

DIVERTICULOS VESICALES

Dr. Bekerman, Alberto David

Con el advenimiento de la cistografía miccional, el divertículo de vejiga ha sido diagnosticado con mayor frecuencia especialmente en la investigación de la infección urinaria y por su asociación con el reflujo vesicoureteral. Por definición clásica un divertículo vesical representa la herniación de una mucosa de la vejiga a través de puntos de deficiencia en el músculo detrusor, casi siempre en una región posterolateral al orificio ureteral. Los verdaderos divertículos opuestamente a los sáculos son raros en las niñas.

Etiología

Englisch propone que el divertículo es causado por la oclusión temporaria de la uretra durante la vida fetal, aumentando de esa manera la presión intravesical, protruyendo a través del espacio débil de la pared. La debilidad en el músculo detrusor estaría presente en todos los casos de formación diverticular, lo cual se confirmaría por el hecho de que generalmente se encuentran en el área de la unión ureterovesical.

La etiología del divertículo incluye:

- 1) Obstrucción.
- 2) Condiciones intrauterinas:
 - a) Retención en el feto debido a la obstrucción de la uretra.
 - b) Falla temporaria de epitelización entre el Wolff y los elementos alantoicos.
 - c) Yemas uretélicas supernumerarias.
 - d) Uraco permeable.

Hasta comprobarse lo contrario se debe asumir en todos los casos que existe una obstrucción intravesical. Esta obstrucción, tal como contractura del cuello vesical, válvula de la uretra posterior o enfermedad vesical neuromuscular crónica, no es rara en los niños, en muchos de los cuales las manifestaciones clínicas del divertículo aparecen tempranamente. Los divertículos ocurren en 5 % de todos los chicos con obstrucciones, explicando la relativa alta incidencia la delicadeza de la pared vesical. En algunos de estos pacientes la capacidad del divertículo llega a ser 2 a 5 veces mayor que la capacidad de la vejiga misma. A veces una piedra llena el divertículo y se extiende dentro de la vejiga como reloj de arena.

Patología

Los divertículos congénitos verdaderos son generalmente únicos. Muchos divertículos, ya sean múltiples o solitarios, son a veces encontrados asociados con: obstrucción del flujo miccional o disfunción neurogénica. Cada contracción vesical subsiguiente distiende aún más el divertículo, llevando a su agrandamiento progresivo y a veces al eventual desplazamiento del orificio ureteral a un lugar en el borde o adentro del divertículo.

Los divertículos vesicales pueden ser encontrados en la vejiga hipertrófica, posiblemente como resultado de válvulas ureterales u obstrucción primaria del cuello vesical. Los pequeños divertículos están asociados frecuentemente con reflujo V. U.

La debilidad de la hoja de Waldeyer lleva con las progresivas distensiones por las elevadas presiones intravesicales a la formación del divertículo de Hutch. Esto conduce a la pérdida del túnel submucoso y el reflujo aparece.

Deben ser descartadas protrusiones laterales de la vejiga u orejas vesicales, que son vistas en cerca de 10 % de las pielografías excretorias efectuadas en infantes, especialmente varones hasta el año de edad; son transitorias, una variación de lo normal, no requieren tratamiento y se diferencian por su posición y ausencia de un cuello discernible.

Sáculos del techo vesical son probablemente remanentes del uraco.

A veces surge una confusión en casos de duplicación parcial o total y de la vejiga en reloj de arena.

Por último, traumatismos de la vejiga con extravasación pueden formar pseudodivertículos.

Clínica

La incidencia picopediátrica es entre los 3 y los 10 años, excepto en los casos en que el chico presenta obstrucción del tracto urinario a una edad más temprana. La anormalidad es hallada generalmente durante la investigación por obstrucción urinaria o infección o dificultades en la micción o en uresis.

El divertículo contiene orina residual. El vaciamiento pobre del divertículo *per se* es a veces agravado por la reacción inflamatoria alrededor de una boca angosta. Si a un divertículo con infección se lo deja persistir frecuentemente, ocurre una metaplasia escamosa y la formación de piedras. En casos raros, el divertículo se llena durante la micción y se extiende detrás de la vejiga, desplazando y estrechando la uretra, produciendo retención urinaria.

Como ya dije, estos divertículos son responsables por incompetencia del ángulo vesicoureteral, por reflujo y pielonefritis y raramente por obstrucción ureteral e hidronefrosis.

El diagnóstico definitivo se realiza radiológicamente. Este puede ser claramente visible, especialmente cuando se obtienen placas oblicuas y posmiccionales.

El uréter es desplazado característicamente hacia la línea media con dilatación ureteral. En ocasiones, el divertículo no se visualiza, debido a que no se introdujo suficiente medio de contraste. En ocasiones sólo se observa luego de haberse vaciado la vejiga.

Citoscópicamente la apariencia es variable, a veces el instrumento puede ser introducido dentro del divertículo pudiendo inspeccionarse la cavidad.

En la mayoría de los casos el divertículo paraureteral está muy próximo al orificio ureteral y su mucosa lo confunde con un ureteroceles.

Aparentemente cinco veces más varones que mujeres desarrollan divertículos, mientras que en el adulto el promedio es de 10 a 1.

A pesar de la alta incidencia de divertículo en los adultos, en casi todos ellos la lesión es adquirida, habiendo formado como un proceso de inflado por presión retrógrada consecuente a la presión periférica.

Tratamiento

El tratamiento es quirúrgico, aun los de boca ancha deben ser escindidos porque casi siempre alteran la dinámica de la unión V. U. La presencia de saculación generalizada o vejiga neurógena es una contraindicación al tratamiento quirúrgico.

La escisión del divertículo sin corrección del trastorno obstructivo, cuando lo hay, no es aceptable. La vigilancia no operativa es justificada sólo cuando un pequeño sáculo se encuentra en niñas con reflujo vesicoureteral y probablemente temporario; en estos casos se conserva el túnel submucoso.

La diverticulectomía puede ser hecha por vía extravesical. Se llena la vejiga hasta que el divertículo esté tenso y se disecciona y liga el cuello y el defecto en el músculo se sutura.

Puede usarse también la vía intra y extravesical o intravesical sola.

A veces es útil introducir un catéter en el uréter. En ocasiones debido a la íntima relación del divertículo con el uréter, es necesario hacer un reimplante ureteral.