

## DIVERTICULOSIS PERITRIGONAL EN LA MUJER

Presentación de un caso con desembocadura del uréter en el fondo diverticular.

Dr. ESTEBAN LUIS FRANETOVICH \*

El amplio conocimiento de los divertículos vesicales entre los urólogos, me exige en este momento de una descripción exhaustiva de esta patología. Diré solamente que su frecuencia es mayor en la edad adulta y en el sexo masculino, donde el factor obstructivo de la vía baja juega un rol preponderante en su patogénesis. El sexo opuesto sólo acusa el 3 ó el 4 % de patología y lo hace en edad más temprana y sin factores obstructivos, prefiriendo la pared lateral de la vejiga, en zonas débiles como la vecindad de los orificios ureterales.

De los 100 casos descriptos por Kutsman, sólo tres eran mujeres y 91 reconocidos después de los 50 años. Lower en 151 casos encuentra el 62,1 % en la pared lateral.

La distensión vesical o la presencia frecuente de fenómenos inflamatorios debilitan el músculo trigonal, lo que facilita que el uréter submucoso pueda situarse fuera de la vejiga (Sole, Balcells, Extravesicalización grado 1), apareciendo luego en forma de "divertículo paraureteral (Extravesicalización grado 2) y terminando luego con la desembocadura ureteral en el fondo del mismo (Extravesicalización grado 3).

Otros autores como Blum creen en la presencia de muñones ureterales supernumerarios y su posterior dilatación para explicar la formación de los divertículos periureterales.

*Diagnóstico:* Se ponen de manifiesto por sus complicaciones, tales como su infección, cálculos, ruptura o tumor.

Se reconocen mediante un examen urológico de rutina en pacientes con disfunción vesical. La evacuación en dos tiempos debe hacernos sospechar esta patología. La citoscopia y la cistografía nos muestra su existencia, tamaño, situación y relaciones con la vejiga.

*Tratamiento:* Es de importancia primordial la eliminación del factor obstructivo cuando existe. La presencia o no de las complicaciones y el grado de evacuación del divertículo nos indicará la conducta médica o quirúrgica de la terapéutica de acuerdo al caso en particular.

### CASO CLÍNICO:

D. R. de G., 64 años, argentina, casada, jubilada. Concorre a la consulta en marzo de 1970 por intenso episodio cistítico, con estado febril y decaimiento general. Refiere emisión de orinas turbias y en tres oportunidades hematuria terminal.

*Antecedentes personales:* Enfermedades de la infancia. Dos hijos nacidos de partos normales.

*Antecedentes de enfermedad actual:* Desde hace dos años cistitis a repetición que mejoran con antibióticos y antiespasmódicos, y que últimamente se

\* Emilio Mitre 67, Chivilcoy, Prov. Bs. As.

hacían más frecuentes. En épocas normales orina 4 a 5 veces diarias sin disuria. En ocasiones micción en dos tiempos. El laboratorio demostró una discreta anemia, leucocitosis y orinas con abundante pus y hemáties. 220.000 colonias por cc. a predominio de colibacilos.

Se medicó de acuerdo al antibiograma, mejorando en una semana su estado general y local.

El 23.8.70 la urografía denota una función renal bilateral conservada, con pelvis y uréteres normales (Fig. I); la porción distal del uréter derecho parece perderse en la imagen del mayor de varios divertículos, que se suman al costado derecho de la vejiga.



Fig. I.



Fig. II.

**Cistografía:** Muestra la imagen superpuesta de cuatro grandes formaciones diverticulares. Ausencia de reflujo (Fig. II).

La cistoscopia, practicada el 1.4.70 muestra una capacidad vesical aumentada, mucosa normal y trigono congestivo. Orificio ureteral izquierdo de forma tamaño y situación normal; ausencia del orificio ureteral opuesto observando en su lugar una boca circular de regular tamaño, y en su proximidad otras tres más pequeñas.

El índigo carmín se elimina a los 4 minutos por el orificio izquierdo y a los 7 minutos por el mayor de los orificios diverticulares.

**Uretroscopia:** Uretra y cuello normales.

Se opera con raquianestesia el 22.5.70: Cirujano Dr. E. Franetovich. Ayudante Dr. J. Goldemberg; se extraperitonea la vejiga, se liberan los sacos diverticulares; se reconoce y libera el uréter derecho que desemboca en uno de ellos, se repara y secciona en su extremo distal. Se abre la vejiga para inspeccionar el cuello que es normal, se reconocen las bocas diverticulares muy próximas entre sí pero independientes. Se resecan los sacos unidos al medallón vesical correspondiente a sus desembocaduras. Se reimplanta el uréter a vejiga y se cierra la misma; cierre de abdomen por planos.

Postoperatorio favorable, quitándose la sonda al quinto día y dándose de alta al séptimo.

A tres meses de la intervención, enferma asintomática y cistograma de control normal sin reflujo (Fig. III).

**Resumen:** Se comenta un caso de diverticulosis vesical en una mujer adulta de situación yustatrigonal y de presumiblemente naturaleza congénita en atención a la falta de factores obstructivos y a su situación anatómica, desembocando el uréter en un divertículo.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 *Kutzmann A. A.*: Diverticulun of Urinary Bladder: Analysis of One Handred Cases. Surg. Gynec. & Obst. 56: 898-906, 1933.
- 2 *Lower W. E.*: Diverticula of urnari Bladder. Surg. Gyn. & Obst. 52: 324-329, 1931.
- 3 *Solé Ballcells*: Primer curso para América Latina del Instituto de Urología de Barcelona, pág. 239, La Plata, 9-14/10/70.
- 4 *Leger P.*: Chirurgie des diverticules vesicaux. Enciclopedia Medico Chirurgicale. (Techniques Chirurgicales, Urologie) 41240.
- 5 *Barnes R. W.*: Surgical Treatment of Large Vesical Diverticula. J. Urol. 42: 794-801. Nov. 1939.
- 6 *Doson A. I.*: Urological Surgery 2da. Edic. 1957.
- 7 *Deutike P.*: Ectopic Ureteral Orifices. Surg. Gyn. and Obst. 98: 572, 1954.
- 8 *Lauret G. et Vignerón R.*: Les malformations congenitales de la junction uretero-vesicale chez l'enfant. J. Urol. 61: 15, 1955.
- 9 *Chiodi H., Agugliaro L. P. y Celestino P. M.*: Diverticulo de vejiga en la mujer. Presentación de un caso. Rev. de la Soc. Urol. y Nefrol. de la Pcia. de Bs. As., vol. II marzo de 1970.

## DISCUSION

*Dr. Rotman.* — Quería preguntar si se hizo la anatomía patológica de la pieza extraída.

*Dr. Franetovich.* — Se efectuó y resultó ser un divertículo. El epitelio estaba alterado, posiblemente por problemas inflamatorios; casi faltaba el epitelio y había fibras musculares.

*Dr. Steimberg.* — Quisiera preguntarle al doctor Franetovich, primero, qué técnica y qué táctica utilizaron y además, si tiene pielografía de control.

*Dr. Franetovich.* — Se realizó la técnica antireflujo, haciendo un trayecto oblicuo y dejando un trozo submucoso. Urograma de control no se tiene, solamente la cistografía.

*Dr. Trabucco.* — ¿Tenía fibras musculares el divertículo?

*Dr. Franetovich.* — Yo omití el informe histopatológico, doctor.

*Dr. Trabucco.* — Le preguntaba, porque en ese caso tal vez en lugar de llamarlo divertículo, habría que denominarlo vejiga multisacular. El divertículo no tiene fibras musculares; si es congénito y tiene fibras musculares, es una vejiga multisacular.

*Dr. Franetovich.* — Tal como se mostró en la diapositiva, el mayor de todos tenía una boca bastante grande y en los otros era bastante más pequeña, que hacía pensar más en un divertículo. Ahora bien, en el sentido que haya fibras musculares me inclinaría al origen congénito del mismo. En cuanto a si se debe llamar de esa manera, no lo discuto.