



Hernia inguino-escrotal y ureteral en paciente con prostatismo severo; informe de un caso y revisión de la bibliografía

Delgadillo-Vázquez J,¹ Landero-Orozco MA,² Vázquez-Gálvez A,³ García-Vázquez RA.⁴



■ RESUMEN

Las hernias ureterales inguino-escrotales son una entidad patológica sumamente rara, con pocos reportes en la literatura internacional. El presente caso a continuación trata de un masculino de 69 años con prostatismo severo y hematuria; estudiado radiográficamente y con diagnóstico incidental de hernia inguino-escrotal izquierda. Fue sometido a prostatectomía retropúbica, hernioplastia inguinal retroperitoneal, reducción ureteral y colocación de catéter JJ izquierdo, con buena evolución posoperatoria y seguimiento a 18 meses.

Palabras clave: Hernia ureteral inguino-escrotal, México.

■ ABSTRACT

Inguinoscrotal ureteral hernia is an extremely rare pathology and there are very few reports on it in the international literature. The present case is a 69-year-old man with severe prostatism and hematuria. He was studied radiographically and incidental diagnosis of left inguinoscrotal hernia was made. He underwent retropubic prostatectomy, retroperitoneal inguinal hernioplasty, ureteral reduction and left double-J catheter placement. Postoperative progression at 18-month follow-up is good.

Key words: inguinoscrotal ureteral hernia, Mexico.



1 Médico residente del cuarto año de Urología. 2 Médico residente del quinto año de Urología. 3 Urólogo Jefe del Servicio. 4 Médico adscrito.

Servicio de Urología del Hospital General del Estado. Hermosillo, Sonora. México.

Correspondencia: Dr. Roberto A. García Vázquez. Boulevard Luis Encinas S/N. Colonia San Benito. Hermosillo, Sonora. Teléfono: 614 142 2104. Fax: (01 662) 259 2505 y 259 2595. Correo electrónico: jesusdv@hotmail.com

■ INTRODUCCIÓN

Las hernias ureterales constituyen una entidad patológica rara. El diagnóstico habitualmente es incidental ya sea por hallazgo transoperatorio o estudios contrastados de imagen diversos. A continuación reportamos un caso de hernia ureteral inguino-escrotal paraperitoneal izquierda, aunado a hiperplasia prostática benigna, con síntomas obstructivos de tracto urinario bajo severos y hematuria macroscópica; con resolución quirúrgica del problema y seguimiento a un año y medio después de operado.

■ CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 69 años, con síntomas de obstrucción baja, severos y crónicos; con sonda transuretral por retención urinaria asociado con hematuria macroscópica y obesidad. Originario y residente de la ciudad de Hermosillo; manifiesta etilismo y tabaquismo ocasional. Hipertenso y portador de insuficiencia cardíaca congestiva, tratado con captopril y furosemide. Refiere una hernia inguino-escrotal izquierda de 20 años de evolución.

Su estudio se inició por datos de prostatismo y hematuria. Un ultrasonido renal reveló signos de ectasia renal izquierda y dilatación ureteral severa. La urografía excretora mostró la presencia de hernia ureteral inguino-escrotal, megauréter, hidronefrosis y ptosis renal izquierdas (**Imágenes 1 y 2**). Se le realizó hernioplastia inguinal abierta, mediante incisión media infraumbilical y transvesical. Durante el mismo tiempo quirúrgico, se le efectuó la reducción del gran saco herniario que contenía el uréter izquierdo paraperitoneal; el saco

peritoneal incluía intestino delgado y colon. Se realizó ureterotomía del tercio inferior para colocación de un catéter doble J (**Imagen 3**); prostatectomía transvesical y hernioplastia inguinal con técnica de Nyhus, sin material protésico. El paciente evolucionó satisfactoriamente en el posoperatorio y seis semanas después le fue retirado el catéter doble J. Un año y medio después permanece asintomático. Se muestra nuevo urograma excretor en la **Imagen 4**, que reveló involución del uréter izquierdo, remisión de la hidronefrosis e incluso, reversión de la ptosis renal.



Imagen 4. Imagen a los 18 meses de posoperatorio.



Imagen 1. Ptosis renal, hidronefrosis e hidroureter izquierdo.

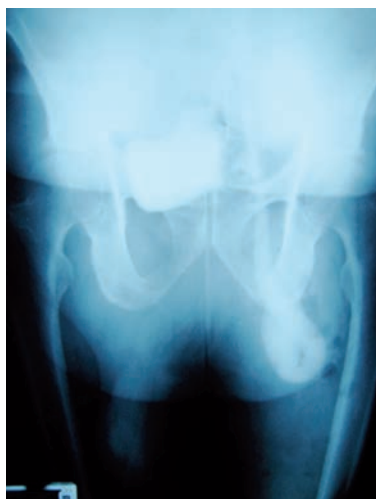


Imagen 2. Hernia ureteral inguino-escrotal izquierda.



Imagen 3. Imagen posoperatoria inmediata, con catéter doble J izquierdo.

■ DISCUSIÓN

Las hernias ureterales inguinales son raras. En la bibliografía existe informe de 140 casos hasta el momento.

Se describen dos tipos de hernias ureterales: para-peritoneal y extraperitoneal, constituyendo esta última una variante de tipo congénito y rara,^{1,2} descrita como un saco herniario que contiene el uretero y grasa retroperitoneal. La variante paraperitoneal puede incluir el uréter únicamente o además otros órganos abdominales, que pueden contenidos en el saco herniario,³ tal y como sucedió con nuestro paciente, cuyo saco herniario incluyó intestino delgado asociado al megauréter.

La urografía excretora, como estudio de escrutinio por la hematuria, expuso claramente las dimensiones del megauréter y la hernia, así como el signo radiográfico *curlicue sign* o uréter en espiral.² La ptosis renal suele ser otro signo concurrente con esta patología,⁴ también evidente en el estudio contrastado de nuestro caso. Su urografía excretora de control a los dieciocho meses del posoperatorio, mostró lo que parece la reversión del megauréter, con reubicación a su posición normal, ya que libre de la obstrucción y tracción, recobró su posición y tamaño original.

Posterior a la hernioplastia y prostatectomía, los síntomas de prostatismo y la hematuria macroscópica remitieron. No sabemos si los síntomas obstructivos del tracto urinario bajo sean un factor de riesgo para el desarrollo de las hernias ureterales, como sucede en el caso de hernias inguinales vesicales.⁵⁻⁷ La obesidad es un factor de riesgo mas, asociado a este caso.¹ Otros reportes describen la asociación entre defectos extrínsecos

de la pared vesical y el uréter, asociado a la elevación del piso vesical, por aumentó del volumen de la glándula prostática.⁶

■ CONCLUSIÓN

Posterior a la corrección quirúrgica del defecto herniario y, consecuentemente del efecto de obstrucción y contrapeso sobre un uréter, se apreció la capacidad del urotelio para revertir su tamaño, mostrando involución a su forma y posición anatómica normal, sin necesidad de corrección quirúrgica del tejido redundante. Este caso contribuye con los criterios para diagnóstico, los datos patológicos y los factores de riesgo, situaciones a considerar en el estudio de las hernias ureterales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Akpinar E, Turkbey B, Ozcan O. Bilateral scrotal extraperitoneal herniation of ureters: computed tomography findings and review of the literature. *J Comput Assist Tomogr* 2005;29(6):790-792.
2. Crespi-Porro R, Conti A, Campagnari S. Radiodiagnosis of ureteral and bladder hernia. A further case contribution. *Radiol Med* 1992;84(4):424-430.
3. Giglio M, Medica M, Germinale F. Scrotal extraperitoneal hernia of the ureter: case report and literatura review. *Urol Int* 2001;66(3):166-8.
4. Bertolaccini L, Giacomelli G, Bozzo RE. Inguino-scrotal hernia of a double district ureter: case report and literature review. *Hernia* 2005;9(3):291-293.
5. Escudero J, Ramos de Campos M, Ordoño Domínguez F. Inguinoscrotal bladder hernias. *Arch Esp Urol* 2007;60(3):231-236.
6. Goldin RR, Rosen RA. Effects of inguinal hernias upon the bladder and ureters. *Radiology* 1975;115(1):55-57.
7. Hisamatsu E, Sekido N, Tsustsumi M, Ishikawa S. A case of large inguinoscrotal bladder hernia secondary to benign prostatic obstruction. *Hinyokika Kiyo* 2005;51(6):393-397.