

Hérnia inguinoescrotal por deslizamento com insinuação vesical, cálculo na bexiga e ureter distal

Sliding inguinoscrotal hernia insinuating itself into the bladder, with calculi in the bladder and distal ureter

Sr. Editor,

Paciente do sexo masculino, 55 anos, apresentando quadro de disúria, polaciúria, nictúria e diminuição do jato urinário. No exame físico constataram-se grande hérnia inguinoescrotal esquerda, irreductível, e discreto aumento prostático, e no exame laboratorial, anemia leve, piúria e elevação da uréia e creatinina. A ultrassonografia (US) mostrou hérnia inguinoescrotal esquerda com insinuação vesical, juntamente com o segmento distal ureteral dilatado, cálculo de aproximadamente 2,2 cm na junção ureterovesical (JUV), e outro semelhante, livre dentro da bexiga (Figura 1A). A tomografia computadorizada (TC) mostrou retardo de enchimento e dilatação piélica (Figura 1B), bem como dois cálculos projetados na bexiga herniada, estando um deles na JUV esquerda, com dilatação da via excretora renal na reconstrução coronal (Figuras 2A e 2B). Com as informações observadas nas imagens, o paciente foi submetido à cistolitotomia na região vesical herniada, retirada dos cálculos vesical e ureteral (com pinça de Randall) e correção da hérnia inguinal pela técnica de Lichtenstein, evoluindo satisfatoriamente.

As hérnias da bexiga não são raras e se fazem através do canal femoral nas mulheres e pelo canal inguinal nos homens⁽¹⁾. No

passado, as hérnias inguinoescrotais da bexiga eram detectadas no ato operatório ou em urografia excretora e apresentavam complicações como infecção urinária e uropatia obstrutiva⁽²⁻⁴⁾. O diagnóstico pré-operatório com insinuação da bexiga é muito importante para o urologista, orientando o planejamento cirúrgico⁽⁵⁾.

Atualmente, os exames de imagem mais realizados para o diagnóstico de hérnias inguinoescrotais são a US e a TC⁽⁶⁾. A US é um exame não invasivo, útil para mostrar a presença da bexiga herniada e seus componentes, bem como a continuidade da bexiga com a porção não herniada no interior da pelve, e pode ser usada em urgências. O uso da TC com multidetectores facilita o diagnóstico, e em casos traumáticos pode mostrar outros locais de hérnia na parede abdominal, permitindo reconstruções coronal e sagital, e em razão da sua grande resolução possibilita ver melhor a relação da bexiga com os vasos epigástricos inferiores, permitindo a diferenciação entre hérnia inguinal direta, indireta e femoral⁽⁷⁾. A ressonância magnética pode substituir a TC. A associação de US e ressonância magnética é útil para a avaliação de modo não invasivo e não radiante das alterações na bolsa escrotal⁽⁸⁾.

No caso relatado os autores descrevem a importância da US para o diagnóstico de um cálculo no lúmen vesical e outro na JUV, com dilatação da via excretora renal a montante, e a confirmação dos achados com a TC, com um dos cálculos projetados na bexiga e outro na JUV à esquerda, contribuindo para a conduta e o sucesso cirúrgico. Em revisão da literatura, nenhum

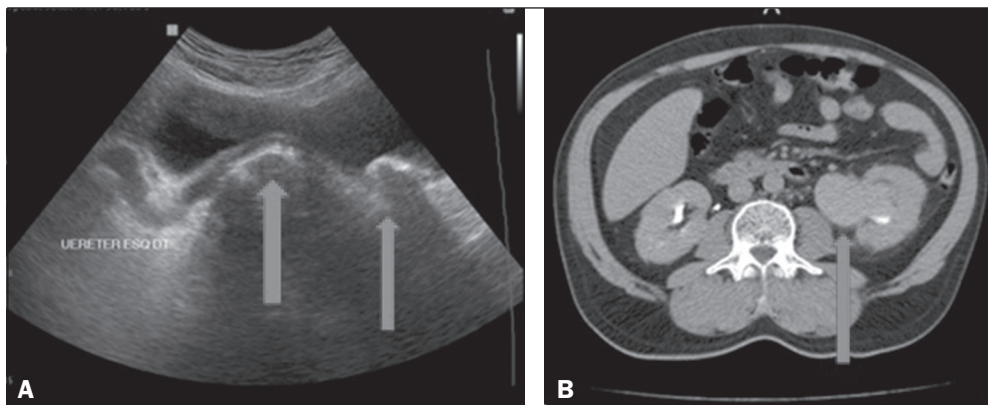


Figura 1. A: US mostrando cálculo no interior da bexiga e outro na JUV com dilatação da via excretora renal a montante (setas). **B:** TC axial com retardo de enchimento da pelve renal esquerda (seta).

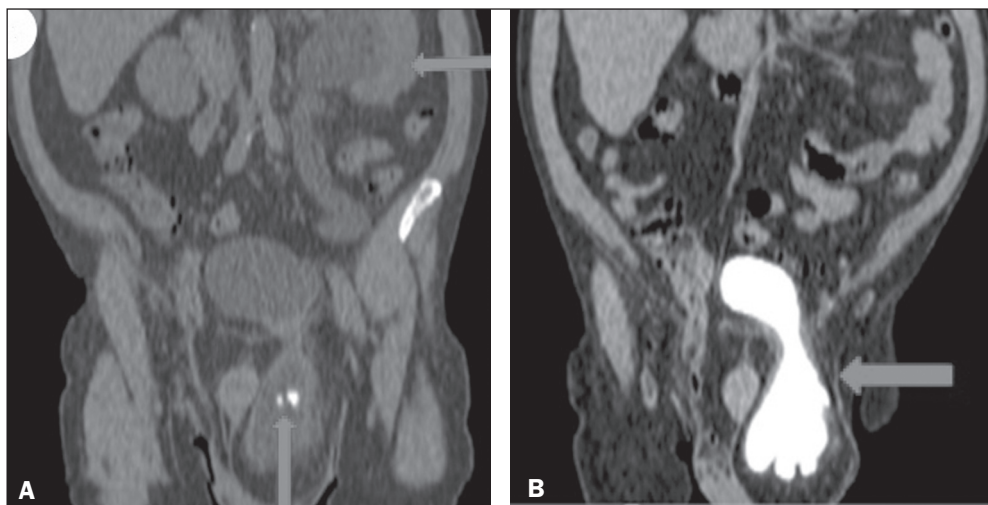


Figura 2. A: TC com reconstrução coronal mostrando herniação inguinoescrotal esquerda da bexiga com um cálculo no seu interior e outro na JUV (visto na US), com estase, dilatação e tortuosidade da via excretora a montante (setas). **B:** TC, fase tardia em reconstrução coronal, confirmando hérnia inguinoescrotal esquerda da bexiga (seta).

outro caso de cálculo ureteral em hérnia inguinoescrotal da be-xiga foi relatado.

REFERÊNCIAS

1. Levine B. Scrotal cystocele. J Am Med Assoc. 1951;147:1439-41.
2. Fisher PC, Hollenbeck BK, Montgomery JS, et al. Inguinal bladder hernia masking bowel ischemia. Urology. 2004;63:175-6.
3. Huerta S, Fairbanks T, Cinat M. Incarcerated vesicoinguinal hernia presenting with gross hematuria. J Am Coll Surg. 2005;201:992-3.
4. Kraft KH, Sweeney S, Fink AS, et al. Inguinoscrotal bladder hernias: report of a series and review of the literature. Can Urol Assoc J. 2008;2: 619-23.
5. Ng AC, Leung AK, Robson WL. Urinary bladder calculi in a sliding vesical-inguinal-scrotal hernia diagnosed preoperatively by plain abdominal radiography. Adv Ther. 2011;24:1016-9.

6. Bacigalupo LE, Bertolotto M, Barbiera F, et al. Imaging of urinary bladder hernias. AJR Am J Roentgenol. 2005;184:546-51.
7. Burkhardt JH, Arshanskiy Y, Munson JL, et al. Diagnosis of inguinal region hernias with axial CT: the lateral crescent sign and other key findings. Radiographics. 2011;31: E1-12.
8. Resende DAQP, Souza LRME, Monteiro IO, et al. Scrotal collections: pictorial essay correlating sonographic with magnetic resonance imaging findings. Radiol Bras. 2014;47:43-8.

Jose Domingos Contrera¹, Francisco Teixeira Cardoso Sobrinho²

1. IDI - Instituto de Diagnóstico por Imagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil. 2. Centro de Diagnóstico por Imagem, Parintins, AM, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Jose Domingos Contrera. Rua Pau Brasil, 432, Jardim Re-creio. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 14040-220. E-mail: jdcontrera@gmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0122>

Amiloidose traqueobrônquica primária

Primary tracheobronchial amyloidosis

Sr. Editor,

Paciente do sexo masculino, 58 anos, queixando-se de disp- neia aos esforços e tosse, eventualmente com secreção mucoide. Referiu tratamento para asma há 14 anos, uso de broncodilata- dores e corticosteroides inalatórios, e negou sintomas de asma na infância. Foram realizadas tomografia computadorizada (TC) (Figuras 1A, 1B e 1C) e, posteriormente, broncoscopia (Figura 1D) com biópsia. A TC mostrou espessamento parietal concên- trico regular da traqueia, brônquios principais, lobares, segmen- tares e subsegmentares, com discretas calcificações. A bron-

coscopia identificou infiltrado difuso e concêntrico da mucosa, com aspecto amarelo-acinzentado. O estudo histopatológico demonstrou deposição de material amorfo, cujas características eram compatíveis com depósito amiloide.

Amiloidose compreende um conjunto de doenças caracte- rizadas por depósito e acúmulo anormal de material proteico em órgãos e tecidos⁽¹⁾. Considerando a distribuição anatômica, a amiloidose pode ser sistêmica (envolvimento de múltiplos ór- gãos) ou localizada (envolvimento de órgão único). Na classifi- cação bioquímica, segundo o tipo de componente fibrilar nos depósitos amiloides, são considerados inúmeros subtipos. Na grande maioria dos casos estão presentes o amiloide fibrilar de cadeia leve e o amiloide sérico A⁽¹⁾.

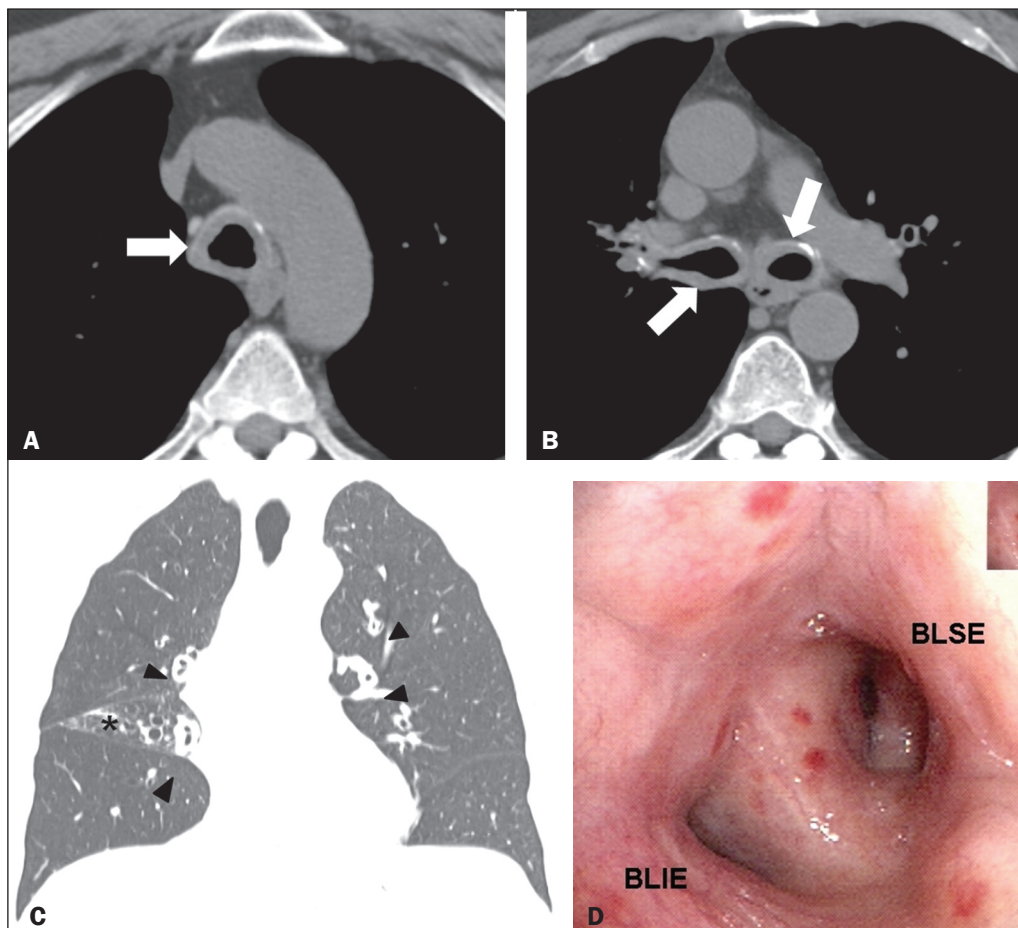


Figura 1. A,B: Imagens axiais de tomografia do tórax em janela de mediastino, sem administração do meio de contraste, ao nível da traqueia proximal (A) e abaixo da carina (B) mostram importante espessamento parietal concêntrico regular e com discretas calcificações comprometendo a traqueia e brônquios principais (setas). **C:** Imagem coronal de tomografia do tórax em janela de pulmão mostra espessamento parietal regular comprometendo brônquios segmentares e subsegmentares (cabeças de setas). Sinais de perda volumétrica do lobo médio (asterisco) por redução luminal do respectivo brônquio lobar (não demonstrada na imagem). **D:** Imagem de broncoscopia demonstra redução na luz brônquica por infiltração na mucosa, concêntrica e difusa, com coloração amarelo-acinzentada, determinando alargamento da carina secundária. BLSE, brônquio do lobo superior esquerdo; BLIE, brônquio do lobo inferior esquerdo.