

# Hernia vesical como hallazgo incidental mediante centellograma óseo

Juan Carlos Ramírez<sup>1</sup>, Miguel Kapitán<sup>2</sup>, Andrea Lopez<sup>2</sup>, Mario Beretta<sup>2</sup>, Fernando Mut<sup>2</sup>.

1 - Estudiante de Medicina, Universidad CES, Medellín, Colombia pasante del SMN Asociación Española. Servicio de Medicina Nuclear, Asociación Española, Montevideo, Uruguay..

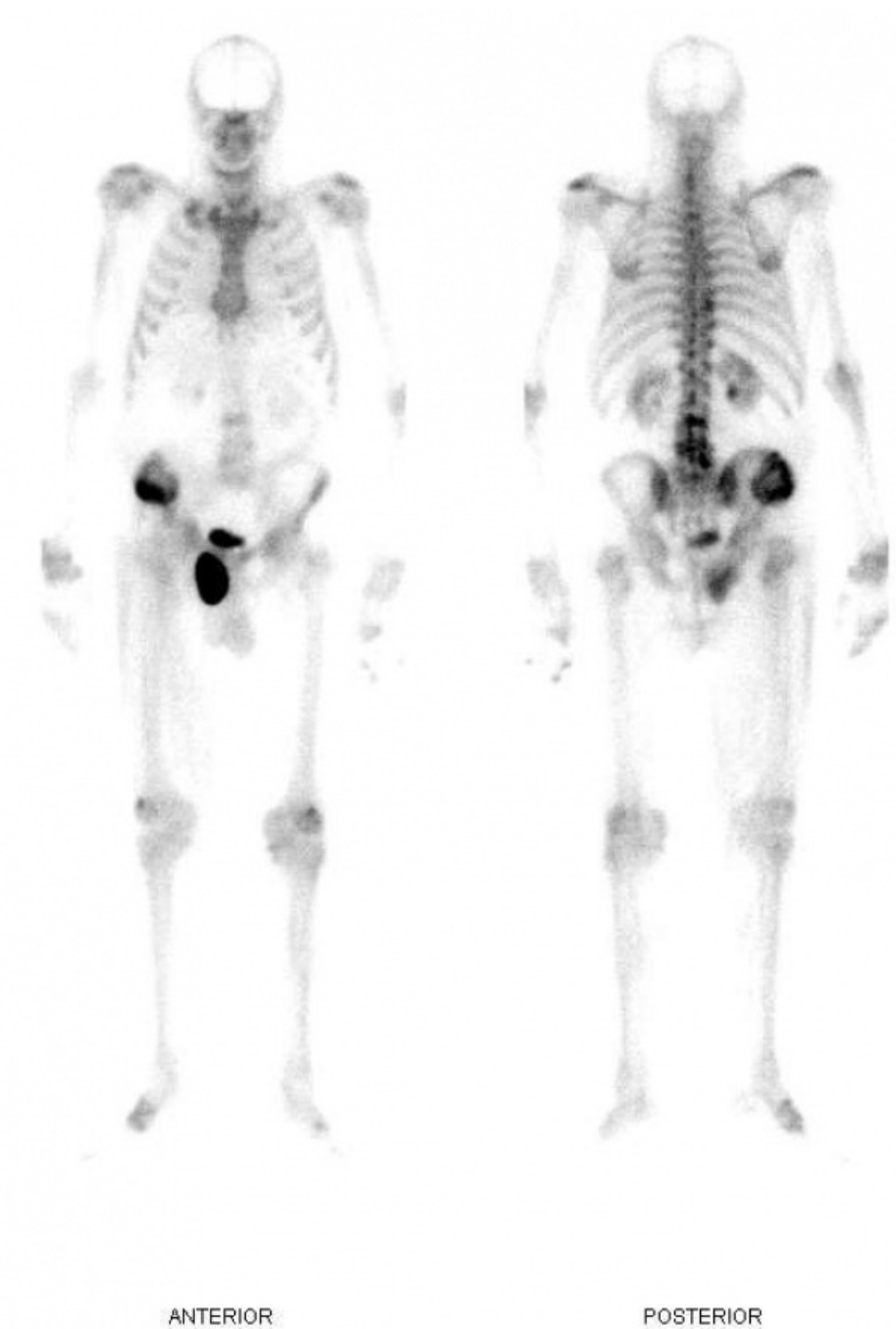
2 - Servicio de Medicina Nuclear, Asociación Española, Montevideo, Uruguay..

## Caso clínico

La hernia vesical inguinoescrotal se configura cuando la vejiga se introduce en una hernia inguinal, condición poco común que representa del 0,3% al 3% de las hernias del adulto y puede dar lugar a complicaciones, llegando su frecuencia hasta el 10% en mayores de 50 años<sup>(1)</sup>. Predomina en pacientes de sexo masculino y del lado derecho<sup>(2)</sup>. Es un diagnóstico al que en general se llega durante el procedimiento de reparación de la hernia inguinal, constituyendo un hallazgo incidental intraoperatorio<sup>(3)</sup>. Los pacientes refieren sintomatología inespecífica, aunque pueden presentar el signo de Mery, que consiste en la compresión de la hernia o elevar el escroto para lograr vaciar por completo la vejiga<sup>(4)</sup>.

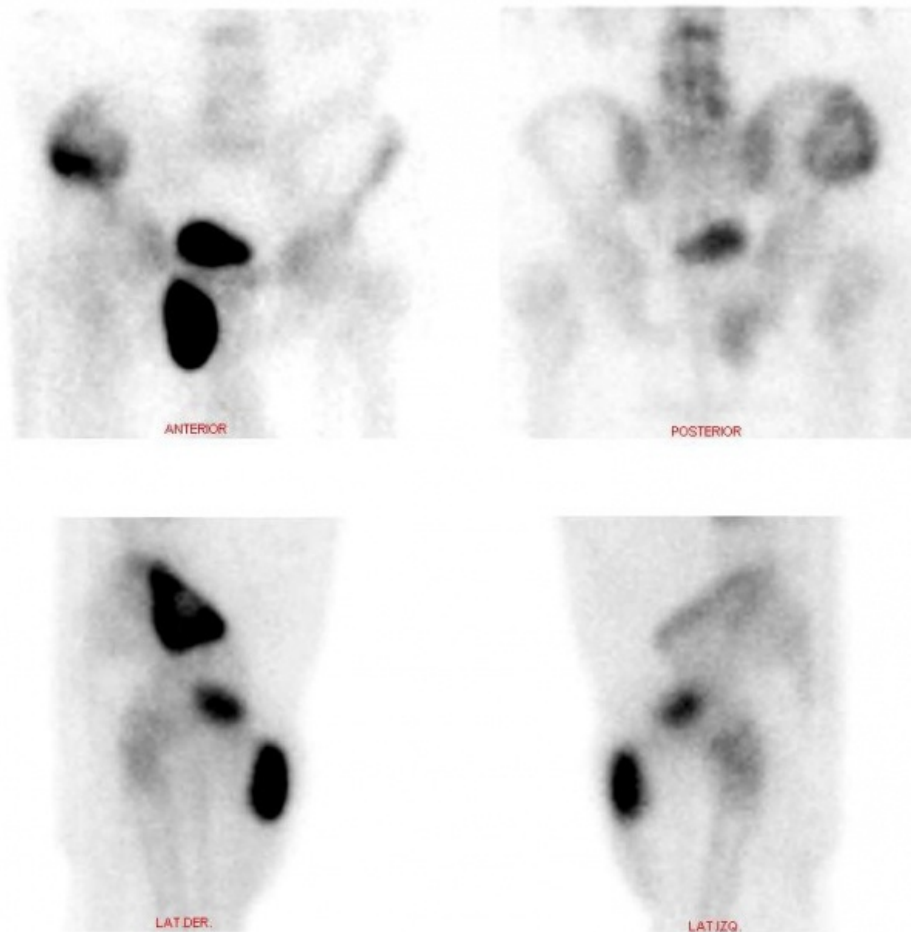
Se presenta el caso de un paciente masculino de 70 años con un único antecedente de carcinoma basocelular invasivo previamente operado, al cual le es solicitado un centellograma óseo debido a una lesión en alerón ilíaco derecho reportada en una tomografía computarizada (TC) de pelvis. Se realiza rastreo de cuerpo completo con 99mTc-MDP, imágenes estáticas de pelvis y SPECT. En el estudio de cuerpo completo se observó lesión en cresta ilíaca derecha, hipercaptante con componente lítico central, junto con un foco de hipercaptación de intensidad similar a la vejiga, proyectado por debajo de la rama superior del pubis derecho, de aspecto sacular (fig. 1). En las imágenes segmentarias con vistas anteroposteriores y laterales se evidencia que el hallazgo es de ubicación anterior respecto a la rama isquiopubiana derecha (fig. 2). En el estudio SPECT se confirma una gran lesión hipermetabólica con área central fotopénica de aspecto redondeado, que protruye de la cresta iliaca derecha y no respeta bordes anatómicos. Además, se evidencia claramente la existencia de conexión entre la vejiga y la zona hipercaptante de aspecto sacular ya mencionada (figs. 3 y 4).

Por estar disponible la TC de pelvis previamente realizada, se procedió a fusionar las imágenes (figs. 5 y 6) en las cuales se verifica conexión de la vejiga con una hernia inguinal (que no fue reportada en la TC) y la conocida lesión lítica en ala ilíaca derecha, con componente de partes blandas que se extiende al músculo ilíaco engrosado, sin reacción perióstica, característica de secundarismo. En una nueva TC en busca de la neoplasia primaria, se identifica una tumoración sólida en lóbulo superior del pulmón derecho, de aproximadamente 57 x 44 mm (fig. 7), sugestiva de carcinoma broncopulmonar (CBP).

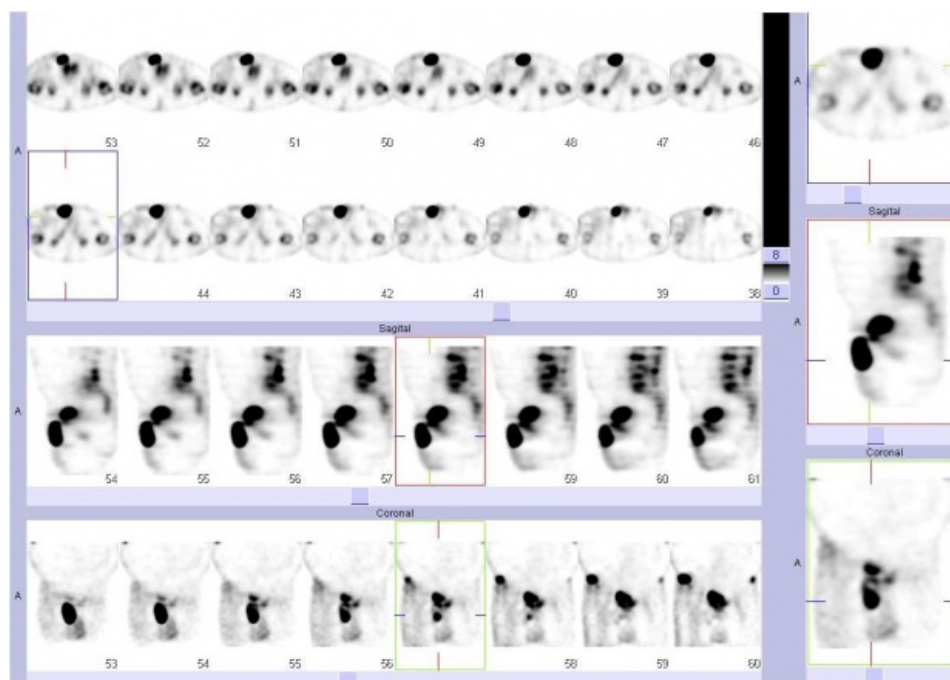


**Figura 1** Estudio de cuerpo completo con  $^{99m}\text{Tc}$ -MDP. Se ve lesión extensa en cresta iliaca derecha con zona central de componente lítico, junto con un foco de hipercaptación de similar intensidad a la vejiga por debajo de la rama superior del pubis derecho, de aspecto sacular.

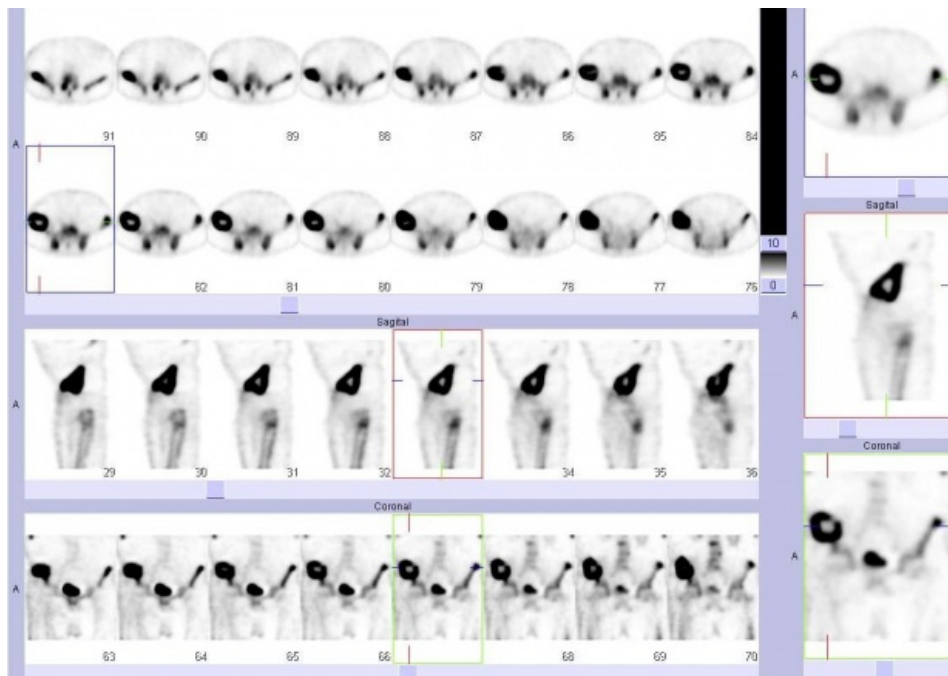
---



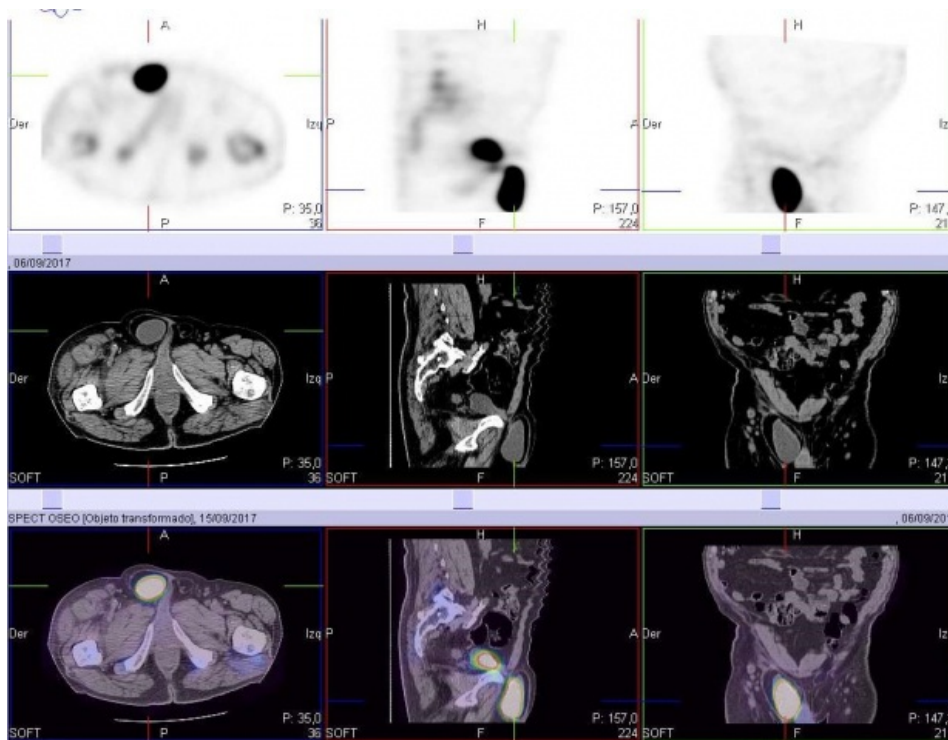
**Figura 2** Imágenes segmentarias en proyecciones anterior, posterior y laterales de pelvis, en las cuales se evidencia extensa área hipercaptante de intensidad semejante a la de vejiga, de aspecto sacular, que se proyecta por delante de la rama isquiopubiana derecha. Se caracteriza además la lesión ósea ilíaca con probable centro necrótico.



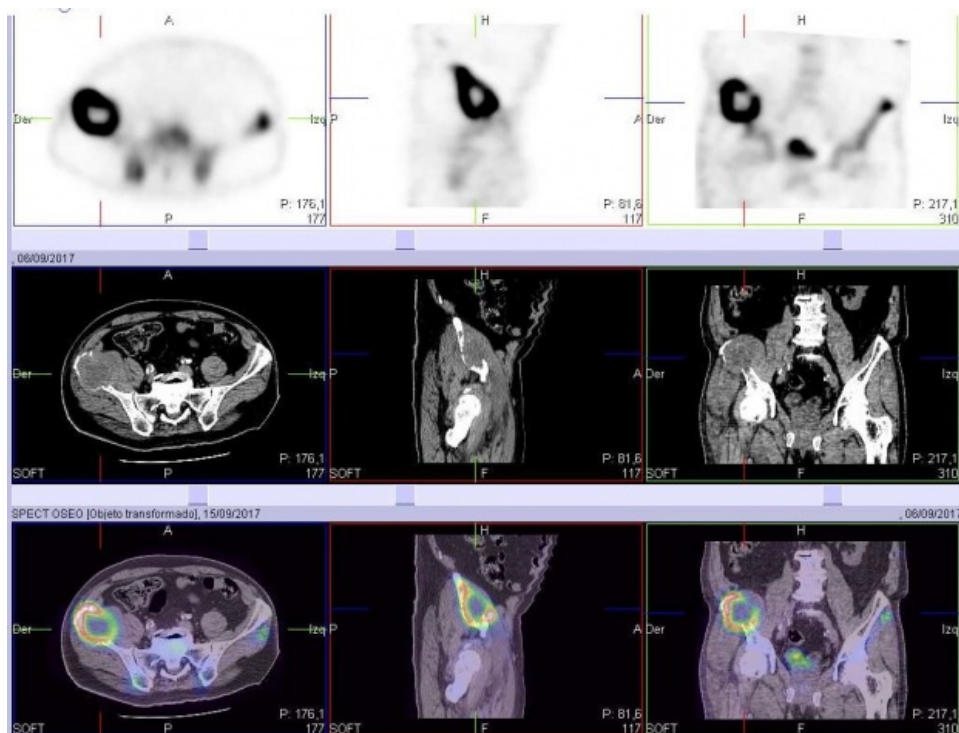
**Figura 3** SPECT de pelvis con proyecciones axial, sagital y coronal que evidencia conexión entre la vejiga y el foco hipercaptante de aspecto sacular.



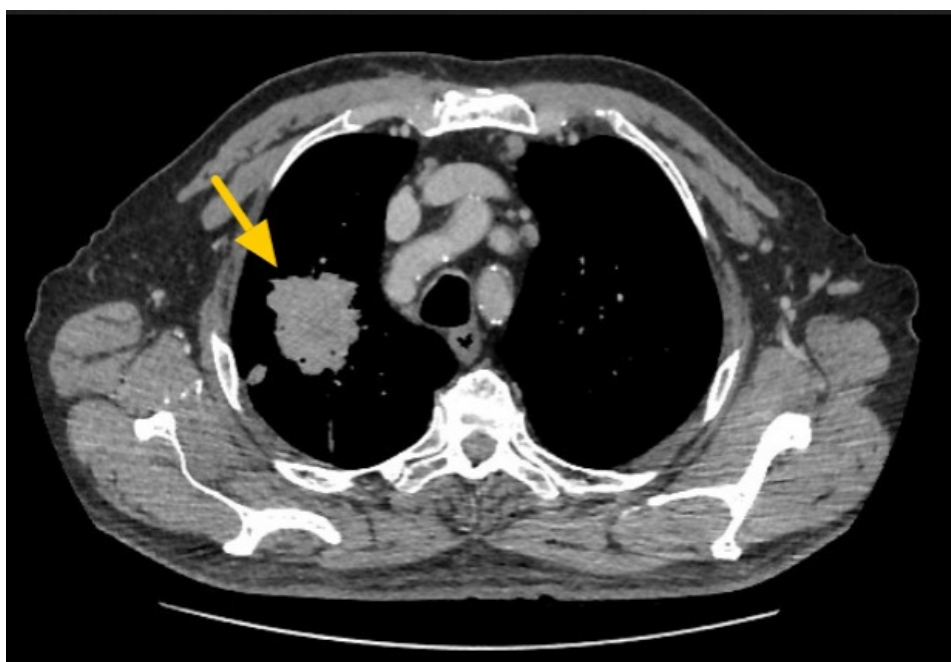
**Figura 4** SPECT de pelvis en proyecciones axial, sagital y coronal, en que se comprueba gran lesión hipermetabólica con área central fotopénica de aspecto redondeado, que protruye de la cresta iliaca derecha y no respeta bordes anatómicos.



**Figura 5** Fusión de SPECT con TC de pelvis en cortes axial, sagital y coronal. Se evidencia clara conexión anatómica de la vejiga con la zona hipercaptante sacral vista en el centellograma.



**Figura 6** Fusión de SPECT con TC de pelvis en cortes axial, sagital y coronal. Área fotopénica en ala ilíaca derecha con captación en los bordes, correspondiente a lesión ósea lítica sin reacción perióstica y con componente de partes blandas, que se extiende al músculo ilíaco.



**Figura 7** TC de tórax que muestra tumoración sólida en lóbulo superior derecho, interpretada como probable CBP.

En suma, presentamos una imagen inusual de una hernia vesical inguinoescrotal identificada como hallazgo casual en un centellograma óseo realizado en búsqueda de metástasis de una neoplasia primitiva desconocida, que finalmente resultó un probable CBP, aunque al momento de elaborar este artículo aún no se contaba con confirmación histopatológica. Destacamos además la utilidad de la fusión de imágenes funcionales y estructurales obtenidas en equipos diferentes, aunque logrando una calidad comparable a la que se consigue en instrumentos híbridos<sup>(5,6)</sup>.

## Referencias

01. Serrano Pascual A, Merino Hernández C, Ochoa Mejías R, et al. Una asociación poco frecuente: hernia vesical inguinoescrotal masiva, litiasis escrotal múltiple y uropatía obstructiva bilateral. Actas Urol Esp

1997;21:631-5.

02. Casanueva Luis T, Cerdeira Fernández MA, Urquijo Bustamante S. Hernia vesical gigante. A propósito de un caso. Actas Urol Esp 1997;4:434.
03. Kate HK, Sweeney BS, Fink AS, et al. Inguinoescrotal bladder hernias: report of a series and review of literature. Can Urol Assoc J 2008;2:619-23.
04. Herrero RS, Molinero CM, García SJ. Diagnóstico ecográfico de herniación masiva de la vejiga a nivel inguinoescrotal: a propósito de un caso. Actas Urol Esp 2000;24:825-8.
05. Noble J, Gambini JP, Corchs e, et al. Fusión mediante software de imágenes SPECT CT en la evaluación de pacientes oncológicos. Rev Imagenol 2010;13:26-30.
06. Kapitán M, Juri C, González M, Perrier J. Valor adicional diagnóstico y terapéutico del co-registro SPECT-CT por software en el estudio de paratiroides: A propósito de un caso. Alasbimn Journal 2011;13:51.