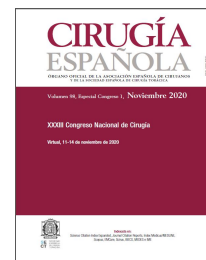




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-579 - CISTECTOMÍA PARCIAL POR HERNIA VESICAL INGUINOESCROTAL GIGANTE IRREDUCTIBLE

Robles Quesada, María Teresa; Alberca Páramo, Ana; Blanco Elena, Juan Antonio; Fuente Molina, Sofia; García Granados, Jose

Hospital Infanta Margarita, Cabra.

Resumen

Introducción: La vejiga deslizada por el canal inguinal se denomina como hernia vesical. Una hernia vesical inguinoescrotal masiva se define cuando dicha estructura anatómica se encuentra herniada más del 50%. Se trata de una entidad infrecuente, y con una mayor incidencia en hombres, a partir de los cincuenta años. Su etiopatogenia se relaciona con la debilidad de la pared abdominal y la obstrucción de la salida del tracto urinario inferior. Se presenta un caso con este tipo de hernia masiva irreductible como hallazgo en una cirugía de urgencias.

Caso clínico: Varón de 49 años, obeso, traído a urgencias, obligado por su familiar, por tumoración inguinoescrotal derecha de un año de evolución, irreductible, que las últimas 24 horas ha aumentado el dolor habitual. Ante la sospecha de hernia inguinoescrotal gigante encarcelada se decide intervención quirúrgica urgente. En la intervención, mediante incisión parainguinal, se realiza disección del saco herniario, y elementos del cordón. Al exponer el contenido de la hernia se evidencia cúpula vesical completamente herniada a canal inguinal con paredes vesicales engrosadas, crepitación y siendo imposible su reducción. Además, se evidencia dificultad para sondaje por cuadro de hipospadia y meato muy estrecho, con salida de material purulento por dicho orificio al producir presión sobre la hernia. Se consulta con urología ante dichos hallazgos. Se decide con urología la realización de incisión por línea media infraumbilical, accediendo a espacio de Retzius. Se consigue la trasposición completa de la vejiga a este espacio desde canal inguinal. Ante la vejiga hipertrófica y edematosa se decide resección de cúpula vesical junto con peritoneo parietal. Se realiza posteriormente cierre de peritoneo y de vejiga con sutura continua en doble capa. Se comprueba estanqueidad de la vejiga. Tras tiempo urológico, se realiza hernioplastia atípica con malla de PLP en orificio inguinal profundo, fijada con puntos sueltos. Se abandona testículo en escroto, fijándolo para evitar torsiones, y se cierra cremáster. El paciente evoluciona favorablemente, retirando sonda de orina al mes, tras comprobación mediante cistografía retrógrada la estanqueidad de la vejiga.

Discusión: Una completa historia clínica y un paciente colaborador es fundamental para prever hallazgos inesperados en cirugías de urgencia. Tener presente la posibilidad de hernia vesical en paciente con antecedentes de estenosis de meato e hipospadia en contexto de hernia inguinal. El signo de Mery (necesidad de comprimir la hernia para poder orinar) expresado previo a la cirugía y no su descubrimiento intraquirúrgico, podría haber hecho sospechar del contenido de la hernia.