

# Signo de Mery en paciente con hernia vesical-inguinoescrotal. Presentación de caso

## *Mery sign in a patient with inguinoscrotal-vesical hernia. Presentation of a case*

Noemí Ríos-Hernández\*

Departamento de Imagenología Diagnóstica y Terapéutica, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México, México

### RESUMEN

La hernia vesical es el paso de una porción de vejiga a través de un orificio herniario. A pesar de la elevada incidencia de la patología herniaria inguinal en la población general, se estima que la vejiga está incluida en tan solo el 1-3% de las hernias inguinales. Afecta con más frecuencia a los varones (70%) a partir de la quinta década de la vida. Presentamos el caso de un paciente varón de 80 años con antecedente de hipertrofia prostática de grado IV y con diagnóstico de hernia inguinoescrotal derecha, que refería la necesidad de comprimir manualmente para conseguir orinar y aliviar la urgencia (signo de Mery). Se comprueba herniación de la vejiga mediante ultrasonido y tomografía computada.

**Palabras clave:** Hernia vesical-inguinoescrotal. Hipertrofia prostática. Signo de Mery.

### ABSTRACT

Vesical hernia involves the passage of part of the bladder through a hernial orifice. Despite the high incidence of inguinal hernial pathology in the general population, it is estimated that the bladder is involved in only 1-3% of inguinal hernias. It is a pathology which more frequently affects men (70%) from the fifth decade of life. We present the case of a male patient, age 80 years, with history of stage IV prostatic hyperplasia with diagnosis of

#### Correspondencia:

\*Noemí Ríos-Hernández

E-mail: morganao@hotmail.com

Recibido: 22-01-2018

Aceptado: 29-01-2018

DOI: 10.24875/ARM.M1800009

Disponible en internet: 27-04-2018

1665-2118/©2018 Sociedad Mexicana de Radiología e Imagen, AC. Publicado por Permalyer México SA de CV. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

right inguinoscrotal hernia, who reported needing to apply manual compression to urinate and alleviate urgency (Mery sign). Herniation of the bladder was confirmed by ultrasound and computed tomography.

**Key words:** Inguinoscrotal vesical hernia. Prostatic hyperplasia. Mery sign.

## INTRODUCCIÓN

La primera referencia histórica sobre un defecto herniario vesical se atribuye a Guy de Chauliac en el año 1363, aunque hasta el siglo xvi no aparece la primera descripción por parte de Félix Platter y Dominico Scala. Posteriormente, Levine introdujo el término «cistocele escrotal» para definir la herniación masiva inguinoescrotal de la vejiga urinaria<sup>1</sup>.

El paso de la vejiga a través de un defecto herniario inguinal se define como hernia vesical y representa el 0.3-3% de las hernias en los adultos, alcanzando hasta un 10% en los mayores de 50 años<sup>2</sup>. Aproximadamente el 70% de las hernias vesicales se presentan en personas de sexo masculino, y se describe una mayor frecuencia en la región inguinal derecha<sup>3</sup>.

Una de las formas más habituales de presentación es como cistocele parcial; la hernia vesical-inguinoescrotal masiva se define cuando más del 50% de la vejiga se abre paso a través del canal inguinoescrotal, situación muy rara pues el triángulo vesical es la única región anatómica que queda fija en situación intraabdominal<sup>4</sup>.

La micción en dos tiempos (signo de Mery) es un signo característico de las hernias

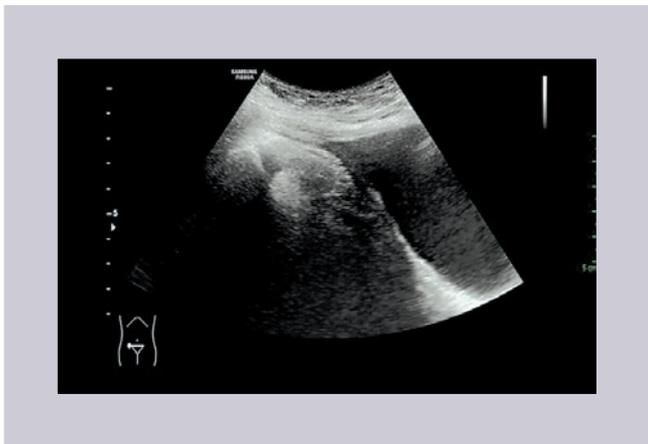
vesicales, el cual consiste en el vaciado espontáneo de la porción intraabdominal de la vejiga durante la micción y para completarla se requiere la presión manual de la hernia o la elevación del escroto. Se presenta el caso clínico de un paciente con el diagnóstico de esta hernia.

## CASO CLÍNICO

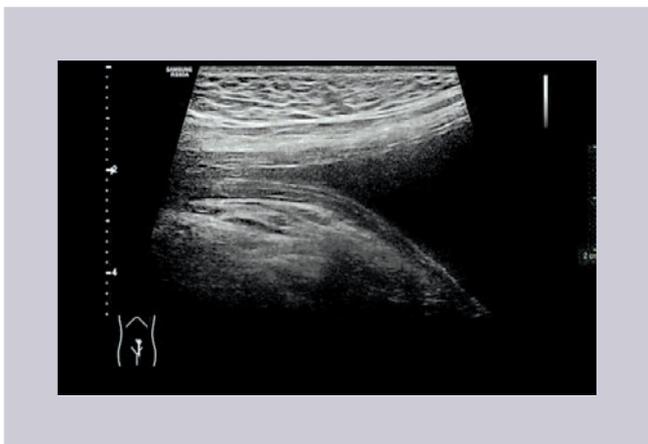
Se trata de paciente varón de 80 años con antecedente de hipertrofia prostática de grado IV, de 15 años de evolución, que acude al servicio de urgencias por aumento de volumen masivo en la región inguinal izquierda. Se refiere al servicio de radiología para realizar ultrasonido inguinal izquierdo y posteriormente tomografía computada.

En el ultrasonido y la tomografía se observa herniación vesical-inguinoescrotal izquierda de aproximadamente el 70% de la vejiga (Figs. 1 a 5). Al interrogatorio, el paciente refiere la necesidad de comprimir manualmente la hernia para lograr completar la micción.

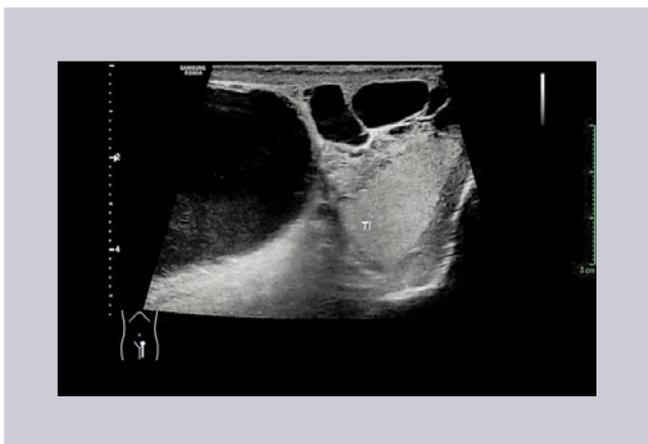
Se intervino quirúrgicamente bajo anestesia raquídea y con sonda de Foley (18F) vesical, cursando el transoperatorio y el posoperatorio sin incidencias, y dando de alta al paciente sin complicaciones.



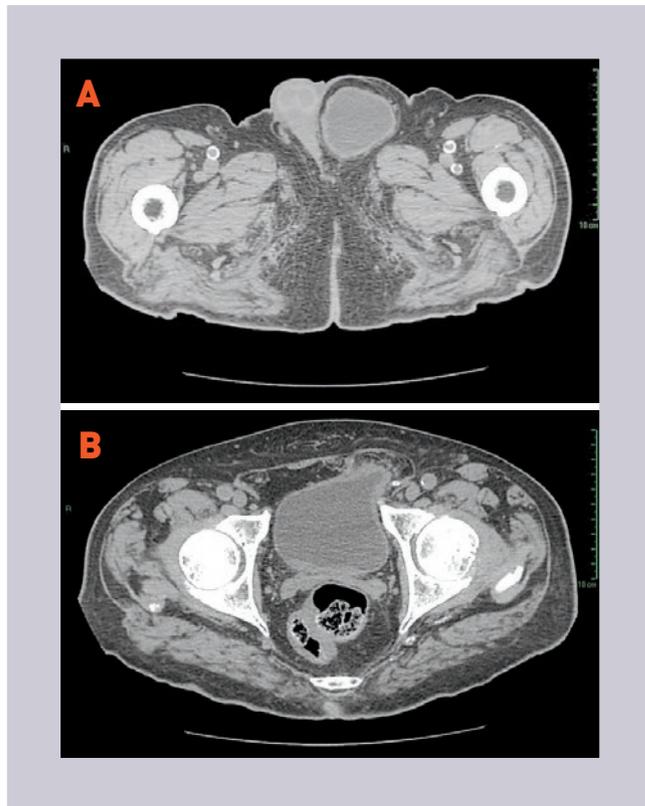
**FIGURA 1.** Ultrasonido convexo multifrecuencia en escala de grises que muestra una imagen bilobulada de bordes regulares, parcialmente definidos, de interior con predominio anecoico, que abarca la región suprapúbica.



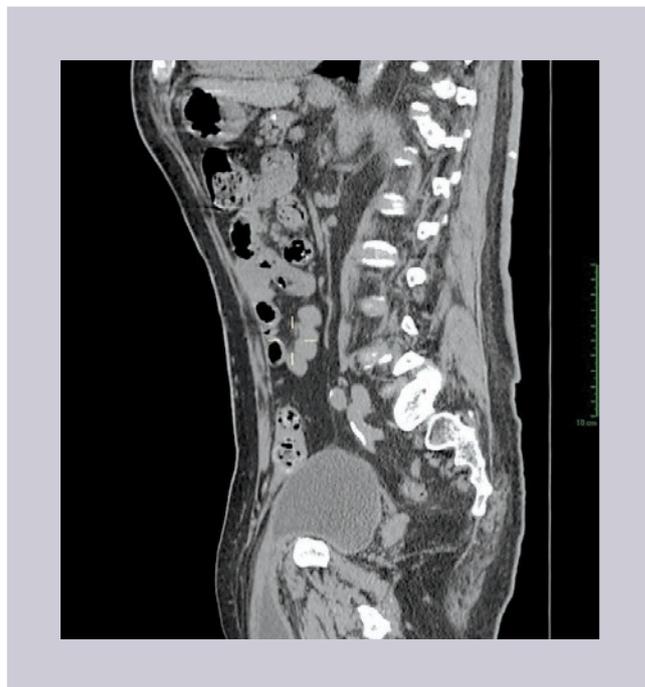
**FIGURA 2.** Ultrasonido en escala de grises en el que se aprecia claramente el paso de gran parte de la vejiga a través del canal inguinal izquierdo.



**FIGURA 3.** Ultrasonido en escala de grises que muestra parte de la vejiga alojada en el canal inguinoescrotal izquierdo, condicionando un desplazamiento del testículo del mismo lado.



**FIGURA 4.** Tomografía computada simple en corte axial que muestra una imagen de morfología ovoide, de interior hipodenso en rango líquido, la cual amplía el canal inguinal izquierdo.



**FIGURA 5.** En el corte sagital se observa franco paso de aproximadamente el 70% de la vejiga a través del canal inguinoescrotal izquierdo.

## DISCUSIÓN

En la patogenia de las hernias vesicales se encuentran implicados, además de los factores propios de una hernia inguinal, la debilidad de la pared vesical con obstrucción en el flujo urinario bajo que origina un aumento de la presión intravesical<sup>5</sup>, por lo cual su asociación con la hipertrofia prostática es muy frecuente<sup>6</sup>.

La mayoría de las hernias vesicales son asintomáticas<sup>7</sup>, de manera que solo en el 7% de los casos se obtiene el diagnóstico de forma preoperatoria<sup>8</sup>. Ocasionalmente pueden presentarse síntomas urinarios inespecíficos (disuria, polaquiuria, hematuria o infecciones urinarias de repetición).

Existen dos signos característicos: la disminución del tamaño de la hernia al orinar y la micción que se denomina «en dos tiempos» (signo de Mery)<sup>8</sup>, el primero con la porción abdominal y el segundo al comprimir la hernia o elevar el escroto.

El tratamiento quirúrgico es de elección en este tipo de hernias. La cistectomía parcial está indicada en hernias estranguladas con necrosis vesical, asociación con tumores y en cuellos herniarios menores de 0.5 cm con imposibilidad de reducción de la vejiga.

La cistografía es el método de elección para el diagnóstico de las hernias vesicales. Está indicada en varones con sospecha o diagnóstico establecido de hernia inguinoescrotal y enfermedad obstructiva del tracto urinario inferior.

La urografía intravenosa, la ecografía y la tomografía computada pueden ser útiles en casos asociados a patología del tracto urinario<sup>9</sup>.

## CONCLUSIONES

Es importante tener presente este tipo de defectos herniarios, sobre todo en pacientes varones con hernias inguinoescrotales y que además tienen sintomatología urinaria asociada. Para lograr un buen diagnóstico preoperatorio es menester complementar con los estudios de imagen ya mencionados, tales como cistografía, ultrasonido y en algunos casos tomografía computada, logrando descartar comorbilidad y disminuyendo las complicaciones transoperatorias y posoperatorias por lesiones inadvertidas del tracto urinario.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Levine B. Scrotal cystocele. *JAMA*. 1951;147:1439.
2. 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;21:631-5.
3. Casanueva Luis T, Cerdeira Fernández MA, Urquijo Bustamante S. Hernia vesical gigante. A propósito de un caso. *Actas Urol Esp*. 1997;4:434.
4. Server Pastor G, López Cubillana P, Hita Villaplana G, Prieto González A, Hita Rosino E, Server Falgas G. Hernias vesicales inguinales. A propósito de cuatro casos. *Actas Urol Esp*. 1994;18:670-3.
5. Juan Escudero JU, Ramos de Campos M, Ordoño Domínguez F, Fabuel Deltoro M, Serrano de la Cruz Torrijos F, Navalón Verdejo P, et al. Hernias vesicales inguinoescrotales. *Arch Esp Urol*. 2007;60:231-6.
6. Carrieri P, Nardi S, Basuku GC, Vitali A, Nistri R. The involvement of the urinary tract in inguinal hernias. *Ann Ital Chir*. 1998;69:795-7.
7. Kraft KH, Sweeney S, Fink AS, Ritenour CW, Issa MM. Inguinoscrotal bladder hernias: report of a series and review of the literature. *Can Urol Assoc J*. 2008;2:619-23.
8. Peiró F, Zaragoza C, Castaño S, Olavarrieta L, García-Aguado R, Vivó M. Giant inguino-scrotal bladder hernia. Report of a case. *Ambul Surg*. 2001;9:23-4.
9. Ignacio Morales C, Aragón Tovar A, Torres Medina E, Muñoz Islas E, Vilchis Cárdenas M. Hernia vesical. Informe de un caso y revisión de la bibliografía. *Rev Mex Urol*. 2010;70:293-5.