

DIVERTICULOS VESICALES

Por los Dres. EDUARDO DE LASA y NORBERTO J. PIAGGIO

En los enfermos urinarios con afecciones obstructivas bajas, por efecto de la presión retrógrada, se producen variados trastornos en toda la parte del árbol urinario situada por arriba del sitio afectado por la obstrucción.

El estudio de este segmento superior a la obstrucción, es el complemento obligado de todo examen urológico bien hecho, pues sólo en esa forma podremos tener una noción completa del estado de estos enfermos.

Es así como se ha impuesto en forma casi sistemática el examen pielográfico de los prostáticos y demás obstruidos, evidenciándose muy a menudo daños ocasionados por la presión retrógrada sobre las vías altas y el riñón.

Además, la cistoscopia de rutina, nos muestra las modificaciones vesicales producidas por el esfuerzo miccional (celdas, columnas, hipertrofia del detrusor y del músculo trigonal). Con menos frecuencia observamos cistoscópicamente orificios diverticulares.

Habiendo tenido oportunidad de estudiar y tratar varios enfermos afectados de divertículos vesicales, traemos una suscita relación de dichos casos.

Ha sido nuestra preocupación principal precisar bien la causa obstructiva, que hemos encontrado y tratado en la mayor parte de los enfermos.

No es nuestra intención estudiar ni opinar sobre el complejo problema de la etiología de los divertículos (congénitos o adquiridos), sino más bien hacer resaltar la necesidad de investigarlos cuidadosamente en todos los obstruidos, y a su vez, en caso de encontrarlos, buscar y tratar la causa que dificulta la micción normal.

Es evidente que si operamos un prostático o un escleroso cervical y pasamos por alto la existencia de un divertículo, tendremos un factor importante para sostener la infección urinaria post-operatoria inmediata y alejada, impidiendo el éxito que debemos esperar después de la solución del problema de la obstrucción.

Para el diagnóstico de los divertículos vesicales tenemos presente como primer síntoma de presunción la micción de dos tiempos (Tuffier), sobre todo cuando la segunda orina es más fétida y purulenta que la primera (dato inconstante). La verdadera orientación la da la cistoscopia cuidadosa, que muestra

orificios de celdas cuyo fondo no se visualiza, o bien el típico orificio diverticular.

Pero es la radiografía simple y la cistografía con relleno en distintas incidencias, la que nos dará una verdadera noción de tamaño, forma, posición, cuello y contenido (cálculo, tumor) del ya sospechado divertículo en la cistoscopia.

Completamos el examen radiográfico con una película tomada después de evacuar con un catéter la sustancia opaca que rellena la vejiga, cuidando que la sonda no esté introducida en el divertículo. Por medio de esta última maniobra comprobamos si el divertículo se evacúa con el vaciado de la vejiga o retiene todo o parte del contenido. La indicación quirúrgica (diverticulectomía) será más precisa cuando un inyectado urinario tiene retención diverticular, o bien cuando existen algunas de las complicaciones habituales del divertículo (cálculo o tumor).

Nuestra conducta frente al problema de enfermos con divertículos vesicales es: 1º solucionar el problema obstructivo (dilatación, resección, endoscopia del cuello o cervicectomía a cielo abierto, adenomectomía, etc.); 2º si es posible, extirpar el divertículo. Siguiendo las indicaciones de Lowsley y Gutiérrez (1928) hemos practicado el drenaje previo de la vejiga en un paciente muy infectado, habiendo observado evidente mejoría el estado general e infección.

En otro caso de divertículos múltiples y con largo cuello no hemos conseguido con la cistostomía previa mejoría de la infección urinaria y de las molestias dolorosas. En este caso, al practicar la diverticulectomía encontramos los divertículos llenos de orina francamente purulenta y fétida, a pesar de los antibióticos y de los abundantes lavajes vesicales previos. Esta última situación coincide en los conceptos de R. Ojier Ward (anales del Colegio Real de cirujanos Ingleses, Julio 51) quien considera que la cistostomía no es necesaria ni conveniente, pues conduce a la infección, hace difícil la cirugía de la diverticulectomía por la retracción vesical y no drena el divertículo.

Nuestras cifras se refieren a los años 1950-51-52 (10 meses), habiendo tratado en este tiempo 20 enfermos afectados de divertículos vesicales. En 16 de ellos pudimos establecer la existencia de una causa obstructiva evidente (80 %) y en un 4 no la hemos podido encontrar (20 %).

A objeto de establecer las relaciones porcentuales de nuestras observaciones consideraremos arbitrariamente como enfermos obstruidos a los afectados de: estrechez uretral, litiasis de uretra posterior, adenoma de próstata, esclerosis de cuello, adenocarcinoma de próstata.

Tenemos fichados en el lapso de tiempo arriba indicado 283 enfermos que presentaban algunas de las afecciones ya nombradas y entre ellos hemos encontrado 16 con divertículos vesicales (5,65 %).

En el cuadro N° 1 se establece la proporción de cada uno de estos grupos.

CUADRO N° 1

	Casos	Divert.	%	Operados	No operados
Estrechez uretral filiforme	53	5	9,62	2	3 { Divert múltiple Buena evacuación No acepto operar
Cálculo uretra posterior	2	-	-	-	
Enfermedad del cuello	10	3	33	2 { Cervicit y divertic.	1 Insuf renal
Adenoma de próstata	187	8	4,27	4 { 2 en 1 tip. 2 „ 2 „	3 Insuf renal 1 Rechazo operación
Adenocarcinoma de próstata	31	0	-	-	
Totales	283	16	-	8	
Sin causa obstructiva	-	4	-	2	2 { Neo con residuo Mujer b/evacuación
Totales	283	20	-	10	10

Bukley y Kearns (Journal of Urologie de octubre 1952) encuentran en 774 operados prostáticos, 22 grandes divertículos o sea 2.71 %: recalcan que se refieren a divertículos vesicales grandes. Nosotros encontramos en el mismo tipo de enfermos (operados y no), considerando los divertículos grandes y medianos las siguientes cifras:

Enfer. cuello	10	3	
Adenoma	187	8	
Cáncer	31	0	Un 4.82 %
	<u>228</u>	<u>11</u>	

De los 20 fueron operados 10 (50 %). De los 10 operados hubo: 2 estrechos que fueron dilatados y luego se practicó la diverticulectomía.

En dos enfermedades de cuello, esclerosis, se practicó la cervicectomía a cielo abierto y diverticulectomía.

En los cuatro prostáticos afectados además de divertículos y que fueron operados se practicó la adenomectomía transvesical y luego la diverticulectomía.

En dos se hizo todo en 1 tiempo y en los otros dos se hizo 1° la cistostomía y en un 2° tiempo la diverticulectomía y adenomectomía transvesical a cielo abierto.

En dos enfermos, sólo se practicó la diverticulectomía al no encontrarse causa obstructiva.

De los 10 operados fueron intervenidos ocho en un tiempo (80 %) y dos en dos tiempos (20 %); cistostomía y luego la operación radical.

Los motivos por los cuales no fueron intervenidos los 10 restantes son los siguientes:

- 1 por diverticulosis múltiple (estrecho);
- 4 „ insuficiencia renal;
- 2 „ no haber aceptado la indicación quirúrgica;
- 3 „ no establecerse la indicación operatoria y falta de infección.

De los 20 casos 19 eran hombres y 1 mujer (5 %), 9 simples y 11 múltiples. Posición: 1 era prevesical y de gran tamaño, y los restantes situados en las paredes laterales y posterolaterales: 17 estaban infectados y 3 no lo estaban. Se presentaron con hematuria 4 y sin hematuria 16. En uno hubo litiasis y en otro un epiteloma. Vamos a mostrar en forma resumida y rápida algunos de los casos tratados.

En el primer grupo (estrechos):

M. O. 55 años. — Estrecho con dilataciones periódicas, cistopielitis a repetición, epididimitis. Operado se encontró el cuello algo rígido y cerrado efectuándose después de la diverticulectomía, una cervicotomía con electrobisturí. Radiografías 1 y 2.

F. M. 62 años. — Estrecho filiforme dilatado en varias oportunidades, cistopielitis a repetición: divertículos laterales, reflejo vesico ureteral, litiasis de uretra posterior. Operado Rx 3, 4, 5, 6 y 7.

E. F. 63 años. — Estrechez uretral filiforme con varias uretrotomías internas, cistopielitis crónica. No operó por ser la diverticulosis múltiple, muy obeso. Sigue con dilataciones. Rx 8 y 9.

F. P. 48 años. — Estrecho filiforme, dilatado, cistitis, no se operó. Rehusó la operación Rx 10 y 11.

Segundo grupo. Enfermedad del cuello:

B. S. 54 años. — Orina limpia, retiene 250 cc. Se opera en 1 tiempo diverticulectomía y resección del cuello, Rx. 12, 13 y 14.

Tercer grupo. Prostáticos.

U. P. 60 años. — Ingresó con hematuria: adenoma de próstata y 2 grandes divertículos. Se operó en 2 tiempos, 1º cistostomía, 2º diverticulectomía y adenomectomía prostática a cielo abierto. Rx. 15, 16, 17.

P. Z. 70 años. — Retención, 150 cc., disuria, gran infección vesical operado en 2 tiempos, 1º cistostomía, 2º diverticulectomía de 3 divertículos y adenomectomía. Rx. 18 y 19 (año 1948) Rx 20, 21 y 22 (año 1952).

M. M. 70 años. — Adenoma de próstata con retención. No se operó por insuficiencia renal, de la cual falleció. Rx 23 y 24.

R. C. 70 años. — Adenoma con retención completa. Insuficiencia renal. Se operó del adenoma, se extrajo un cálculo enclavado en el divertículo y no se practicó diverticulectomía por su diverticulosis múltiple y considerarlo riesgoso por la insuficiencia renal. Actualmente urea 1 g. %c. Rx. 25, 26.

J. M. 60 años. — No tenemos radiografía pero el esquema del acto operatorio muestra (figura) el divertículo situado por encima de la vejiga, a donde se entró al hacer la cistostomía. Se reseco, se amplió el orificio del cuello y se practicó la adenomectomía.

Cuarto grupo. "Sin causa obstructiva aparentemente observable":

J. T. 64 años. — Recklin hausen avanzada; operado en un tiempo. Rx. 27, 28, 29 y 30.

C. R. 66 años. — Operado. Diverticulectomía en un tiempo. Rx. 31.

L. A. 52 años. — Pólipo vesical. Electrocoagulación a cielo abierto. No se extirpó el divertículo.

RESUMEN

Presentamos nuestra experiencia de los 3 últimos años, relacionada con los divertículos vesicales.

Consideramos que no es una afección rara, y que todo obstruido debe ser cuidadosamente estudiado con relación a la posible existencia de divertículos vesicales (cistoscopia y cistografía con relleno en distintas incidencias).

La presencia de un divertículo que no se evacúa bien la micción o con

el vaciado por cateterismo, es un motivo para encarar su solución radical simultánea o posterior a la intervención de la obstrucción.

Los divertículos múltiples representan una contraindicación de la solución quirúrgica total, por la gravedad de la operación.

DISCUSION

Dr. Juan Iruzu: Quiero felicitar a los Dres. De Lasa y Piaggio por su comunicación. Indudablemente pareciera que en B. Blanca se producen más que en ninguna otra parte casos de divertículos vesicales, pues son muy numerosos los ejemplos.

Ahora, claro, me interesa saber cuál es el tratamiento quirúrgico empleado y si han tenido que marsupializar los grandes divertículos.

Dr. Eduardo De Lasa: En primer término es evidente que hemos tenido una racha. No pretendo que las cifras sean habituales, es una racha como pasa a menudo en medicina. En segundo término la técnica ha sido variable.

Siempre hemos dejado drenaje en la parte lateral de la vejiga.

De manera que nosotros en realidad no hemos seguido una técnica clásica sino que hemos adaptado en lo posible.