

Hérnia Inguinal de um Divertículo de Bexiga Encarcerado

Juliana Dantas, Jonas Takada, Francisco Loss, Karina Inoue, Fernanda Kreve, Janaína Gatto

Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Correspondência*: Avenida Santos Dumont, N° 1000
Morumbi
Goioerê, PR
CEP: 87360-000
E-mail: julianadantas8@gmail.com

INTRODUÇÃO

A incidência de hérnia inguinal no adulto é alta, com predominância no sexo masculino 9:1¹. Hérnia inguinal contendo estruturas vesicais é uma condição extremamente rara, variando entre 0,36%² e 1% a 3%³ das hérnias. Sua incidência é maior em homens obesos acima de 50 anos. Em vista da sintomatologia escassa, 77% delas são diagnosticadas no intraoperatório. Outro obstáculo é o fato de geralmente associar-se à obstrução do trato urinário baixo, dificultando a distinção dos sintomas de micção pelo envolvimento prostático⁴. Descreveremos o caso raro de um homem de 85 anos, com Hiperplasia Prostática Benigna, apresentando uma hérnia inguinal de um divertículo de bexiga encarcerado diagnosticado no intraoperatório.

MÉTODO

Relato de caso e análise de diagnóstico e conduta baseada na literatura publicada digitalmente referente.

RESULTADO

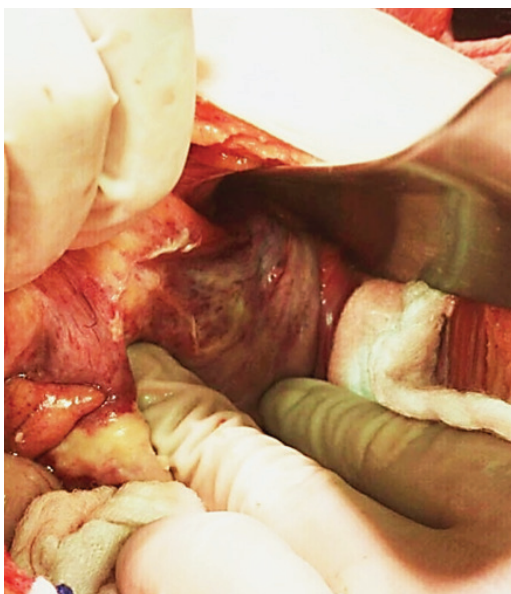
Paciente, masculino, 85 anos. Encaminhado ao hospital de Toledo-Pr, com quadro de dor abdominal difusa, há 1 mês, e infecção do trato urinário, em uso prévio de SVD. Há 5 dias, evoluiu com retenção urinária, disúria. E há dois dias, piora da dor em FID e hipogastro. Comorbidades: Hiperplasia Prostática Benigna e HAS. Ao exame físico, bom estado geral e hemodinamicamente estável. Abdomen globoso, RHA presentes. Dor à compressão em FID e região inguinal direita; massa palpável, dolorosa, redutível, não pulsátil e elástica em região inguinal direita. Foi encaminhado ao Centro Cirúrgico para drenagem e investigação da cavidade abdominal, por laparotomia infraumbilical. Desfeitas as aderências, observou-se parte da bexiga herniada- Figura 1. Após manobras de redução ineficazes, realizou-se inguinotomia. O funículo foi isolado, identificando o saco herniário com parte da bexiga- Figura 2, e reduzido- Figura 3. Analisou-se a integridade da bexiga e a hérnia foi corrigida pela técnica de Lichtenstein. Sem intercorrência

DISCUSSÃO

A hérnia inguinal de divertículo de bexiga é rara, prevalente em homens obesos acima de 50 anos¹. Quanto à etiologia, há dois fatores: o envelhecimento, com perda do tônus do tecido de suporte da bexiga e do próprio órgão; e o aumento da pressão interna da bexiga, por obstrução urinária e/ou obesidade⁵. Sintomas do trato urinário inferior foram descritos, porém são inespecíficos, pois são freqüentes em obstrução ou infecções urinárias⁴. Contudo há sintomas característicos como a redução da hérnia pós-micção e a micção em duas fases, com o esvaziamento parcial da bexiga seguido do seu término por compressão manual do saco hernial⁶, inexistentes no caso relatado pelo uso da SVD. O exame de imagem indicado é a TC, por localizar a hérnia e fornecer avaliação de estruturas abdominais-pélvicas⁶. Optamos por realizá-la devido à piora da dor em FID do paciente, porém, não foi visualizada a hérnia. Acredita-se que tenha reduzido espontaneamente durante o exame. Quando sintomáticas, seu tratamento é cirúrgico. Há dados de que em aproximadamente 12% das hérnias de bexiga inguinal, a bexiga está danificada². Apesar de estudos mostrarem a indicação de ressecção do divertículo de bexiga, optamos por mantê-lo, visto que este apresentava-se pérvio, sem sinais de isquemia ou de lesões. Além disso, em outros estudos foi verificado que a ressecção da bexiga contribui para o desenvolvimento de infecções⁶.

FIGURA 1

Parte da bexiga urinária herniada no canal inguinal direito



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 2

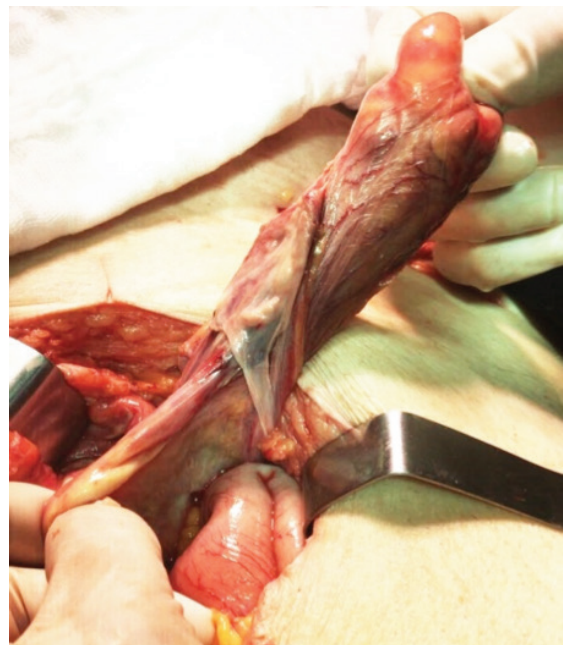
Saco herniário contendo parte da bexiga.



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 3

Divertículo de bexiga com o saco herniário reduzidos à cavidade peritoneal.



Fonte: Arquivo Pessoal.

REFERÊNCIAS

1. KINGSWORTH, A.; LEBLANC, K. Hernias: inguinal anexcisional. *Lancet* 2003; 362:1561 – 71. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14615114>
2. Gurer A, Ozdogan M, Ozlem N, Yilderim A, Kulagoglu H, Aydin R. Uncommon content in groin hernia sac. *Hernia* 2005; 20:1– 4. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16172801>
3. Bacigalupo LE, Bertolotto M, Barbiera F, Pavlica P, Lagalla R, Pozzi Mucelli RS, Derchi LE. Imaging of urinary bladder hernias. *AJR Am J Roentgenol* 2005;184:546– 51. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15671377?dopt=Abstract>
4. K. Moufid, D. Touiti, L. Mohamed, Inguinal Bladderhernia: four case analyses, *Rev. Urol.* 15 (1) (2013) 32–36. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23671403>
5. G.L. Yong, M.Y. Siaw, A.J.L. Yeoh, G.E.G. Lee, Inguinal bladderhernia: case report, *Open J. Urol.* 3 (2013) 217–218. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4236/oju.2013.35040>
6. A. Hamidi Madani, H. Mohammadi Nikouei, H.R. Baghani Aval, A. Enshaei, A. Asadollahzade, et al., Scrotal herniation of bladder: a case report, *Iran. J. Med. Sci.* 38 (1) (2013) 62–64. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23645960>