

BLADDER HERNIATION AS CAUSE OF ACUTE URINARY OBSTRUCTION

ALEX E. MELLER, VALDEMAR ORTIZ, MIGUEL SROUGI

Division of Urology, Paulista School of Medicine, Federal University of São Paulo, São Paulo, SP, Brazil

ABSTRACT

Herniation of a urological structure through the inguinal canal has been previously reported, the first case in literature was described by Chauliac in 1363. This unusual condition represents 1 to 3% of the hernias.

A 63-year-old man presented with urethral catheterization due to acute urinary retention after a cardiac surgery. The patient had a 10-year history of symptoms of nocturia, frequency, poor stream and increase in volume of scrotum. Physical examination revealed a small benign prostate and a large left inguinal hernia. The patient reported that the hernia fluctuated in size with voiding. Serum electrolytes and renal function were normal. Pelvic and scrotum ultrasound and a retrograde cystography demonstrated a small amount of bladder in the anatomical position and herniation of the remaining bladder through the inguinal canal into the scrotum. The inguinal hernia was repaired and a partial cystectomy was performed. The outcome was uneventful and the patient was discharged on postoperative day 3 with urethral catheter. The catheter was maintained for 10 days and after it withdraws spontaneously diuresis was achieved. One month postoperatively the patient had high residual volume confirmed by ultrasound and a program of intermittent catheterism was necessary.

Key words: bladder; urinary obstruction; hernia

Braz J Urol, 26: 614-616, 2000

INTRODUÇÃO

A herniação vesical pelo canal inguinal é considerada situação clínica pouco comum, e foi descrita pela primeira vez em 1363 por Chauliac (1). Esta rara condição clínica corresponde a 1 a 3% das hérnias e apresenta quadro clínico variado, desde ausência de sintomas até retenção urinária aguda e insuficiência renal aguda (2). Descrevemos um caso clínico com breve revisão sobre o assunto.

RELATO DO CASO

Paciente W.C.A., sexo masculino, 63 anos, apresentava-se com sonda vesical de demora há 6 meses por retenção urinária aguda após cirurgia cardíaca, desde então em uso de antibioticoprofilaxia.

Referia aumento progressivo do volume escrotal à direita há 10 anos, evoluindo para difi-

culdade de iniciar a micção há 2 anos, acompanhado de diminuição do jato e noctúria. Refere também necessitar de manobra de compressão manual do escroto para melhorar o jato urinário. Antecedente de coronariopatia, hipertensão arterial, diabetes, tabagismo (2 maços/dia por 35 anos) e revascularização miocárdica há 6 meses. O exame físico revelou abdome flácido, em avental, presença de grande hérnia inguino-escrotal à direita encobrendo o pênis, testículo palpável à esquerda e não palpável à direita. O toque retal revelou próstata com cerca de 40 gramas, fibroelástica sem nodulações.

Os exames laboratoriais eram normais. A ultra-sonografia mostrava rins e ureteres normais, escroto direito com grande quantidade de líquido em seu interior, ausência de septações, testículo direito normal. A uretrocistografia retrograda e miccional revelou pequena porção de bexiga no interior da pelve e a maior porção da mesma localizada no interior do escroto (Figura).

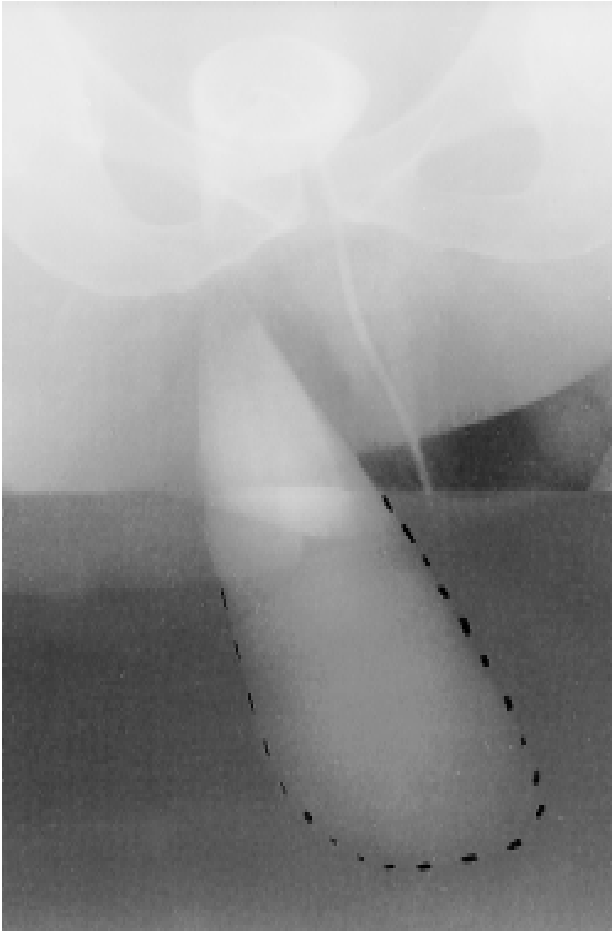


Figure - Voiding cystourethrogram showing the great part of the bladder inside the scrotum (dashed line) and only a small portion in the suprapubic region.

Uretrocistografia miccional demonstrando pequena porção de bexiga na pelve e o restante no interior do escroto.

O paciente foi mantido sondado e submetido a procedimento cirúrgico para reparo da hérnia utilizando-se tela de Marlex®, sendo necessária a ligadura do cordão espermático e orquiectomia direita devido a aderência ao saco herniário. A bexiga encontrava-se muito dilatada sendo realizado cistectomia parcial e colocação da mesma em posição anatômica na cavidade pélvica.

O paciente evoluiu sem intercorrências recebendo alta com sondagem vesical de demora no terceiro dia pós-operatório, que foi mantida por 10 dias. No primeiro mês pós-operatório o paciente apresentava diurese espontânea com alto resíduo

urinário pós-miccional confirmado à ultra-sonografia, sendo então instituído programa de cateterismo intermitente com sucesso.

DISCUSSÃO

As hérnias vesicais representam 1 a 3% de todas as hérnias e acometem pacientes a partir da 5ª década de vida. Sua distribuição em relação ao sexo é de 70% no sexo masculino e 30% no feminino, e quanto ao lado acometido, é 70% à direita, 10% à esquerda e 20% bilateral (1). A maioria não apresenta sintomas e, muitas vezes, consiste em achado cirúrgico durante a correção de hérnias inguinais podendo ocorrer lesão vesical durante este procedimento (4). As hérnias sintomáticas causam disúria, polaciúria, infecções urinárias de repetição, litíase e raramente hematuria terminal e retenção urinária aguda, podendo evoluir para insuficiência renal (3). Muitos casos apresentam associação com hiperplasia prostática que pode agravar o quadro clínico, às vezes necessitando de desobstrução concomitante ao procedimento de reparo da hérnia (4).

As hérnias vesicais distribuem-se em inguinais (60%) e o restante em obturatórias, crurais, isquiáticas e da linha de Spiegel (1). As formas mais comuns de herniação são (em ordem de frequência): bexiga + saco peritoneal, bexiga + ureter e bexiga herniando intraperitonealmente (1).

O diagnóstico radiológico consiste na uretrrocistografia retrograda e miccional e urografia excretora para localização dos ureteres. A ultra-sonografia auxilia o diagnóstico, porém a similaridade com quadros de hidrocele pode dificultar a conclusão diagnóstica.

O tratamento consiste em cirurgias para reforço da parede abdominal e reposicionamento anatômico da bexiga na cavidade pélvica.

REFERÊNCIAS

1. Benchekroun A, Lachkar A, Soumama A, Farih MH, Belahnech Z, Marzouk M, Fari M: Les hernies inguinales de la vessie: a propos de 6 cas. *Ann Urol*, 33: 67-70, 1999.
2. Laniewski RJ, Watters GR, Tomlinson P: Herniation of the bladder trigone into an inguinal

- hernia causing acute urinary obstruction and acute renal failure. *J Urol*, 156: 1438-1439, 1996.
3. King LR: Bladder Diverticulum. In: PC Walsh, AB Retik, TA Stamey, ED Vaughan, Jr. (eds.), *Campbell's Urology*. Philadelphia, WB Saunders, 6th ed., vol 2, chapt. 44, pp. 1704-1708, 1992.
 4. Kumon H, Ozawa H, Yokoyama T, Rivas DA,

Watanabe T, Chancellor MB: Inguinal cystoceles: a previously overlooked etiology of prostatism in men without bladder outlet obstruction. *J Urol*, 159: 766-771, 1998.

Received: August 2, 2000

Accepted after revision: October 23, 2000

Correspondence address:

Dr. Alex E. Meller
Praça Centenário de Vila Prudente, 143 apto 84
São Paulo, SP, 03132-050, Brazil
Fax: + + (55) (11) 572-6490