



Archivos Españoles de Urología

ISSN: 0004-0614

urologia@arch-espanoles-de-urologia.es

Editorial Iniestares S.A.

España

Pastor Navarro, Héctor; Martínez Ruiz, Jesús; Carrión Lopez, Pedro; Martínez Sanchíz, Carlos;
Lorenzo Romero, Juan Gabriel; Cañamares Pabolaza, Luis; Polo Ruiz, Lorenzo; Pastor Guzmán, José
María; García Blazquez, Emilio; Virseda Rodríguez, Julio Antonio

Tumor en hernia vesical inguinoescrotal

Archivos Españoles de Urología, vol. 63, núm. 6, agosto, 2010, pp. 471-476

Editorial Iniestares S.A.

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181017339009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

- Primary synovial sarcoma of the kidney with rhabdoid features. Int J Surg Pathol. 2007;15(4):421-8.
10. Cihak RA, Lydiatt WM, Lydiatt DD, Bridge JA. Synovial sarcoma of the head and neck: chromosomal translation (X;18) as a diagnostic aid. Head Neck 1997; 19: 549-553.
 11. Dei Tos AP, Dal Cin P, Sciot R, Furlanetto A, Da Mosto MC, Giannini C, et al. Synovial sarcoma of the larynx and hypopharynx. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 1998; 107: 1080-5.
 12. Iwasaki H, Ishiguro M, Ohjimi Y, Ikegami H, Takeuchi T, Kikuchi M, et al. Synovial sarcoma of the prostate with t(X;18)(p11.2;q11.2). Am. J. Surg. Pathol. 1999; 23: 220-6.
 13. Argani P, Faria P, Epstein JI, Reuter VE, Beckwith B, Ladanyi M. Primary renal synovial sarcoma: molecular and morphologic delineation of an entity previously included among embryonal renal sarcoma. Am. J. Surg. Pathol. 2000; 24: 1087-96.
 14. Faria P, Argani P, Epstein JI, Reuter VE, Beckwith B. Primary synovial sarcoma of the kidney: A molecular reappraisal of a subset of so-called embryonal renal sarcoma (Abstract). Mod. Pathol. 1999; 12: 94A.
 15. Folpe AL, Schmidt RA, Chapman D, Gown AM. Poorly differentiated synovial sarcoma: immunohistochemical distinction from primitive neuroectodermal tumors and high-grade malignant peripheral nerve sheath tumors. Am J Surg Pathol 1998; 22:673.
 16. Olsen SH, Thomas DG, Lucas DR. Cluster analysis of immunohistochemical profiles in synovial sarcoma, malignant peripheral nerve sheath tumor, and Ewing sarcoma. Mod Pathol 2006; 19:659.
 17. Winneppenckx V, De Vos R, Debiec-Rychter M, Samson I, Brys P, Hagemeijer A, et al. Calcifying/ossifying synovial sarcoma shows t(X;18) with SSX2 involvement and mitochondrial calcifications. Histopathology 2001; 38:141.
 - *18. Krane JF, Bretoni F, Fletcher CD. Myxoid synovial sarcoma: an underappreciated morphologic subset. Mod Pathol 1999; 12:456.
 - *19. Fisher C, Montgomery E, Healy V. Calponin and h-caldesmon expression in synovial sarcoma; the use of calponin in diagnosis. Histopathology 2003; 42:588.
 - *20. Ono H, Yoshikawa H, Ueda T, Yamamura H, Kudawara I, Manou M, et al. Expression of smooth muscle calponin in synovial sarcoma. Sarcoma. 1999;3(2):107-13.
 - *21. Mirza M, Zamilpa I, Bunning J. Primary renal synovial sarcoma. Urology. 2008;72(3):716.e11-2.
 22. Gabilondo F, Rodríguez F, Mohar A, Nuovo GJ, Domínguez-Malagón H. Primary synovial sarcoma of the kidney: corroboration with in situ polymerase chain reaction. Ann Diagn Pathol. 2008;12(2):134-7.
 - **23. Kim DH, Sohn JH, Lee MC, Lee G, Yoon GS, Hashimoto H, et al. Primary synovial sarcoma of the kidney. Am J Surg Pathol. 2000;24(8):1097-104.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol. 2010; 63 (6): 471-476

**TUMOR EN HERNIA VESICAL
INGUINOESCROTAL**

Hector Pastor Navarro, Jesús Martínez Ruiz, Pedro Carrión Lopez, Carlos Martínez Sanchís, Juan Gabriel Lorenzo Romero, Luis Cañamares Pabolaza, Lorenzo Polo Ruiz, José María Pastor Guzman, Emilio García Blazquez¹ y Julio Antonio Virseda Rodríguez.

Servicio de Urología y Servicio de Cirugía General¹. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. España.

Resumen.- OBJETIVO: Mostramos dos casos de neoplasia urotelial en hernias vesicales inguinoescrotales y referimos su escasa incidencia.

METODOS: Se describe el diagnóstico y tratamiento efectuado con cistectomía parcial y herniorrafia.

RESULTADOS: Ambos pacientes al cabo de dos y tres años respectivamente han tenido buena evolución clínica, sin recidiva herniaria ni del tumor.

CONCLUSIONES: Las hernias vesicales inguinales son relativamente frecuentes, pero los casos de tumor en la vejiga herniada son escasos en la literatura. El tratamiento persigue eliminar el tumor, reparar la hernia y tratar si existe la patología uretraprostática.



CORRESPONDENCIA

Hector Pastor Navarro
Servicio de Urología.
Complejo Hospitalario Universitario de
Albacete.
Albacete (España).

hektorpn@hotmail.com

Aceptado para publicar: 5 de febrero 2010

Palabras clave: Hernia vesical inguinoescrotal. Cistectomía parcial. Herniorrafia. Tumor.

Summary.- OBJECTIVE: To describe two cases of urothelial tumors in inguinoscrotal bladder hernias and comment on the low incidence of this condition.

METHODS: Two patients were diagnosed and treated by partial cystectomy and hernia repair.

RESULTS: The clinical outcome of both patients was good at two and three years, respectively, and neither patient experienced hernia or tumor recurrence.

CONCLUSIONS: Inguinal bladder hernias are relatively common. However, few reports of tumor in the herniated bladder have been published. Treatment consists of tumor removal, hernia repair and treatment of any associated urethroprostatic condition.

Keywords: Inguinoscrotal bladder hernia. Partial cystectomy. Herniorrhaphy. Tumor.

Diagnosticado de adenoma prostático, con prostatismo leve en los últimos seis o siete años, en tratamiento con alfabloqueantes. A la exploración física se apreció gran hernia inguinoescrotal izquierda irreductible. En Urografía I.V. y cistografía retrógrada de cinco años antes, se comprobó la existencia de gran hernia vesical inguinoescrotal, pero sin defectos de repleción evidentes (Figuras 1 y 2), no aceptando entonces la intervención quirúrgica para reparación de la hernia. Consultó por hematuria moderada en varias ocasiones en los últimos meses.

Con ecografía no se visualizó patología en la porción de vejiga pélvica, pero si en la ecografía de la vejiga herniada, donde existe formación ecogénica de 2,5 cm, sugestiva de tumor (Figura 3).

Se realizó endoscopia vesical con anestesia raquídea, resecándose pequeño urotelioma asentado en cuello vesical, pero sin poder acceder a la vejiga herniada, pues fue imposible la reducción manual. Por ello se indicó cirugía abierta, con abordaje por vía inguinal con extirpación de la cicatriz de herniorrafia anterior, disecándose todo el contenido herniario, constituido en su mayor parte por vejiga, y pequeño saco peritoneal externo (Figura 4).

Se individualizó extensamente la vejiga y se resecó el saco peritoneal. Se abrió la cavidad vesical, comprobándose la existencia del tumor, y efectuándose cistectomía parcial con amplio margen de seguridad (Figuras 5 y 6).



FIGURA 1. U.I.V. con Rx en bipedestación donde se aprecia la hernia vesical izquierda.

INTRODUCCIÓN

Un pequeño deslizamiento vesical acompañando a una hernia inguinal es relativamente frecuente, puede darse en 1-3 % de las hernias, y hasta el 10 % en varones de más de 50 años. En la patogénesis de este proceso influyen de forma fundamental, entre otras causas, la debilidad de la pared abdominal y una amplitud anormal del canal inguinal. La incidencia de tumores en hernias inguinales es escasa.

PRESENTACIÓN

Hay publicados en la literatura internacional alrededor de 20 casos de tumores intracavitarios en la vejiga herniada. Se presentan dos casos de neoplasia urotelial en la porción de vejiga herniada en dos pacientes con dos voluminosas hernias inguinoescrotales.

MATERIAL Y MÉTODOS

CASO 1

Paciente de 72 años con antecedentes personales de:

- ACV hace 38 años con hemiparesia residual.
- Úlcus duodenal.
- EPOC.
- Cólicos biliares.
- Herniorrafia inguinal bilateral, hace más de 30 años.



FIGURA 2. Cistografía retrograda con llenado del gran saco herniario vesical.

Reducción vesical al abdomen y herniplastia con malla de polipropileno.

En el estudio de anatomía patológica se informa: "Pieza de cistectomía parcial de 7,5x 6x3 cm en la que se aprecia tumoración pediculada de 2,5 cm de diámetro máximo" y en el estudio microscópico se aprecia "carcinoma urotelial con atipia severa que crece preferentemente en forma exofítica hacia la luz vesical con patrones papilar y sólido invadiendo la submucosa; los bordes quirúrgicos están libres". Diagnóstico anatomo-patológico: Carcinoma urotelial papilar y sólido; pT1, G3

Se administraron instilaciones vesicales con mitomicina durante un año.

Dos años después de la intervención el paciente no ha presentado recidiva tumoral ni del proceso herniario.

CASO 2

Paciente de 84 años con antecedentes personales de:

- EPOC.
- Apendicectomía.
- HTA.
- Isquemia crónica en miembro inferior izquierdo.

Consultó en nuestro servicio por hematuria macroscópica con coágulos en varias ocasiones y citología urinaria



FIGURA 3. Ecografía inguinoescrotal con visualización de la hernia, el tumor y el testículo.

positiva para células malignas. Así mismo refería prostatismo moderado consiguiendo mas potencia del chorro urinario con la compresión de la hernia. A la exploración física se evidenció voluminosa hernia inguinoescrotal derecha que se reduce solo parcialmente. PSA en cifras normales y tacto rectal compatible con HBP. En TAC abdominopélvico se demostró la hernia inguinal con contenido vesical, objetivándose engrosamiento de la pared anterolateral derecha que presenta un crecimiento mamelonado hacia la luz vesical y un crecimiento de la masa hacia la vejiga herniada (Figura 7).

Se efectúa endoscopia vesical bajo raquianestesia observándose implantes tumorales en zona anterolateral derecha y en cuello vesical herniario procediéndose

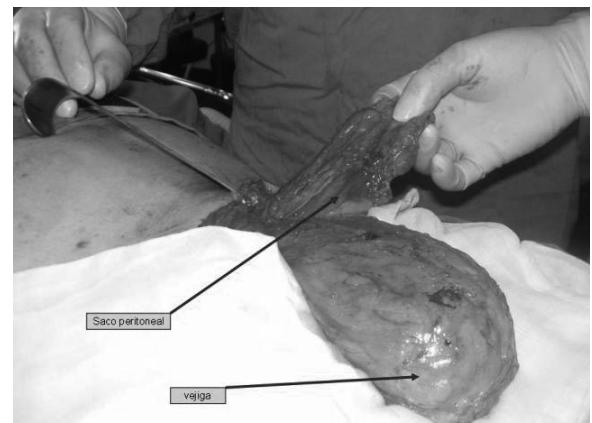


FIGURA 4. Detalle de la cirugía con la individualización del saco y de la vejiga herniados.

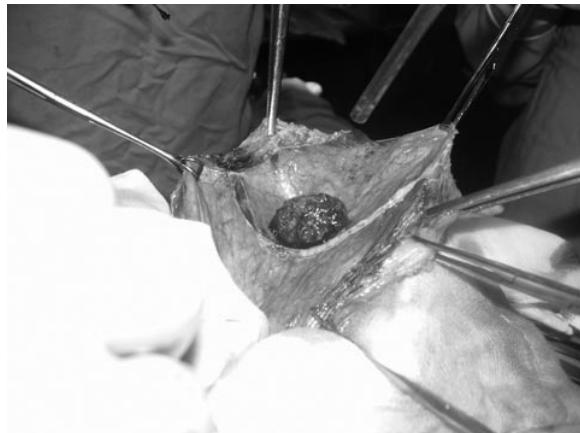


FIGURA 5. Cistectomía parcial.

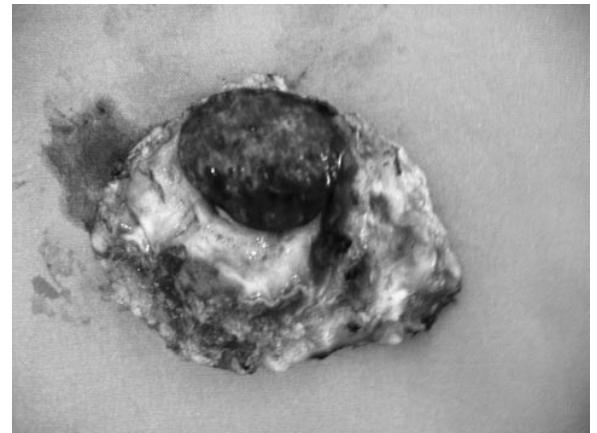


FIGURA 6. Pieza quirúrgica de cistectomía parcial.

a practicar RTU del tumor visible pero siendo esta incompleta por no ser accesible la vejiga herniada. La histopatología de los fragmentos de resección de carcinoma urotelial pT1,G2. Por vía media infraumbilical suprapúbica se procedió a la reducción intraabdominal de la hernia, disección y exéresis del saco herniario y cierre del orificio herniario inguinal; apertura vesical comprobando la existencia de tumor papilar de aproximadamente 7 cm de diámetro, efectuándose cistectomía parcial con margen de seguridad de dos centímetros; el estudio histológico mostró un carcinoma papilar y sólido pT1,G3. En control postoperatorio se realizó cistografía retrograda comprobándose la estanqueidad antes de retirar la sonda vesical (Figura 8) con reflujo vesicoureteral izquierdo.

Se trató con BCG intravesical y alfabloqueantes.

Sigue controles periódicos en consulta externa sin apreciarse recidiva tumoral ni del proceso herniario, desde hace tres años.

DISCUSIÓN

La protrusión de la vejiga a través de un orificio herniario es relativamente frecuente; un pequeño deslizamiento vesical acompañando a una hernia inguinal directa o indirecta se da en el 1-3% de los casos, llegando hasta el 10% en pacientes mayores de 50 años (1-5). El 75 % de las hernias vesicales se asocia a hernia inguinal; un 23% a hernia crural y el 2% a otros tipos de



FIGURA 7. TAC con contraste donde se aprecia tumor en zona anterosuperior derecha de la vejiga y en el interior de la hernia vesical.



FIGURA 8. Cistografía a los 8 días de la cistectomía parcial.

hernia(obturatrices, perineales, línea alba, umbilicales. etc.) (6,7). La hernia vesical inguinal gigante es mucho menos frecuente. En la patogénesis de este proceso intervienen la debilidad de la pared abdominal y una amplitud anormal del canal inguinal, obesidad, alteraciones de la morfología de la pared vesical secundarias a procesos obstructivos del tracto urinario inferior, y fibrosis o adherencias vesicoperitoneales producidas por traumatismos o cirugías previas de la zona que ejercen fijación y tracción al anillo y saco herniario (1-4). Según su relación con el peritoneo se denominan:

A) Paraperitoneales, son las mas frecuentes (60 %) y suelen ser grandes, en ellas el peritoneo-saco herniario cubre la cara externa de la vejiga herniada; pueden ser directas o indirectas.

B) Extraperitoneales, no las recubre el peritoneo, suelen ser pequeñas y suponen alrededor del 32 %.

C) Intraperitoneales, el peritoneo tapiza toda la porción de vejiga herniada; son las menos frecuentes (4 %) y son indirectas. Estas dos últimas suelen ser reductibles (1-4,6,7). En ocasiones se hernia un divertículo vesical e incluso el uréter pudiendo provocar una uropatía obstructiva. En pacientes jóvenes la sintomatología deriva de la hernia intestinal, siendo frecuente su diagnóstico intraoperatorio, durante la cirugía electiva de la hernia (7); en pacientes mayores de 50 años puede asociarse clínica de infección urinaria, prostatismo, hematuria o retención urinaria.

Es característica la micción en dos tiempos, con aumento del flujo urinario al comprimir la hernia o elevar el escroto (signo de Mery) (1,4,6,7), pudiéndose apreciar la disminución del volumen herniario después de la micción.

El reconocimiento preoperatorio de la existencia de la hernia vesical contribuye a evitar lesiones vesicales y ureterales durante la herniorrafia. Se deberá sospechar la existencia de hernia vesical en pacientes añosos con clínica de prostatismo, y el diagnóstico puede ser confirmado con Urografía I. V con diversas proyecciones sin omitir la de bipedestación, ecografía, cistografía retrógrada, TAC, y cistoscopia.

La triada urográfica descrita por Reardon y Lowman (8) con el desplazamiento lateral de uno o ambos uréteres, la vejiga pequeña y asimétrica, y la visualización incompleta de la base vesical nos puede aproximar al diagnóstico de la hernia vesical, permitiendo conocer el estado del aparato urinario superior.

La ecografía de la hernia mostrará el componente líquido de la misma, pudiendo evidenciar contenido patológico como tumores y cálculos.

La cistografía retrógrada y miccional es la prueba de imagen clásica, más sensible y sencilla para el diag-

nóstico de la hernia vesical. Se ha recomendando su realización en hernias grandes y en pacientes mayores de 50 años (5), y quizás al menos en aquellos pacientes que refieran clínica sugestiva de la existencia de hernia vesical: micción en dos tiempos, mayor proyección del chorro con la presión sobre la hernia y disminución del volumen herniario después de la micción.

Otro métodos diagnósticos de imagen, mas sofisticados como el TAC y la RMN son utilizados, y aunque no son imprescindibles para el diagnóstico de la hernia, pueden reemplazar en algunos casos ventajosamente a la UIV e incluso a la cistografía, especialmente las modalidades de TAC de las últimas generaciones, los TAC helicoidales y los TAC multidetectores con las reconstrucciones en diversos planos, cuando existe patología dentro de la hernia especialmente tumoral, permitiendo ver la relación con estructuras vecinas, la afectación o infiltración de la pared, y la localización y orientación del cuello herniario respecto al tumor (9). Combinando el TAC y cistografía con aire puede conseguirse información adicional del estado de la posible infiltración parietal (10).

En los tumores de la vejiga herniada la exploración endoscópica puede no ser diagnóstica, al no poder accederse al interior de la misma si no se reduce el saco herniario, quizás la utilización del cistoscopio flexible pudiera ser útil en estos casos.

Las complicaciones pueden ser las propias de los procesos herniarios (incarceración, estrangulación-necrosis y obstrucción intestinal) y las específicamente urológicas: uropatía obstructiva y las provocadas o favorecidas por la orina residual en la vejiga herniada, infecciones urinarias, litiasis y tumores (1,4,5).

El diagnóstico diferencial debe hacerse con hidrocele abdominoescrotal, divertículo vesical, hernia de quiste mesentérico y quiste de cordón espermático voluminoso.

En las hernias de larga evolución que de forma aguda se complican, asociadas o no a síndrome o síntomas sugestivos de neoplasia, hay que pensar en un tumor oculto.

La existencia de tumoraciones malignas en hernias de la pared abdominal es una situación clínica poco frecuente, que se ha descrito en menos del 0,5 % de las herniorrafias; la asociación mas frecuente es con las hernias umbilicales y en menor proporción con las inguinales (11,12). Los tumores metastásicos son los mas frecuentes, en primer lugar los de origen gastrointestinal, probablemente por su proximidad a los orificios herniarios, seguidos a distancia por neoplasias de partes blandas(sarcomas y angiomiomas agresivos), mesoteliales, ováricos, hematológicos, neoplasias de origen desconocido, vesicales, de páncreas, vías biliares, cutáneos(melanoma), endometrio, timo, riñón, y pe-

ricardio (11). La existencia de tumores en la mucosa de la vejiga herniada es muy infrecuente; su frecuencia entre los tumores de sacos herniarios es del 5,34 % (11).

El objetivo del tratamiento es eliminar el tumor, reparar el proceso herniario y corregir la patología obstructiva del tracto urinario inferior si existiera. Algunos autores propugnan la cistectomía parcial en el mismo acto quirúrgico que la hernioplastia; otros aconsejan la reparación herniaria con la restitución de la vejiga a la pelvis y posterior resección transuretral del tumor. Así mismo puede ser necesario en algunos casos hacer tratamiento médico o quirúrgico de la patología obstructiva uretro-prostática coexistente.

En muchos casos la supervivencia del paciente es escasa por la tardanza y la dificultad de hacer el diagnóstico preciso, y el sombrío pronóstico, que en general conlleva la existencia de una neoplasia asociada a saco herniario (11,12).

A pesar del mal pronóstico en general de los tumores de saco herniario (11), es lógico pensar, que independiente del retraso diagnóstico, dependerá del tipo histológico y del estadio; así en aquellos tumores de mucosa de vejiga herniada, sobre todo cuando asientan en una pared vesical integra y con muscular bien desarrollada(nuestros dos casos tenían una pared vesical-muscular normal) el pronóstico no debería ser muy distinto a los de localización en vejiga pélvica; peor pronóstico tendrán los tumores desarrollados en un divertículo herniado y quizás en los que no tienen la barrera peritoneal interpuesta(extraperitoneales y paraperitoneales), donde la infiltración de tejidos vecinos puede ser mas precoz.

Solo hemos encontrado dos casos publicados por autores españoles (12,13); y en la literatura internacional(Medline/Pubmed) alrededor de 20.

CONCLUSIONES

Las hernias vesicales inguinales son relativamente frecuentes, pero los casos de tumor en la vejiga herniada son escasos en la literatura. El tratamiento persigue eliminar el tumor, reparar la hernia y tratar si existe la patología uretroprostática.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

1. Pereira Arias JG, Gutierrez Diez JM, Ateca-Diaz Obregon R, Berreteaga Gallastigui JR. Hernia vesical inguinocrotal gigante asociada a tumor vesical. Actas Urol Esp 1998;22(5):449-53.
- *2. Soloway HM, Portney F, Kaplan A. Hernia of the bladder. J Urol 1960; 84:539-43.
3. Epner SL, Rozemblit A, Gentile R. Direct inguinal hernia containing bladder carcinoma: CT demonstration. AJR Am J Roentgenol 1993; 161(1): 97-98.
- *4. Juan Escudero JU, Ramos de Campos M, Ordoño Dominguez F, Fabuel Deltoro M, Serrano de la Cruz Torrijos F, Navalón Verdejo P, et al. Hernias vesicales inguinocrotales. Arch Esp Urol 2007;60(3): 231-6.
5. Yagci C, Aytac S, Atasoy C. Scrotal cystocele associated with bladder cancer diagnosed by ultrasonography. J Ultrasound Med 1996; 15(11): 793-5.
- *6. Sousa Escandón A, Díaz Tie M, Maceira Quintian F, Armesto Fernández M, Lapeña Villarroya JA, González Uribarri C. Hernias vesicales inguinales del adulto. Arch Esp Urol 1999; 52(2): 114-7.
7. Conde Sanchez JM, Espinosa Olmedo J, Salazar Muriel R, Vega Toro P, Amaya Gutierrez J, Alonso Flores J, et al. Hernia vesical inguinocrotal gigante. Caso clínico y revisión de la literatura. Actas Urol Esp 2001; 25(4): 315-9.
8. Reardon JV, Lowman RM. Massive herniation of the bladder: the roentgen findings. J Urol 1967; 97:1019-20.
9. Das CJ, Debnath J, Thulkar SP, Kumar L, Vashist S. Transitional cell carcinoma in a herniated vesical diverticulum. Br J Radiol 2007; 80(957): e227-e229.
10. Caterino M, Finocchi V, Giunta S, de Carli P, Grecco M. Bladder cancer within a direct inguinal hernia: CT demonstration. Abdom Imaging 2001; 26(6): 664-6.
- *11. Rubio Barbon S, Triviño Lopez A. Neoplasias malignas asociadas a saco herniario. Un hallazgo no tan excepcional. Cir Esp 1995; 58:150-5.
- *12. Pardo Garcia JL, Perez Calvo J, Domingo Garcia P, Carrasco Gonzalez L, Gonzalez Pina B, Murcia Valcarcel A. Cáncer de vejiga oculto en hernia inguinal incarcerrada. Aportación de un caso y revisión de la literatura. Arch Esp Urol 1997; 50(9): 1007-9.
13. Dario Casas J, Mariscal A, Gallart A. Bladder cancer within an inguinocrotal bladder hernia. AJR Am J Roentgenol 1997;169(4):1194-5.