

HERNIA VESICAL INGUINAL (*)

Dr. Bolívar Delgado Pereira

Creemos que el interés de esta comunicación reside en una serie de hechos:

- 1) Porque a pesar de que la presencia de un fondo lateral de vejiga en las hernias inguinales ha sido avaluado en el 1 % aproximadamente (Watson, Puigvert) es raro que una gran porción de ella forme parte del contenido herniario como en este caso.
- 2) La sintomatología clara que indujo a buscar el contenido vesical herniario y preveer su posible lesión operatoria.
- 3) La táctica y técnica quirúrgica seguidas.
- 4) Los buenos resultados anatómicos y funcionales obtenidos.

Se trata del paciente S. A. de 57 años de edad que ingresó al Servicio en octubre de 1960 por dolor a nivel de sus regiones inguinales (H. Clínicas - Registro N° 138.648).

Presentaba una hernia inguinal bilateral de 25 años atrás habiendo sido intervenido de ambos lados en tres oportunidades por recidivas. La última intervención fue efectuada hace 10 años recidivando a los pocos meses.

No ha presentado accidente de tipo mecánico y sus hernias son irreducibles en el momento actual.

Desde la última operación nota dificultad para la micción que el paciente facilita con la maniobra de elevación de su hernia izquierda. No hay poliuria y las orinas son claras. Bronquitis crónica.

El examen abdominal muestra una pared hipotónica y con tendencia al vientre en alforja. Cicatriz de hernioplastia inguinal bilateral. Enorme tumefacción herniaria inguinoscrotal bilateral que desciende casi hasta la mitad del muslo. Ambas hernias son parcialmente reducibles. A izquierda es totalmente mate. A derecha parece existir un hidrocele y a izquierda el testículo es pequeño, blando y poco sensible.

El tacto rectal muestra una próstata chica y el canal anal y ampolla sin particularidades.

De los estudios realizados destacamos: **Cistografía** (Fig. No. 1 y 2) frente y perfil; la vejiga se introduce dentro de la hernia. La uretra prostática está desplazada hacia atrás.

(*) Trabajo presentado en la ½ hora previa en la Sociedad de Cirugía el día 24 de julio de 1963.

Radiografía de tórax: enfisema; cardiomegalia.

Funcional respiratorio: insuficiencia respiratoria importante.

Cistoscopia: no se pudo realizar.

Se intervino en primer lugar sobre su lado derecho: 19/X/60 Prof. A. Chifflet, Dr. W. García Russich, Dr. Bolívar Delgado.

Se trata de una hernia oblicua externa con un entero epiplocele. Se reseca éste y el saco. Plastia de la pared por planos.

El 9/XI/60 se intervino sobre su lado izquierdo: Dr. Bolívar Delgado, Dr. U. Larre Borges, Pte. Cedrés: incisión oblicua sobre el canal inguinal izquierdo que se prolonga hacia la fosa iliaca. Enorme contenido de la hernia donde

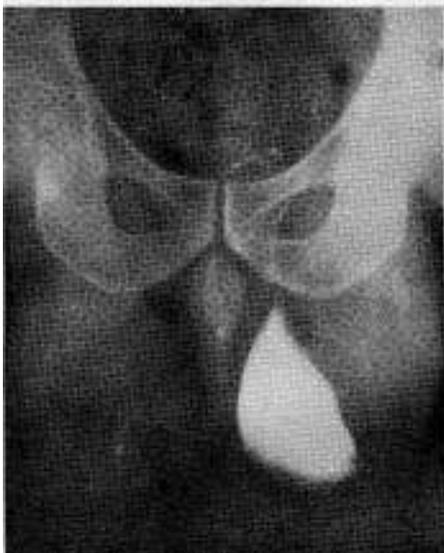


Fig. 1



Fig. 2

no se puede diferenciar claramente el saco de la vejiga. Pared posterior muy débil.

En la comisura superior se disocia oblicuo menor y transversal y seccionando el peritoneo se entra en la cavidad abdominal (abordaje como para la operación de La Roque). Se trabaja entonces por vía intraperitoneal sobre el contenido del saco individualizando a éste fácilmente. No se palpa vejiga por esta vía.

Se abre el saco por vía inguinal. Epiplocele con epiploitis que se reseca. En la cara interna del saco se encuentra una formación cubierta por grasa con los caracteres de la grasa prevesical. Tiene forma piriforme de unos 15 cm. de longitud, 12 cm. de ancho en su parte inferior y se introduce en la cavidad abdominal por un cuello de unos 6 cm. de diámetro. Se libera con cierta dificultad del saco peritoneal que está por fuera de ella. Se libera fácilmente del resto de los tejidos que la rodean y se reintegra al abdomen.

Liberación del saco peritoneal y resección del mismo.

Dada la enorme brecha parietal a cerrar, el hecho de que es la cuarta vez que se interviene y la edad del paciente se decide efectuar castración.

Cierre de la laparotomía y de la zona inguinal por planos.

En el postoperatorio recrudece su cuadro bronquial y supura la pared.

La micción se hace normalmente y una cistografía de control (Fig. 3) muestra a la vejiga completamente restituida a su topografía habitual.

El control postoperatorio alejado (2 años $\frac{1}{2}$ después) no muestra alteraciones miccionales y sí una pared continente.

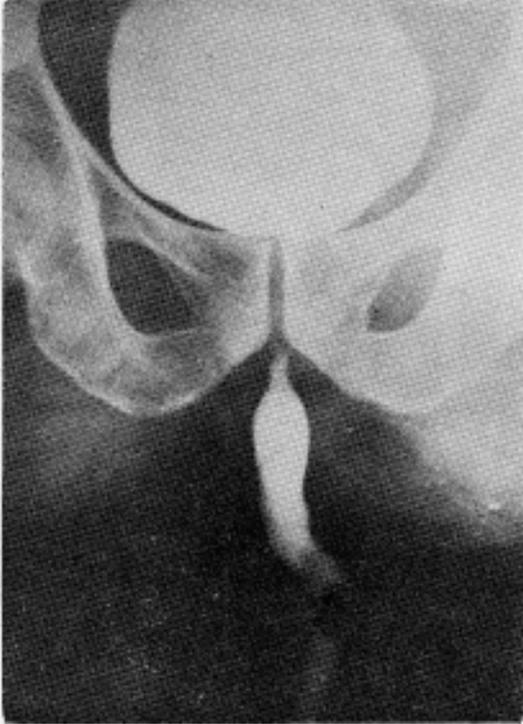


FIG 3

RESUMEN

Uniendo el hallazgo operatorio a la cistografía previa nos inclinamos a pensar que se trata de una hernia vesical inguinal de tipo paraperitoneal. Esta variedad de hernia vesical es la más frecuente según algunos autores.

Creemos que intervino en este paciente como causa predisponente para su hernia vesical inguinal además de la edad, la obesidad, el ser un bronquítico crónico y poseer una pared abdominal hipotónica, el

hecho de que había sido intervenido anteriormente en tres oportunidades por hernias y recidivas herniarias inguinales. Las tracciones del peritoneo producidas al cierre de los sacos herniarios arrastran la vejiga lateralmente y la acercan al orificio herniario.

Faltaban en cambio en este paciente los elementos de obstrucción urinaria sobre los cuales insiste Puigvert, que llevan a la distensión vesical y atonía del detrusor y facilitan la producción de la hernia vesical.

Tampoco existía un divertículo vesical que es el que a veces se hernia.

BIBLIOGRAFIA

- RIOS, BRUNO G., LARGHERO P. y VENTURINO W. — "Táctica y técnica racionales para el tratamiento de las grandes hernias por deslizamiento. La operación de La Roque". *El Día Médico Uruguayo* 36:2261, 1958.
- PUIGVERT, A. — "Hernia vesical inguinal". *Archivos Españoles de Urología*. Tomo XII, abril 1957.
- WATSON LEIGH F. — "Hernia". Editorial Artécnica. Buenos Aires 1952, pág. 739.

Dr. Alberto Valls: Voy a felicitar al Dr. Delgado por la presentación de este caso que es extraordinario. Nosotros no tenemos ocasión de ver nada similar, pero esto podría decirse que puede ser la exageración de lo que ocurre muchas veces, de la tendencia de la vejiga a venirse en las hernias, sobre todo en las hernias inguinales directas. Cuando uno opera muchas veces enfermos con hernias inguinales, sobre todo en las directas, ve que la tendencia que tiene el tejido sub peritoneal a venirse y lo mismo que la vejiga, uno se plantea si reparando la pared sólo, uno ha cumplido con toda su tarea, si no hay que hacer alguna cosa para evitar que venga la vejiga a golpear con su tejido visceral contra la pared interior del abdomen reparada. Nosotros vamos a presentar un trabajo dentro de poco, al respecto; sobre tratamiento del tejido celular subperitoneal, a ese nivel. Y hace poco operamos a un enfermo que tenía ese problema, se venía la vejiga, y estaba pensando que nos podemos servir de un detalle y es que el mojón externo que hay por fuera de la vejiga que es la arteria umbilical fibrosa, podía servir como medio de contención, fijándolo a la hoja posterior de la vaina del recto, que es la zona justamente más fuerte de la pared anterior del abdomen, a ese nivel. Nada más.