

Hosp. Ital. Garibaldi. Serv. de Urología
Jefe: Dr. José S. Dotta.

CALCULO GIGANTE EN UN DIVERTICULO VESICAL. DIVERTICULECTOMIA

Por los Dres. JOSE S. DOTTA y TOMAS DELPORTE

Se trata de M. F., de 40 años de edad, conductor de ómnibus, quien consulta el 16 de abril de 1951, manifestando que por primera vez hace un año y medio, con motivo de un barquinazo, nota la micción siguiente francamente hematúrica con coágulos, hematuria que no repite en ninguna otra oportunidad. No acusa ningún trastorno miccional, con excepción de aquellos casos en que al tener que retener la orina, experimenta a posteriori, cierta dificultad miccional caracterizada por esfuerzo y retardo. Con excepción de ese episodio siempre tuvo sus orinas claras. Hace cuatro años notó la eliminación de algunas arenillas. A veces lumbalgia inespecífica que atribuye a su trabajo.

Los antecedentes personales y hereditarios son sin importancia.

El examen clínico no ofrece nada digno de mención con excepción de cierta sensibilidad en fosa iliaca izquierda y al tacto rectal se constata una próstata de caracteres normales, pero por encima de ella, algo lateralizado a la izquierda, se aprecia una tumoración, de superficie lisa, de consistencia pétreo, de cierta fijeza, poco sensible, no alcanzando el dedo rectal a palpar toda la superficie de la misma; la palpación bimanual, abdomino-rectal, revela idénticos caracteres y permite apreciar su tamaño: el de una naranja.

Al día siguiente se efectúa una cistoscopia (17-4-51), la que muestra una vejiga sin residuo vesical, con capacidad e irritabilidad vesical normales, con mucosa normal y O. U. D. sin particularidades. La zona del O. U. I. se presenta sobre-elevada, en cuyo vértice se aprecia un orificio crateriforme en cuyo fondo parece percibirse un cálculo. Cuello vesical sin particularidades.

La radiografía directa (18-4-51) muestra en fosa iliaca, algo lateralizado a la izquierda una gran sombra calculosa, a capas concéntricas. Resto sin particularidades.

Urograma por excreción (18-4-51) (Fig. 1) 10', 20', 30'. Buena eliminación de la substancia de contraste por ambos riñones, mostrando sistemas pielocalico-ureterales, de caracteres normales. La porción inferior del uréter izquierdo se halla desplazada y bordea la sombra calculosa por arriba y por dentro.

El enfermo ingresa en nuestra clínica privada el 3 de mayo de 1951, para completar los exámenes y ser intervenido. El examen clínico de los distintos aparatos, no ofrece nada de particular, como tampoco los análisis de rutina: orina, hemograma, urea, tiempo de coagulación y de sangría; todo es normal.

Como en la cistoscopia precedente no se había localizado el O. U. I., practicamos una cromocistoscopia (5-5-51), mostrando éste ubicado por dentro de la boca diverticular muy

cerca de la misma. La substancia de contraste se elimina en tiempo y ritmo normal por O. U. D. y con cierto retardo en el tiempo y en la concentración por el O. U. I.

Bajo la pantalla fluoroscópica efectuamos un cistograma que nos permite visualizar y sacar en el momento oportuno la cistografía que reproducimos (Fig. 2) y que muestra un cuello de comunicación angosto y la ubicación postero-lateral izquierda del divertículo.

La operación se efectúa el 8-5-51, bajo anestesia con Pentothal-Curare: abierta ampliamente la vejiga, se constata la poca diverticular, que apenas deja pasar el dedo índice y por donde asoma la punta del cálculo individualizado el O. U. I. por dentro del mismo.

Siguiendo la técnica propuesta por Barnes, se incinde la cara izquierda lateral de vejiga



Figura 1

Urograma por excreción: Buena eliminación de la substancia de contraste por ambos riñones con sistema pielocalicial normal. El $\frac{1}{3}$ inferior del uréter izquierdo bordea por su parte superior interna, la gran sombra calcúlosa.

desde el borde de la cistostomía hasta el cuello diverticular, prolongando la misma sobre la cara ventral del divertículo.

Se extrae el cálculo por esta brecha y luego se incinde toda la mucosa a nivel del anillo, separando la porción vesical de la diverticular.

Logrado esto se procede a extraer toda la mucosa del divertículo. Luego se sutura la brecha lateral de vejiga en 2 planos, dejando en el sitio del divertículo 2 tubos de drenaje de goma blanda.

Explorado el cuello vesical, se constata cierta rigidez del mismo, por lo que se procede a efectuar una pequeña resección cuneiforme del labio inferior.

Cierre de vejiga en dos planos sobre sonda Pezzer. Se completa el cierre de la pared abdominal según la forma convencional.

El post-operatorio se desarrolla sin incidencias con excepción de una severa hematuria

que sobreviene a los 12 días y que cede con la aplicación de una sonda Foley a tracción. Es dado de alta el 18-6-51.



Figura 2

El cistograma en posición oblicua-lateral derecha mostrando el cuello de comunicación angosto.



Figura 3

El cálculo extraído que pesa 155 gr. y mide 7 x 6 x 5 cms.

El cálculo extirpado pesaba 155 gramos y sus medidas eran de 7 cm. x 6 cm. x 5 cms. (Fig. 3). Un estudio de control, radiológico y cistoscópico (25-7-51) nos muestra un estado normal de las vías urinarias (Fig. 4).

CONSIDERACIONES

La existencia de grandes cálculos en divertículos vesicales, son de observación relativamente poco frecuentes, y el tamaño poco común del aquí presentado, nos impone su relato.

Pasaremos por alto todo aquello que se refiere a la etiología, patogenia y sintomatología de los divertículos vesicales y nos detendremos para hacer algunos comentarios acerca del tratamiento.

J. Cibert y J. Perrin manifiestan que desde el advenimiento de la rese-

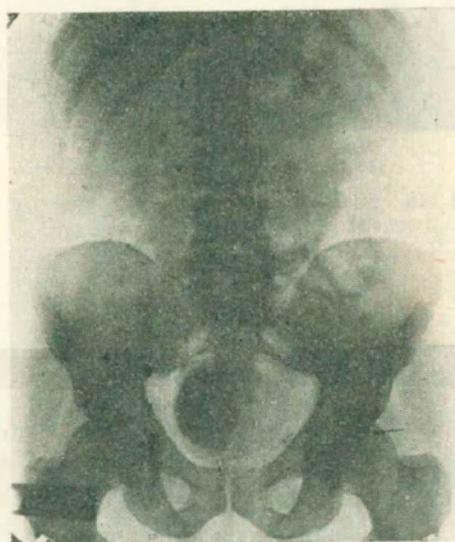


Figura 4
Urograma de control.

ción endoscópica ellos deben hacer abstracción del divertículo, a menos que éste se presente complicado y se limiten sólo al tratamiento de la disectasia.

Estos autores no niegan las ventajas de la diverticulotomía pero consideran que sus indicaciones han disminuído considerablemente con la resección, que constituye un importante progreso en la terapéutica de los trastornos asociados. Fey, Dossot y Wolfrohm también aconsejan la resección endoscópica, pero como tiempo complementario. Los urólogos de la Clínica Mayo Thompson G. J., Kermott y Cabot H. al considerar el divertículo como afección congénita, dicen que quedan latentes hasta la aparición de un obstáculo cervical: en la gran mayoría de los casos la resección endoscópica suprime todos los síntomas, quedando la diverticulotomía como 2º tiempo, si el caso lo requiere.

Pero en este caso no se plantea el problema de un divertículo simple, sino de un gran cálculo, como se puede apreciar en las radiografías, en un gran divertículo, ubicado en la cara póstero-lateral izquierda, con un pequeño orificio de comunicación situado justo por encima y por fuera del O.U.I. Es justamente en una observación muy parecida a la nuestra, que R. Defoort preconiza

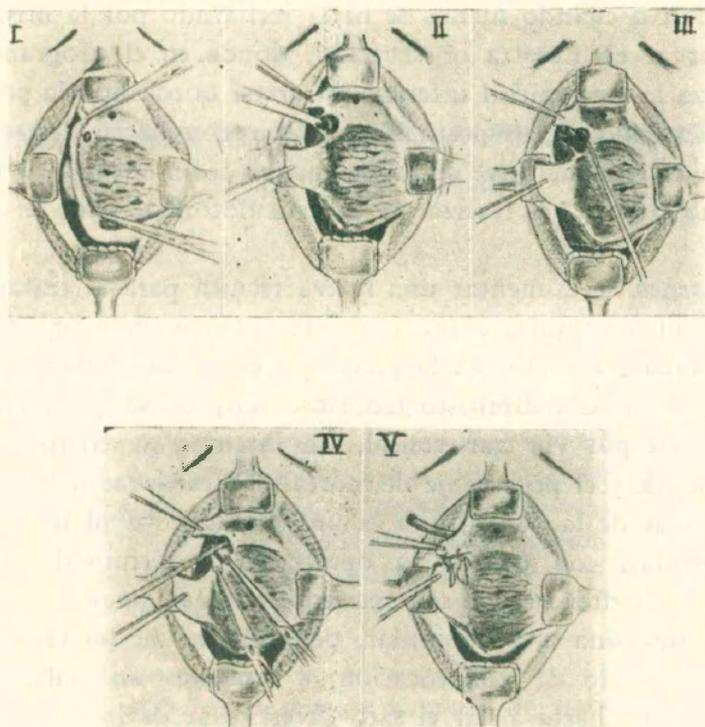


Figura 5
Esquema de los distintos tiempos operatorios siguiendo la técnica preconizada por Barnes.

su abordaje por la vía sacro-látero-rectal, habiendo así extirpado un gran cálculo de 92 gramos, así como el divertículo correspondiente.

Nuestra experiencia sobre esta vía de abordaje, nos exime de hacer comentarios.

H. Devos al presentar una observación en un hombre de 70 años con un gran divertículo póstero lateral izquierdo, lleno de cálculos, se limita a vaciar el divertículo, a través de una cistostomía por expresión manual, tratando luego de evertirlo por espiración, pero sin lograrlo.

Como ejemplo de la magnitud a que pueden llegar los cálculos diverticulares, se puede citar la observación de Adams A. W., el que fué interpretado

como un cálculo vesical, cuando en realidad se hallaba ubicado en un divertículo y pesaba 737 gramos, obligando para su extracción a seccionar el recto anterior derecho y utilizar un forceps.

H. C. Houtappel en un hombre de 75 años, con un gran globo vesical con un residuo de 1.700 c.c., extirpa dos divertículos, uno de los cuales contenía 1.200 cálculos.

En algunas ocasiones el úreter puede hallarse íntimamente adherido a la bolsa diverticular, o cuando menos se halla rechazado por la misma, tal como es posible observar en nuestra observación, donde en el urograma por excreción, se visualiza la extremidad inferior del uréter bordeando la porción súper-interna del divertículo. Al respecto Fey y Gouygou hacen destacar este hecho señalando, que a veces inclusive simula el uréter desembocar a su nivel, debiendo tener mucho cuidado al realizar la diverticulotomía, pues se corre el riesgo de seccionarlo.

R. W. Barnes, al comentar una nueva técnica para el tratamiento de los grandes divertículos vesicales expresa que la extirpación completa de los mismos, profundamente situados en la pelvis y que se encuentran adheridos a los tejidos vecinos es un procedimiento laborioso; es por eso que preconiza simplemente su abordaje por vía transvesical, sin intentar su extirpación, pues sólo provoca gran shock y el porcentaje de mortalidad es elevado. Una vez separado el saco diverticular de la vejiga, ésta es suturada en dos planos y disecando la mucosa diverticular, con lo que la operación ha terminado, dejando a ese nivel unos tubos de drenaje que son retirados paulatinamente.

Nesbit utiliza una técnica similar, pero sin incidir lateralmente la vejiga. Individualiza el cuello de comunicación, y pasando un dedo a su nivel, lo incide circularmente, hasta aislar el saco diverticular de la vejiga y cerrando la brecha vesical en dos planos. La bolsa diverticular si es posible se la extirpa en block pero si existen adherencias demasiado firmes con los tejidos vecinos, simplemente se la denuda de su mucosa.

B I B L I O G R A F I A

- R. D.foort. — J. Fr. d'Urologie, 49, 141, 1941.
 M. M. Fey y Gouygou. — J. Fr. d'Urologie, 53, 141, 1946-47.
 J. Cibert y J. Perrin. — J. Fr. d'Urologie, 50, 22, 1942.
 R. Devos. — J. Belge d'Urologie, XX, 11, 1951.
 A. W. Adams. — Br. J. of Urology, XV, 136, 1943.
 H. C. Houtappel. — J. Fr. d'Urologie, 47, 141, 1939.
 R. W. Barnes. — The J. of Urology, 42, 794, 1939.