

Cistocèle escrotal masivo causante de insuficiencia renal

Massive scrotal cystocele causing kidney failure

Jon Mikel Iñárritu-Castro,* Roberto Villagómez-Camargo,** Sigiberto II García-Nares***

RESUMEN

El cistocèle escrotal, definido como la protrusión de la vejiga hacia el escroto, es una patología rara que afecta de 0.5 a 3% de todas las hernias inguinales. Puede ser asintomático y un hallazgo fortuito durante una plastia inguinal; sin embargo, cuando el cistocèle es grande, tiene un cuadro clínico característico y debe ser resuelto quirúrgicamente para evitar complicaciones como la insuficiencia renal. El presente artículo tiene como objetivos: describir un caso clínico infrecuente de cistocèle escrotal, revisar la literatura médica de cistocèle escrotal o hernia vesical inguinoescrotal para describir la incidencia, cuadro clínico, metodología diagnóstica, la conducta terapéutica y las potenciales complicaciones.

Palabras clave: Cistocèle escrotal, hernia vesical inguinoescrotal.

Nivel de evidencia: IV

ABSTRACT

Scrotal cystocele is defined as herniation of the bladder into the scrotum which is a rare disease that occurs in 0.5-3% of all inguinal hernias. Most cases are asymptomatic and found incidentally during hernioplasty, however when a large scrotal cystocele is found has a very specific clinical scenario and must be treated surgically to avoid complications as kidney failure. The aim of this article is to describe an unusual clinical case of scrotal cystocele causing kidney failure and to review medical literature of scrotal cystocele or inguinoscrotal bladder hernia to describe its incidence, clinical presentation, diagnosis, treatment and eventual complications.

Keywords: Cystocele scrotal, hernia bladder inguinoscrotal.

Level of evidence: IV

INTRODUCCIÓN

Una forma rara de hernia inguinal es la hernia vesical inguinoescrotal, que se define como la protrusión de la vejiga a través del canal inguinal hacia el escroto. El término de *cistocèle escrotal* fue acuñado por Bernard Levine en 1951. Es una entidad rara que puede ser difícil de detectar, ya que no se presentan síntomas al inicio. El cisto-

cele escrotal puede causar uropatía obstructiva y, como consecuencia, insuficiencia renal. El diagnóstico fundamental se establece con la sospecha clínica y, de manera complementaria, con estudios de imagen. A continuación, se reporta un caso raro de cistocèle escrotal con hidronefrosis bilateral e insuficiencia renal.

El objetivo es describir un caso clínico de cistocèle escrotal y revisar la literatura médica de cistocèle escrotal o hernia vesical inguinoescrotal para describir la incidencia, forma de presentación, la metodología diagnóstica, la conducta terapéutica y las potenciales complicaciones de esta rara patología.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 72 años, con antecedente de hipertensión arterial esencial de 18 años de evolución en tratamiento con enalapril e hidroclorotiazida aparentemente con buen control y tabaquismo intenso desde los 16 años (índice tabáquico: 42 paquetes/año). El paciente acudió a valoración

* Urologo. Centro Médico ABC. Ciudad de México.

** Urologo. Hospital General de Querétaro (SSA). Querétaro.

*** Urologo. Hospital General Regional Núm. 1 (IMSS). Querétaro.

Recibido para publicación: 17/05/2018. Aceptado: 17/08/2018.

Correspondencia: Dr. Jon Mikel Iñárritu-Castro
Prolongación Vasco de Quiroga Núm. 4001-702, Col. Santa Fe,
Alcaldía Cuajimalpa, 05300, CDMX. Tel: +52 (55) 5160-0819
E-mail: jonmikel@gmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:
www.medigraphic.com/analesmedicos

inicial por dolor lumbar bilateral, dolor en región inguinal izquierda, edema de miembros pélvicos y malestar general de tres semanas de evolución. Como síntomas urinarios refería aumento en la frecuencia, pujo, tenesmo y micción en dos tiempos con necesidad de compresión manual escrotal para terminar el vaciamiento vesical; además, refirió aumento de volumen inguinal izquierdo de siete años de evolución.

En el examen físico se corroboró el aumento de volumen en región inguinal izquierda de 7×10 cm, con dolor a la palpación y edema de miembros pélvicos. En la exploración digital rectal se encontró próstata sin nódulos, de aproximadamente 30 g.

Se realizaron estudios sanguíneos básicos, entre los que destacan creatinina sérica 2.1 mg/dL, BUN 43.4 mg/dL, hemoglobina 13.4 g/dL, hematocrito 39.3%. Se realizó ultrasonido renal bilateral que demostró hidronefrosis grado 3 bilateral y tomografía computarizada abdominal y pélvica simple, en la que se evidenció hidronefrosis grado 3 bilateral y una gran hernia inguinoescrotal izquierda (*Figura 1*). Debido a los hallazgos, se realizó plastia inguinal izquierda (*Figura 2*) con buena evolución clínica, bioquímica y radiográfica postoperatoria. En la tomografía de control



Figura 1. Tomografía abdominopélvica simple, corte coronal. Se demuestra ectasia ureteral bilateral (flecha negra) y protrusión de vejiga a región inguinal izquierda (flecha blanca).



Figura 2. Reducción de vejiga mediante abordaje inguinal izquierdo y plastia inguinal izquierda.



Figura 3. Tomografía abdominal simple, corte coronal, de control postoperatorio. Se demuestra la disminución de ectasia ureteral (flecha negra) y vejiga en localización anatómica (flecha blanca).

al segundo día del postoperatorio se mostró una adecuada reducción del cistocele escrotal y disminución de la hidronefrosis (*Figura 3*). El paciente fue dado de alta al cuarto día postoperatorio con adecuada evolución.

DISCUSIÓN

La primera descripción documentada de la hernia vesical inguinoescrotal fue en 1896 por Imbert.¹ Pos-

teriormente, en 1951, Levine acuñó el término de *cistocèle escrotal*.² La incidencia de hernias vesicales inguinoescrotales es de 0.5-3% de todas las hernias inguinales y puede ser de 10% en varones mayores de 50 años.³ No se ha reportado la incidencia de cistocèle escrotal masivo.

Los factores que predisponen a esta patología son obesidad, debilidad de los músculos abdominales inferiores y obstrucción de la salida de la vejiga.⁴ En 1960, Soloway describió la clasificación anatómica de las hernias vesicales en paraperitoneales, extra-peritoneales e intraperitoneales, y la mayoría de los casos reportados son paraperitoneales, como el caso presentado.⁵

Las hernias vesicales pequeñas suelen ser asintomáticas y se detectan de forma incidental en la cirugía de hernia. El cistocèle escrotal gigante se puede presentar con micción en dos tiempos; en el segundo tiempo generalmente requiere compresión manual del hemiescroto afectado «signo de Mery».^{6,7} Se puede apreciar una disminución del volumen del saco herniario posterior a la micción. También es frecuente que los pacientes tengan síntomas de tracto urinario inferior no específicos como frecuencia, disuria, nicturia y hematuria.^{3,8} Ante un caso de cistocèle escrotal grande, el diagnóstico se establece principalmente por sospecha clínica. Los estudios de imagen son fundamentales: tanto el ultrasonido como la tomografía computarizada del abdomen inferior pueden apoyar el diagnóstico y descartar algunas otras comorbilidades. Característicamente, se puede apreciar el «signo de la mancuerna» en la imagen cistográfica; consiste en una segmentación de la vejiga en porciones suprapúbica y escrotal.⁹⁻¹¹ Sin embargo, en el caso reportado, el paciente presentó una protrusión masiva (completa), por lo que no se observó la porción suprapúbica de la vejiga. Las complicaciones de las hernias vesicales inguinoescrotales incluyen reflujo vesicoureteral, sepsis, litiasis vesical, hidronefrosis unilateral o bilateral, insuficiencia renal, estrangulación con isquemia e infarto vesical. Si se detecta una hernia vesical de forma incidental en una plastia inguinal, se describen dos conductas terapéuticas: por un lado, la reducción de la vejiga protruida, o bien, la resección de la vejiga; esta última reservada para pacientes con hallazgo de divertículo vesical, tumor vesical o necrosis vesical.^{10,12} El tratamiento quirúrgico puede ser realizado de manera convencional (a cielo abierto), de forma laparoscópica^{13,14} o asistida por robot.^{15,16} En casos en los que existe una retención

aguda de orina y es imposible drenar la vejiga, puede ser de utilidad colocar una sonda transescrotal de neocistostomía o considerar una nefrostomía percutánea.¹⁷

CONCLUSIÓN

El cistocèle escrotal es una patología rara, que muchas veces se detecta como un hallazgo incidental al realizar una plastia inguinal. En la mayoría de los casos se encuentra la vejiga parcialmente protruida y muy rara vez se encuentra totalmente protruida. En el caso presentado se demuestra la importancia de establecer un diagnóstico oportuno para mejorar la mecánica miccional y evitar mayores complicaciones como la insuficiencia renal. Debido a que esta patología se asocia a procesos obstructivos de la vía urinaria inferior, es de vital importancia resolver el factor precipitante que favoreció a la manifestación del cistocèle escrotal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Imbert L. De la cystocèle inguinale. Ann d mal. d. org. génito-urin. 1896; 14: 398.
2. Levine B. Scrotal cystocele. J Am Med Assoc. 1951; 147 (15): 1439-1441.
3. Gomella LG, Spires SM, Burton JM, Ram MD, Flanigan RC. The surgical implications of herniation of the urinary bladder. Arch Surg. 1985; 120 (8): 964-967.
4. Croushore JH, Black RB. Scrotal cystocele. J Urol. 1979; 121 (4): 541-542.
5. Soloway HM, Portney F, Kaplan A. Hernia of the bladder. J Urol. 1960; 84 (4): 539-543.
6. Merino-Peñacoba LM, Ortiz de Solórzano-Aurusa J, Juárez-Martín ME, González-Perea JG, Beltrán de Heredia-Rentería J. Hernia vesical masiva y signo de Mery. A propósito de un caso. Rev Hispanoam Hernia. 2015; 3 (2): 71-74.
7. Conde-Sánchez JM, Espinosa-Olmedo J, Salazar-Murillo R, Vega-Toro P, Amaya-Gutiérrez J, Alonso-Flores J et al. Hernia vesical inguinoescrotal gigante. caso clínico y revisión de la literatura. Actas Urol Esp. 2001; 25 (4): 315-319.
8. Thompson JE Jr, Taylor JB, Nazarian N, Bennion RS. Massive inguinal scrotal bladder hernias: a review of the literature with 2 new cases. J Urol. 1986; 136 (6): 1299-1301.
9. Penha D, Guedes-Pinto E, Costa A. Scrotal cystocele by computed tomography and ultrasound. Acta Med Port. 2017; 30 (1): 81.
10. Bisharat M, O'Donnell ME, Thompson T, MacKenzie N, Kirkpatrick D, Spence RA et al. Complications of inguino-scrotal bladder hernias: a case series. Hernia. 2009; 13 (1): 81-84.
11. Puche-Sanz I, Molina-Hernández JM, Pascual-Geler M, Cózar-Olmo JM. Cistocèle escrotal incidental. Signo de la mancuerna. Arch Esp Urol. 2015; 68 (9): 722.
12. Wang P, Huang Y, Ye J, Gao G, Zhang F, Wu H. Large sliding inguino-scrotal hernia of the urinary bladder: A case report and literature review. Medicine (Baltimore). 2018; 97 (13): e9998.

13. Khan A, Beckley I, Dobbins B, Rogawski KM. Laparoscopic repair of massive inguinal hernia containing the urinary bladder. *Urol Ann.* 2014; 6 (2): 159-162.
14. Lee JY, Oh SY, Chang IH, Choe JW, Park SH, Ryu JH et al. Laparoscopic repair of large bladder herniation presenting as an inguinal hernia. *Korean J Urol.* 2013; 54 (2): 139-142.
15. Cetrulo LN, Harmon J, Ortiz J, Canter D, Joshi AR. Case report of a robotic assisted laparoscopic repair of a giant incarcerated recurrent inguinal hernia containing bladder and ureters. *Int J Med Robot.* 2015; 11 (1): 15-17.
16. Sung ER, Park SY, Ham WS, Jeong W, Lee WJ, Rha KH. Robotic repair of scrotal bladder hernia during robotic prostatectomy. *J Robotic Surg.* 2008; 2 (3): 209-211.
17. Ryan ST, Jumper B. Scrotal cystocele managed with trans-scrotal neocystostomy tube. *Urol Case Rep.* 2015; 3 (4): 117-119.