernia has any organ inside its sac (usually the large intestine and, less frequently, the bladder, ovaries or tubes)²; inguinal bladder hernia is a rare condition, occurring more commonly in men between 50 and 70 years (70%)¹. Right-sided hernias are more common, with an incidence of 60%³. The

main factors associated with the pathophysiology are bladder defects, weakness of the abdominal wall in the inguinal canal, obesity, raised intra-abdominal pressure and prostatic hypertrophy. Symptoms are unspecific and the diagnosis is usually made during surgery⁴.

Radiography is not routinely performed in the

evaluation of inguinal hernias, and cystography is the gold standard, with the highest diagnostic value for assessing the bladder wall.

Computed tomography (CT) could provide detailed information for surgical planning⁵.

We report the case of a 64-year-old male patient with a history of Parkinson's disease, reducible left-sided inguinal hernia 5 years before, and a surgical history of right inguinal hernia repair 9 years before. The patient sought medical advice due to abdominal pain of moderate intensity, with increased volume in the left inguinoscrotal region evolving progressively over 3 days. Superficial palpation was not possible due to pain. The patient did not complain of urinary tract symptoms.

The ultrasound showed an oval, fluid-filled lesion within the scrotum measuring 12 cm × 7 cm that continued upwards and joined the intra-abdominal portion of the bladder, and grade I/IV prostatic hypertrophy.

Once the diagnosis of left inguinal bladder hernia was made, open surgery was decided. Surgical exploration was performed via a left oblique anterior inguinal incision; the spermatic cord was identified attached to a large direct hernia sac due to failure of the transverse fascia, and dissected (Fig. 1). The hernia contents included the lateral wall of the bladder fully attached with signs of distress, and part of the omentum with signs of ischemia (Fig. 2). As the hernia was incarcerated, it was difficult to reduce, requiring an exploratory laparotomy. Thus, the hernia sac was reduced with excision of the devitalized omentum and part of the lateral bladder wall was repaired with two-layer absorbable suture 3.0. A urinary catheter was placed. Then, the procedure continued with

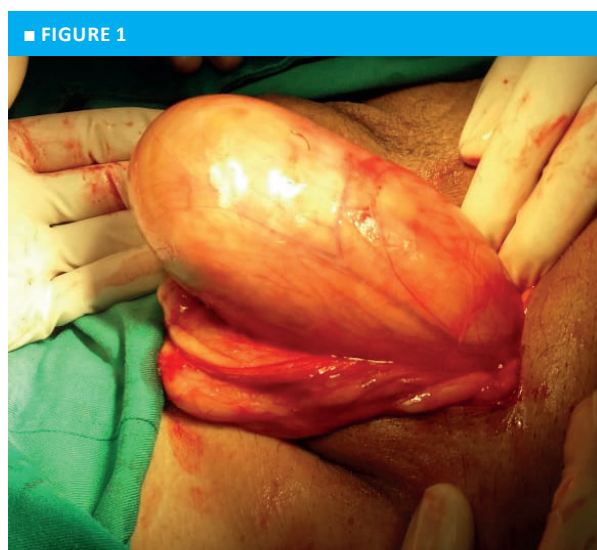
anterior hernia repair with indirect and direct closure of the defect using nonabsorbable suture and placement of a polypropylene mesh (Lichtenstein technique). The patient was monitored for 48 hours and was discharged without complications. He attended follow-up visits and the urinary catheter was removed on postoperative day 17. After 3 months, he remained with favorable outcome, without bladder complications or hernia recurrence.

Bladder inguinal hernia is a multifactorial entity that occurs progressively with age and is associated with comorbidities.

Because its clinical presentation is somewhat unspecific and occasionally absent, its diagnosis is not made until surgery in a large percentage of cases, with high risk of bladder injury.

For this reason, it is very important to perform a detailed physical examination in case of clinical suspicion of this condition, particularly in men >50 years and with urinary tract symptoms. Interestingly, despite our patient presented a large inguinal bladder hernia, he had no symptoms during urination, and his level of prostatic hypertrophy was not high enough to cause this type of hernia.

In conclusion, ultrasound was sufficient to make the diagnosis, and we chose open surgery instead of laparoscopy due to the time of hernia progression, acute condition, and large size. In addition, due to the size of the hernia defect, we preferred to reinforce the wall with a polypropylene mesh. The postoperative course was uneventful and 3 months after surgery the patient evolved with favorable outcome.



Hernia sac



Bladder wall

Referencias bibliográficas /References

1. J Escudero JUJ, Ramos de Campos M, Ordoño Domínguez F, FabuelDeltoro M, Zaragoza Orts J. Hernias vesicales inguinoescrotales. Servicio de Urología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España. 2007; 60(3).
2. Matilla Muñoz A, Sánchez Ronco M, Gomez San Martín ME, Jimenez Cuenca I. Hernia vesical. Informe de cinco casos y revisión bibliográfica. Valladolid/ES. ; 10.1594/seram2014/S-0559 (disponible en: <https://epos.myesr.org/poster/esr/seram2014/S-0559>).
3. Carbonell Tatay F. Hernia Inguino-Crural. Valencia: Ethicon; 2001.
4. Ignacio-Morales CV. Hernia vesical. Informe de un caso y revisión de la bibliografía. *Rev Mex Urol*. 2010; 70(5):293-5; disponible en:<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-mexicana-urologia-302-articulo-hernia-vesical-informe-un-caso-X2007408510872579>).
5. Sardesai V, Bhatkhande S, Sahu S. Inguinal Bladder Hernia. *Res Med*. 2017; 6(2); disponible en: www.ijorim.com/siteadmin/article_issue/154840647324.pdf).