

FALSAS IMAGENES DE DIVERTICULOS VESICALES

Por el Dr. NATALIO CARTELLI

El diagnóstico de los divertículos vesicales, es generalmente fácil. La clínica por una parte mostrándonos la micción en 2 tiempos, como signo patognomónico o bien la persistencia inexplicable de una infección vesical, que debería haber desaparecido con los tratamientos apropiados, y excepcionalmente por la presencia de una tumoración perivesical, que aumenta o disminuye de volumen según la repleción vesical. La cistoscopia cuando es factible practicarla, mostrándonos el o los orificios diverticulares que ponen en comunicación la vejiga con los divertículos y la cistografía dándonos una imagen del mismo y su comunicación con la vejiga por un trayecto de longitud y diámetro variable, su tamaño igual, mayor o menor que la vejiga, su situación y sus relaciones con los órganos perivesicales (datos estos de gran importancia en lo que se refiere a la intervención quirúrgica) hacen que el diagnóstico de los divertículos vesicales sea fácil como decíamos anteriormente y la intervención quirúrgica, cuando esté indicada, pueda llevarse a cabo, sabiendo de antemano las dificultades que pueden presentarse por su tamaño, número, relaciones, etc.

Y es refiriéndonos a las imágenes cistográficas que hoy presentamos las radiografías de 2 enfermos que con diagnóstico de adenoma de próstata y divertículos vesicales, la intervención practicada en ellos, no nos mostró tales divertículos a pesar de haberlos buscado infructuosamente en todo el perímetro perivesical. Un nuevo examen cistográfico practicado poco tiempo después y el estudio más detenido de las radiografías anteriores, nos hizo desechar la idea de divertículos vesicales y nos indujo a darles otra explicación a las imágenes cistográficas anteriores.

1° CASO. — Se trata de un enfermo E. S. de 54 años de edad, casado, español (Historia Clínica Div.: 44 N° 10), que fué operado hace 6 años de hidrocele y que nos consulta en la actualidad 13/10/1941, porque desde hace 6 meses presenta polaquiuria diurna y nocturna (2 a 3 veces) disuria inicial y ardor postmiccional.

El examen nos muestra: *Orinas*: límpidas. *Vejiga*: sin retención. *Capacidad*: 150 c.c. *Próstata*: algo aumentada de volumen, consistencia adenomatosa, lóbulo izquierdo mayor, surco medio discretamente borrado, indolora y mucosa rectal deslizándose bien.

La *cistoscopia*: 16/10/1941 nos pone de manifiesto una mucosa con celdas y columnas

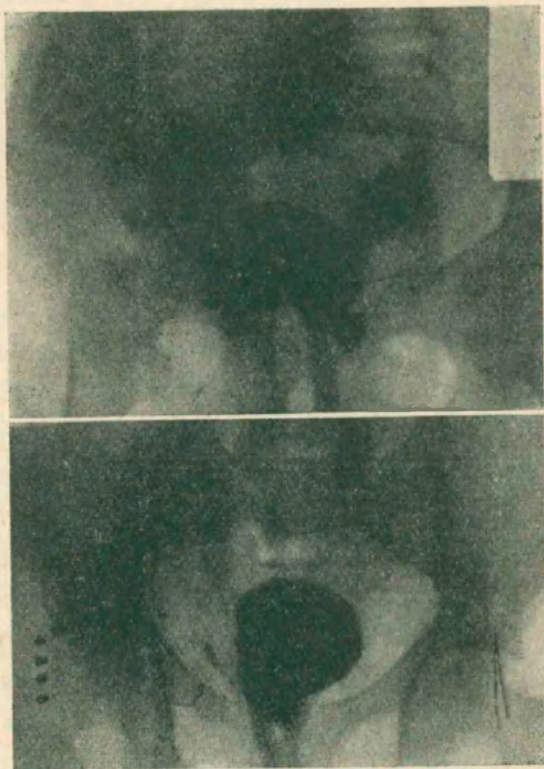


Figura 1

pequeñas. Cuello deformado convexo, más del lado izquierdo. Marión positivo en ambos lados. Signo de la cortina.

El día 28/10/1941 se le practica talla hipogástrica (Dres. Cartelli y Jorge Vilar), comprobando al tacto endovesical tratarse de un lóbulo izquierdo de mediano tamaño y otro derecho más pequeño. El día 16/12/1941 con buenas pruebas funcionales y el estado general mejorado, se le practica prostatectomía (Dres. Comotto y Ratto), extrayendo con cierta dificultad 2 pequeños lóbulos duros. El postoperatorio del enfermo es un poco accidentado, su estado general decae y sus orinas son francamente purulentas, lo que nos obliga a mantenerle la sonda hipogástrica (pues no tolera bien la sonda por uretra) durante un tiempo más o menos largo, para mejorar su estado vesical. Pero transcurridos unos 7 meses de su prostatectomía y teniendo su vejiga poca tendencia a mejorar, se le practica con cierta dificultad una cistoscopia que nos muestra una vejiga edematosa y congestiva y sobre su pared

lateral derecha una prociencia que hace gran relieve en vejiga y que el tacto combinado comprueba tratarse de una tumoración látero-vesical del tamaño de una naranja, fija, dura y poco lateral derecha una prociencia que hace gran relieve en vejiga y que el tacto combinado comprueba tratarse de una tumoración látero-vesical del tamaño de una naranja, fija, dura y poco dolorosa. Se practica una cistografía (Fig. N° 1) superior en oblicua, que muestra una vejiga deformada que se continúa con la uretra posterior dilatada y ensanchada que corresponde a la loge prostática. De esta loge y hacia atrás y a la derecha se visualizan unos trayectos irregulares, tortuosos que parecen ser la vesícula seminal derecha llena de substancia opaca. De la parte media de la sombra vesical y hacia la derecha, parte otra sombra de substancia

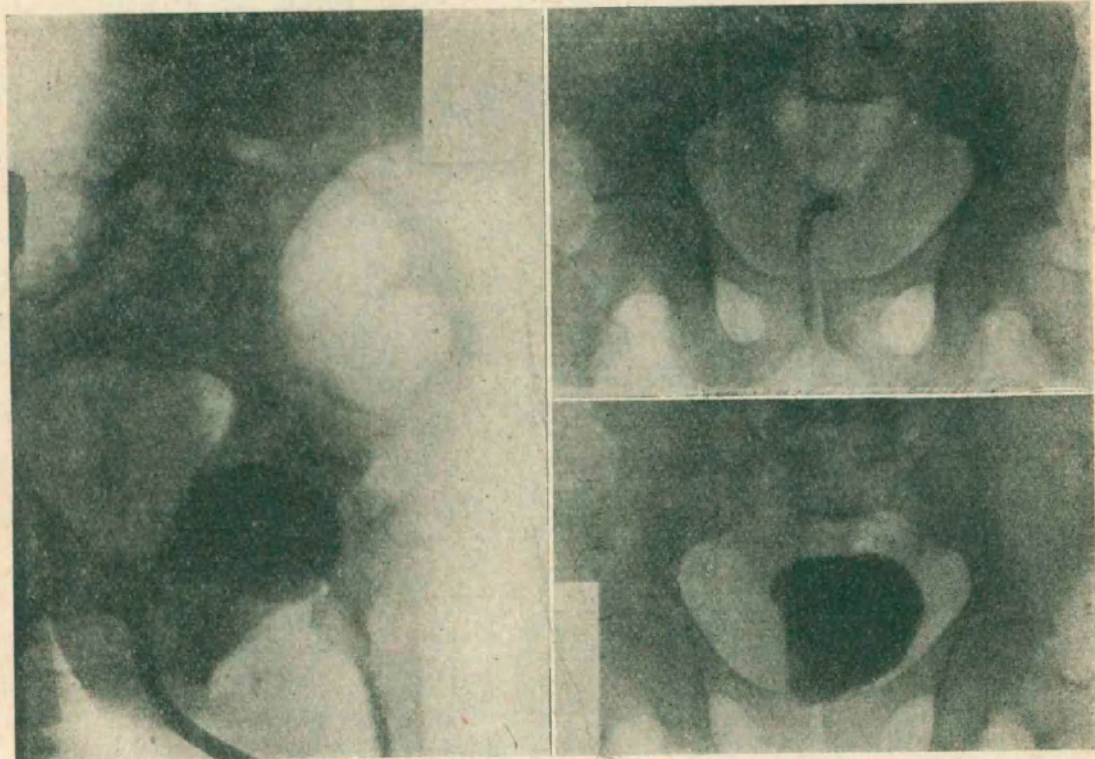


Figura 2

Figura 3

opaca que hace cuerpo con la imagen vesical en una extensión de $1\frac{1}{2}$ cm. y que se va ensanchando en forma de "pera" terminando en un borde casi rectilíneo.

La misma cistografía en ántero posterior (Fig. N° 1) parte inferior, nos muestra sombra vesical redondeada en su mitad izquierda y parte superior derecha continuando desde este punto en línea recta vertical hacia el pubis siguiendo luego con la imagen de la loge prostática y la uretra posterior. Por encima de la rama horizontal del pubis y partiendo de la imagen vesical se visualiza un trayecto de una longitud de unos 2 cm. que parece corresponder a la vesícula seminal derecha.

En posición oblicua izquierda (Fig. N° 2) la imagen vesical de aspecto piriforme se continúa por una porción estrechada con la uretra llena de substancia opaca. Por encima y por fuera de la sombra vesical se ve otra sombra irregular de substancia opaca y separada de ella por una extensión de unos 3 cm.

Por el tacto combinado y por las imágenes cistográficas se interpretó la tumoración descrita anteriormente como un divertículo infectado y en retención, en comunicación con la vejiga por un trayecto delgado ya que por cistoscopia esta comunicación no pudo visualizarse, posiblemente por estar oculta entre el edema. Se decide intervenirlo para drenar este absceso practicando bajo anestesia raquída, una incisión paralela a la arcada crural (doctores Cartelli y Jorge Vilar) y llegando hacia dicha tumoración que se encuentra formada por un proceso plástico, fibroso, que las punciones a bisturí en todas direcciones, no nos ponen en comunicación con ningún absceso. Se cierra pared dejando tubo de drenaje y a los 2 días aparece una supuración intensa que persiste cierto tiempo, disminuyendo el tamaño de la tumoración látero-vesical paulatinamente. Se coloca sonda uretral permanente, quitando la derivación y se hace cerrar orificio de la talla.

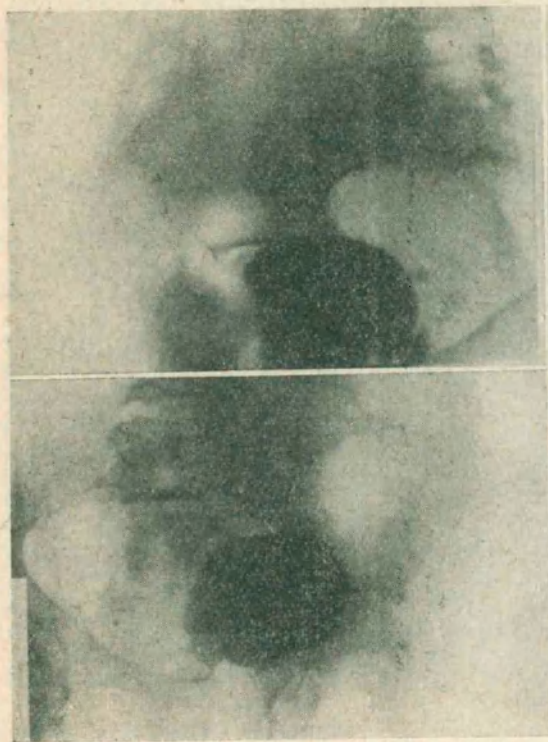


Figura 4



Figura 5

Un nuevo examen radiográfico muestra: Radiografía simple: negativa. (Fig. N° 3 parte superior. Cistografía de frente Fig. N° 3 parte inferior). Imagen vesical de bordes regulares en su mitad izquierda. Parte derecha de borde cóncavo, porción que corresponde a la tumoración látero-vesical anteriormente descrita.

En posición oblicua (Fig. N° 4) derecha e izquierda se observa en la primera (parte superior de la Fig. N° 4) la concavidad que aparece en las otras radiografías y los trayectos tortuosos que corresponden a la vesícula seminal. En ninguna de las 2 posiciones aparece sombra diverticular. Otra nueva cistografía (Fig. N° 5) practicada 2 meses después en antero-posterior, nos muestra la imagen vesical del mismo aspecto que en las radiografías anteriores sacadas en esta posición.

El día 16/1/1943 vale decir unos 3 meses después de haber sido dado de alta, reingresa nuevamente al Servicio por haberse reabierto su vejiga y comprobando al xamen que ésta se halla íntimamente adherida a la cicatriz, en una extensión más o menos grande y retrayéndose dicha cicatriz durante los esfuerzos de la micción. Bajo anestesia raquídea se reseca la cicatriz de las intervenciones anteriores y se libera la vejiga que estaba adherida a ella. Resección del trayecto fistuloso y sutura de la vejiga en 2 planos. Cierre de pared sin dejar drenaje, dejando sonda por uretra. Cierre perfecto de la pared. Continúa la supuración del absceso láterovesical. Alta para asistirse en Consultorio Externo.

2º CASO. — F. B. Historia Clínica Div.: 6 N° 14. Enfermo de 57 años de edad, casado, carpintero, que ingresa al Servicio el 22/7/1942 y cuya enfermedad comienza hace

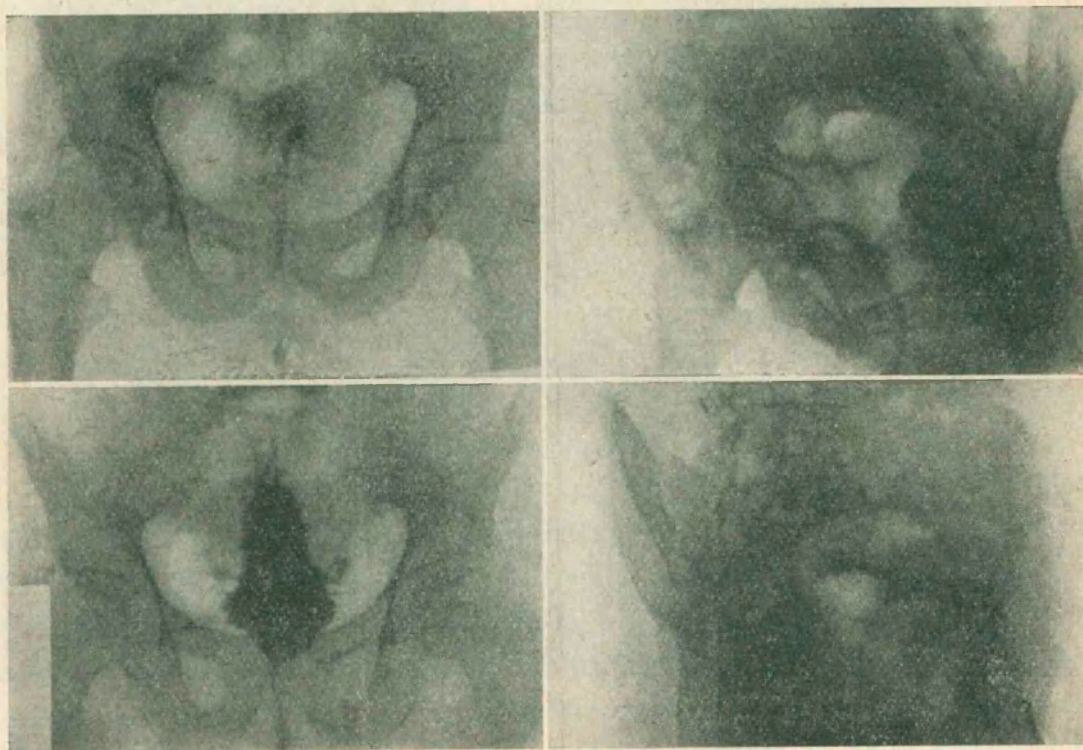


Figura 6

Figura 7

1 año con polaquiuria diurna y nocturna, gran disuria inicial y sensación de micción incompleta. Sus orinas son turbias, poco concentradas. Su uretra anterior libre, la posterior alargada. Vejiga: con retención de 500 c.c. de orina y su próstata algo aumentada de volumen, de consistencia adenomatosa, surco medio algo borroso y la mucosa rectal no adherida y que se desliza fácilmente.

Cistoscopia. — Mucosa edematosa con celdas y columnas. Cuello convexo en el lado izquierdo. A las 9 horas del cuadrante se visualiza un orificio edematoso. A las 3 horas, otros 2 pequeños orificios también edematosos con aspecto de orificios diverticulares. Una nueva cistoscopia practicada cierto tiempo después de tener el enfermo sonda permanente nos muestra una imagen semejante a la descrita anteriormente.

Un examen radiográfico, efectuado el 24/8/1942 revela: Radiografía simple (Fig. N° 6 parte superior): negativa. Cistografía de frente (Fig. N° 6 parte inferior: vejiga alargada en sentido longitudinal, estrechada en su parte superior y más ancha en su mitad inferior, de bordes irregulares. De la parte media de la sombra vesical, a la derecha (1) y a la izquierda (2) parten pequeñas sombras de substancia opaca que corresponden a divertículos pequeños. En el instante de sacar radiografías en oblicua (Fig. N° 7 superior e inferior) y mientras se daba rayos al enfermo, no tolerando ya el líquido en vejiga, la orina y las imágenes que obtenemos nos muestran la sonda por la cual se introdujo el líquido opaco, dirigido hacia la derecha en una y hacia la izquierda en otra, con vejiga sin substancia opaca. Por detrás de

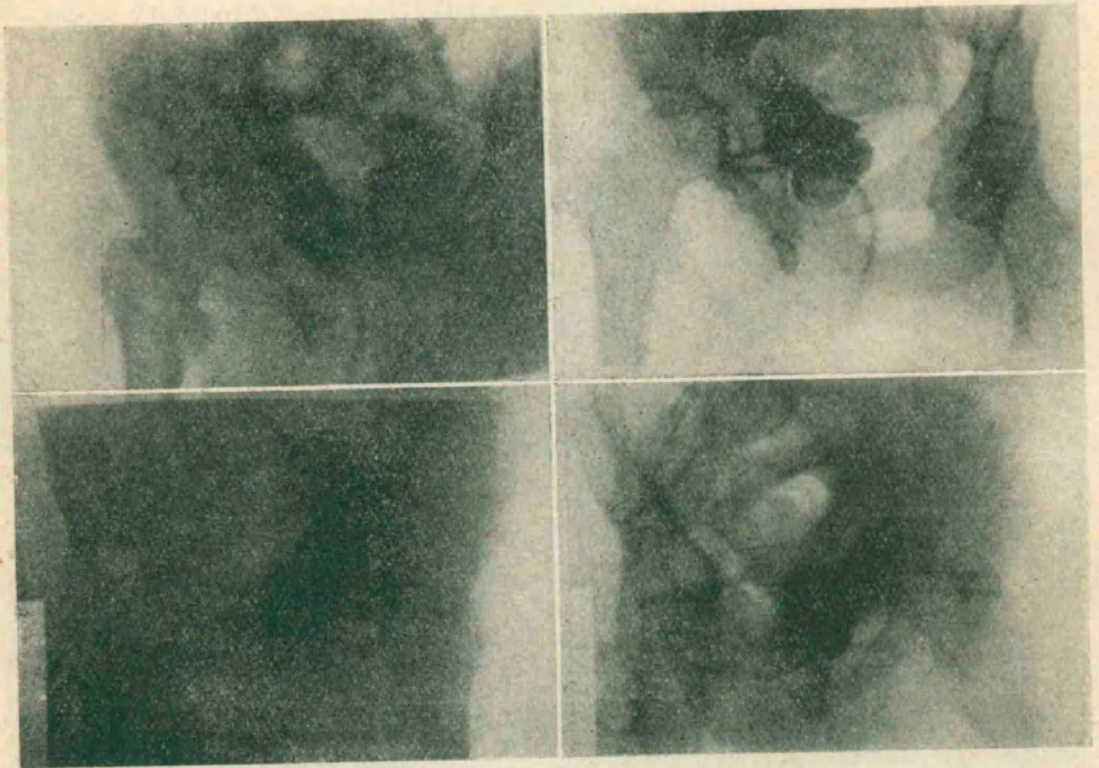


Figura 8

Figura 9

la sonda aparece una sombra de substancia opaca de forma irregular, que se interpreta como la imagen de un divertículo lleno de substancia opaca, que no ha tenido tiempo de evacuarse durante la micción que produjo el enfermo. Se introduce nuevamente substancia opaca en vejiga (solución de Yoduro de Sodio al 15 por ciento) Fig. N° 8 y se obtienen otras dos radiografías en posición oblicua que nos muestran: en oblicua derecha (Fig. N° 8 parte superior) sombra vesical alargada de bordes irregulares y por detrás de ella y haciendo cuerpo otra sombra de substancia opaca alargada en sentido vertical y de aspecto casi semejante a la sombra vesical que corresponde al supuesto divertículo. En posición oblicua izquierda (Fig. N° 8 parte inferior) sombra vesical de aspecto igual a la de la radiografía anterior y hacia la derecha de dicha sombra otra de menor opacidad que la vesical, alargada en sentido longitudinal, estrechada en su parte media y que vista con detención parece no comunicarse con la imagen vesical.

Previa preparación del enfermo, y bajo anestesia raquídea (Dres. Vilar, Ratto y Torres Posse) se practica incisión infraumbilical reclinando el fondo de saco peritoneal, se libera la vejiga de los órganos vecinos en toda su extensión, no encontrándose los divertículos que mostraban las radiografías practicadas al enfermo, a pesar de la cuidadosa investigación. Se practica talla y unos 20 días después, prostatectomía (Dres. Ratto y Torres Posse) extirpando 2 lóbulos laterales de mediano tamaño. El enfermo es dado de alta 1½ mes después, con orinas límpidas, sin retención.

Una nueva cistografía practicada unos 25 días después de la prostatectomía y teniendo aún el enfermo sonda hipogástrica (Fig. 9) nos muestra en oblicua derecha e izquierda, vejiga más bien pequeña, de bordes irregulares, no encontrándose ninguna sombra diverticular.

COMENTARIO

Los dos casos que acabamos de presentar los consideramos muy interesantes, pues se trata de 2 enfermos que con trastornos vesicales y con cistografías típicas de divertículos vesicales, que podían explicar sus trastornos, la intervención practicada a ellos no nos puso de manifiesto la presencia de tales divertículos, a pesar de la cuidadosa búsqueda de los mismos. Y más lamentable hubiese sido el error diagnóstico, si dichos enfermos no hubiesen padecido de adenoma prostático, que justificase su intervención y hubiesen sido llevados a la mesa de operaciones para practicar la diverticulotomía y tales divertículos no existiesen.

¿Y cómo explicar esas falsas imágenes de divertículos? Es un hecho que se ve a diario al practicar las cistografías, especialmente cuando se inyecta una cantidad de líquido de contraste, en cantidad mayor a la capacidad vesical para que llene bien el divertículo o supuesto tal, o cuando existen fenómenos de irritabilidad vesical, que el enfermo no pudiendo soportar más el deseo de orinar, orine entre la uretra y la sonda (estando ésta obstruida) y el líquido se deposite en la mesa radiológica. Y cuando este líquido es en cantidad apreciable, puede darnos sombras opacas que, proyectándose en la periferia de la imagen vesical llena, de substancia opaca puede darnos las verdaderas imágenes de los divertículos vesicales. Si observamos con detención estas cistografías, veremos que la que corresponde a la Fig. N° 1 la supuesta imagen diverticular termina en un borde recto que corresponde al pliegue interglúteo por donde se ha derramado el líquido de contraste y en la Fig. N° 8, no se ve comunicación entre la sombra diverticular y vesical. Con una menor oblicuidad del enfermo, las dos sombras se hubiesen puesto en contacto y la imagen de divertículo hubiese sido más típico. Por lo tanto, si bien como decíamos al comienzo, el diagnóstico de los divertículos vesicales es fácil por los datos clínicos, por la cistoscopia y por la cistografía, esta última puede darnos datos

equivocos, como en los dos casos precitados y podremos asegurar que la imagen radilógica corresponde a la de divertículos:

- 1° Cuando tengamos la seguridad de que el enfermo no haya orinado durante la exposición radiográfica.
- 2° Cuando existe una comunicación clara entre la imagen vesicular y la del supuesto divertículo.
- 3° Cuando una nueva cistografía nos muestra una imagen semejante a la anterior.