



**Ureterohidronefrosis izquierda
secundaria a encarceración de
ureter en hernia inguinal. A
propósito de un caso y revisión de
la literatura
Hydronephrosis secondary to
urtereral incarceration in an
inguinal hernia. Case report and
review**

10.20960/rhh.00212

Ureterohidronefrosis izquierda secundaria a hernia por deslizamiento con encarceración de uréter en hernia inguinal.

Presentación de un caso

Hydronephrosis secondary to ureteral incarceration in an inguinal hernia.

Case report and review

José Luis García Galocha¹, María Jesús Peña Soria¹, Daniel Santos Arrontes², Patricia Sáez Carlín¹, Cristina Sánchez del Pueblo¹, Juan Jesús Cabeza Gómez¹, Ana Muñoz Rivas¹, Antonio José Torres García¹

Servicios de ¹Cirugía General y ²Urología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid (España)

Autor para correspondencia: José Luis García Galocha. Servicio de Cirugía General. Hospital Clínico San Carlos. C/ Profesor Martín Lagos, s/n. 28040 Madrid (España)

Correo electrónico: jgalocha1990@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El primer caso descrito de uréter contenido en un saco herniario inguinal se remonta a 1880: un hallazgo incidental en una autopsia por parte de Leroux. Desde entonces, aparecen muy pocos casos reportados en la literatura.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 74 años sin antecedentes médicos de interés que consulta a Urología por un cuadro de disuria, nicturia y sensación de micción incompleta. Es diagnosticado de hiperplasia benigna prostática. En las pruebas complementarias realizadas, se evidencia incidentalmente una importante ureterohidronefrosis izquierda. En una evaluación con detalle del escáner se observa que es secundaria a la encarceración del uréter en un saco inguinoescrotal ipsilateral.

En la exploración física, nuestro paciente presentaba una importante hernia inguinoescrotal izquierda que con maniobras de taxis únicamente lograba reducirse parcialmente. No presentaba cambios tróficos cutáneos

ni sintomatología abdominal asociada. Se decide tratamiento quirúrgico simultáneo de la hipertrofia benigna de próstata junto con la reparación herniaria y reducción del uréter a fin de tratar la dilatación ureterocalicial. Se lleva a cabo un abordaje doble: laparotomía media e inguinal izquierda para tratar ambas patologías.

Conclusiones: A pesar de ser un hallazgo extremadamente infrecuente, debe tenerse en cuenta en pacientes con hernia inguinal y síntomas urológicos asociados. El diagnóstico debe confirmarse siempre con pruebas de imagen: inicialmente con ecografía y posteriormente con TAC. El tratamiento es quirúrgico y se basa en la reducción del uréter a su localización original y la reparación herniaria.

Palabras clave: Hidronefrosis, uréter, hernia.

ABSTRACT

Since de first case in 1880, a few cases have been reported in the literature.

We present 74 years old men who have left hydronephrosis due to an ureteral incarceration in a inguinal hernia. We repair it with a laparotomy and inguinal incision via.

Although it is uncommon, we should think on it when we have a patients that associate urological symptoms with an inguinoscrotal hernia. For the diagnosis we have to do a sonography , but the gold standard is a CT scan. The treatment includes replace the ureter into de abdominal cavity and repair the inguinal hernia.

Key words: Hydronephrosis, ureteral, hernia.

INTRODUCCIÓN

Las hernias inguinales e inguinoescrotales son una patología con una alta prevalencia en la población general, con origen multifactorial, debido a factores individuales como la genética, enfermedades previas

(colagenopatías) o la medicación habitual (fármacos anticoagulantes...), a los que se le asocia un incremento de la presión intrabdominal sobre una zona de debilidad anatómica. Entre el contenido del saco herniario es frecuente encontrar grasa preperitoneal y epiploica y asas de intestino delgado y colon. Sin embargo, resulta extremadamente raro encontrar el uréter herniado en pacientes sin anomalías renoureterales congénitas.

Por ello, al hacer una revisión sistemática de la literatura nos encontramos con pocos casos publicados al respecto; no obstante, su conocimiento resulta de vital importancia para el cirujano —tanto general como especialista— en pared abdominal, de ahí la importancia de presentar el caso de nuestro paciente, tratado por el equipo de cirugía de pared abdominal del Hospital Clínico San Carlos (Madrid) a fin de dar a conocer dicha patología con el objetivo de evitar lesiones inadvertidas durante la reparación herniaria, lo que representa uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes tanto en la cirugía programada como en la urgente.

CASO CLÍNICO

Hombre de 74 años de edad, con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia y obesidad, con IMC de 37. Padecimiento actual de 1 año de evolución con síntomas severos del tracto urinario inferior (polaquiuria, nocturia y tenesmo vesical) secundario a hiperplasia benigna de próstata (HBP), con un índice internacional de síntomas prostáticos (IPSS) > 20. A la exploración física presentaba una gran hernia inguinoescrotal izquierda, parcialmente reductible con maniobras de taxis, indolora a la palpación y sin cambios tróficos cutáneos. La exploración abdominal resultaba rigurosamente normal, además de la analítica rutinaria. Se decide intervención quirúrgica del paciente. Como parte del estudio preoperatorio, inicialmente se realiza una ecografía abdominal que muestra una urterohidronefrosis izquierda de origen desconocido, no litiásica; por ello, se completa el estudio con un uro-TAC en el que se identifica que el uréter del lado izquierdo se introduce en una hernia inguinoescrotal gigante ipsilateral. Además, deslizados dentro del saco,

aparecen también el colon sigmoideo, parte del epiplón mayor y grasa preperitoneal, todos ellos sin signos de complicación. Se presenta el caso en comité multidisciplinar y se decide la corrección quirúrgica simultánea de la hiperplasia prostática y de la hernia inguinoescrotal gigante.

Técnica quirúrgica. En primer lugar, se accede a la cavidad abdominal por una laparotomía media infraumbilical para su exploración y se evidencia una gran hernia inguinal con el saco alojado en la región inguinoescrotal izquierda (accediendo al canal a través de orificio inguinal profundo izquierdo, lateral a los vasos epigástricos).

Con maniobras de taxis, consigue reducirse todo el contenido al abdomen. Se abre el saco peritoneal y se halla en su interior una estructura tubular blanquecina correspondiente al uréter izquierdo, sin signos de lesión. Además, se comprueba la viabilidad e integridad del colon sigmoideo deslizado y se reduce al abdomen junto con el epiplón. El equipo de urología realiza en ese momento una prostatectomía retropúbica según técnica de Millin, con enucleación digital del adenoma. A continuación, se lleva a cabo el cierre del orificio herniario vía intrabdominal, que se refuerza con prótesis biosintética de 20 × 20 centímetros (BIO-A) colocada en posición intraperitoneal y fijada con puntos de polifilamento reabsorbible 2/0 (Vicryl 2/0) al peritoneo parietal.

Con el fin de reforzar la pared del conducto inguinal, se completó el procedimiento con una hernioplastia inguinal anterior convencional. Se llevó a cabo una incisión de Gregoire sobre el canal inguinal izquierdo, seguida de disección y esqueletización del cordón espermático. Volvió a comprobarse la integridad de sus elementos para realizar finalmente una hernioplastia según la técnica de Lichtenstein con malla de polipropileno de 6 × 11 centímetros.

Después de la cirugía, el paciente evoluciona de forma favorable sin objetivarse recidiva herniaria y desaparición de la ureterohidronefrosis izquierda a los 9 meses de seguimiento.

DISCUSIÓN

La primera publicación de un caso de uréter contenido en una hernia inguinal se atribuye a Doumarshkin en 1937. Sin embargo, fue descrito anteriormente (en 1880) como hallazgo en una autopsia por Leroux. Desde entonces y hasta la actualidad, únicamente aparecen en la literatura unos 150 reportes^{1,2}.

Como es lógico pensar, se trata de un hallazgo extremadamente infrecuente en pacientes con riñones nativos, debido principalmente al carácter retroperitoneal de esta estructura. Cuando se presentan, generalmente aparecen como contenido de una hernia indirecta, en pacientes varones obesos en la sexta década de vida. No obstante, y aún más infrecuentes, también existen casos en mujeres como contenido de hernia inguinal o incluso crural^{3,4}.

Hay tres factores de riesgo fundamentales y prácticamente comunes en todos los casos: la obesidad, las alteraciones en el colágeno y el trasplante renal ipsilateral.

En la serie publicada por Allam⁴, se presenta además como un factor de riesgo importante una separación superior a 1 cm entre el uréter y el músculo psoas ipsilateral a nivel de L4 medido en prueba de imagen (TAC abdominal).

Con respecto a su clasificación, que representa uno de los puntos comunes y más importantes en todas las revisiones, existen dos tipos principales^{4,5}:

-Paraperitoneales. Suponen un 80% del total, son adquiridas y más frecuentes en varones, en el lado derecho y con un verdadero saco herniario, ya que el uréter acompaña a su pared posterior, que en la mayoría de las ocasiones contiene vísceras abdominales (fundamentalmente, intestino delgado).

-Extraperitoneales. Representan el 20% restante y, en la mayoría de los casos, son congénitas, causadas por un fallo en la separación del proceso ureteral del conducto de Wolff en el periodo embrionario. Además, no existe verdadero saco herniario.

En cuanto a los síntomas generados al paciente, la mayoría de las veces son asintomáticas y representan un hallazgo incidental en las pruebas de imagen preoperatorias o en la propia intervención (este último caso

supone un verdadero problema debido al elevado riesgo de realizar una lesión inadvertida del uréter durante la hernioplastia).

Con la evolución de este tipo de hernias, debido a la compresión, estenosis y/o tortuosidad del uréter al formar parte de un saco herniario generalmente con otras vísceras, se produce dilatación pielocalicial del riñón ipsilateral, lo que da lugar a hidronefrosis y hace imprescindible la cirugía para su corrección^{6,7}. Por ello, ante un grado razonable de sospecha (hernia inguinoescrotal con síntomas urinarios asociados), debe realizarse un examen físico cuidadoso seguido de una prueba de imagen: inicialmente, una ecografía renal que nos confirmará la existencia de hidronefrosis ipsilateral, en cuyo caso el estudio debe completarse con un uro-TAC a fin de delimitar completamente el trayecto del uréter desde la pelvis renal hasta la vejiga y sus relaciones anatómicas con las estructuras del canal inguinal. Además, en ocasiones se precisa valorar la función renal con otras pruebas, entre las que destaca el escáner con ácido dimercaptosuccinico (DMSA), como en el caso presentado por Malde². La mayoría de las series recomiendan, una vez diagnosticado, tutorizarlo con un catéter ureteral preoperatoriamente, si es posible, a fin de facilitar su identificación durante el acto quirúrgico o incluso colocar un estent. Haciendo referencia a ello, aparece uno de los casos del estudio de Mckay³. Si se asocia hidronefrosis, puede ser necesario mantener dicho catéter para resolverla o asociar simultáneamente otros procedimientos urológicos. Puede ser necesaria una resección parcial del uréter y un reimplante vesical para minimizar la estenosis, técnica descrita en uno de los casos expuestos en el trabajo de Mckay^{3,7}. En nuestro paciente, debido a la escasa tortuosidad del uréter, así como a la adecuada función renal preoperatoria, no se realizó tutorización previa del uréter ni fue necesaria su resección parcial, sino que bastó con la reducción a la cavidad abdominal, con lo que quedó rechazado hacia el retroperitoneo sin necesidad de asociar nuevos procedimientos quirúrgicos.

En cuanto a la reparación de la pared abdominal, está aceptada tanto la herniorrafía (a fin de evitar adherencias de uréter a la prótesis) como la hernioplastia, si bien es cierto que, en cuanto a términos de recidiva, esta

es mucho mayor sin el empleo de prótesis. No obstante, no existen evidencias suficientes para indicar el tipo de técnica a emplear, si bien en la mayoría de los casos se aboga por la técnica de Lichtenstein, ya que se considera la más sencilla, reproducible y con mejores resultados.

En la actualidad no existe en la literatura ningún artículo que describa o avale la realización del procedimiento por vía laparoscópica, si bien en el futuro, y tras un correcto diagnóstico y planificación preoperatoria, podrá realizarse sin incrementar la morbimortalidad y con similares resultados en términos de recidiva⁵⁻⁷.

CONCLUSIÓN

La hidronefrosis secundaria a incarceration de uréter en el interior de un saco inguinoescrotal es extremadamente rara; no obstante, debe tenerse en cuenta ante un paciente con hernia inguinal que asocie síntomas urológicos de repetición y especialmente ante la presencia de factores de riesgo, tales como la obesidad, colagenopatías o trasplantedo renal. Teniendo en cuenta todo ello, conseguiremos optimizar la cirugía y evitar la tan temida lesión ureteral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Eilber KS, Freedland SJ, Rajfer J. Obstructive uropathy secondary to ureteroinguinal herniation. *Rev Urol*. 2001;3:207-8.
2. Malde S, Bilagi P, Marsh H. Obstructive uropathy due to uretero-inguinal hernia: An uncommon occurrence. *Indian J Urol*. 2013;29:355-6.
3. McKay JP, Organ M, Bagnell S, et al. Inguinoscrotal hernias involving urologic organs: A case series. *Can Urol Assoc J* 2014;8(5-6):E429-E4332. DOI: 10.5489/cuaj.225
4. Ballard JL, Dobbs RM, Malone JM. Ureteroinguinal hernia: a rare companion of sliding inguinal hernias. *Am Surg*. 1991;57(11):720-2.
5. Johnson FE. Inguinoscrotal herniation of the ureter: Description of five cases. *Int J Surg Case Rep*. 2015;14:160-3.
6. Giglio M, Medica M, Germinale F, et al. Scrotal extraperitoneal hernia of the ureter: case report and literature review. *Urol Int*. 2001;66(3):166-8.

7. Won A, Testa G. Chronic obstructive uropathy due to uretero-inguinal hernia: A case report. Int J Surg Case Rep. 2012;3:379-81.



Revista
Hispanoamericana
de Hernia