

Divertículo vesical primario

Maskuriko dibertikulu primarioa

A. Pérez-Martínez¹, M.A. Martínez-Bermejo¹, J. Conde¹, L. Bento¹, A. González², J. Esparza²

¹Servicio de Cirugía Pediátrica.

²Radiología Pediátrica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Correspondencia A. Pérez Martínez, Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Virgen del Camino, C/ Irunlarrea 4, 31008 - Pamplona (Navarra).

INTRODUCCIÓN

Los divertículos vesicales (DV) en pediatría son una patología poco habitual. Según su origen se clasifican en DV postquirúrgicos; DV secundarios a aumentos de la presión intravesical, como los asociados a síndromes obstructivos uretrales (válvulas, grandes ureteroceles o estenosis uretrales) o a vejigas neurógenas; DV ligados a síndromes específicos (Menkes, Ehlers-Danlos, Prune-Belly) y los divertículos primarios, congénitos o idiopáticos que son los que nos ocupan. Estos son cavidades retrovesicales aisladas, grandes, que parecen desarrollarse sobre un defecto de la pared muscular y no por un aumento de la presión intravesical.

El diagnóstico prenatal universal y el estudio urológico de todas las infecciones urinarias en la infancia, deben conducir a un diagnóstico más frecuente de esta patología.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Paciente varón de 8 años de edad con antecedentes de infecciones urinarias de repetición (la primera a los dos días de vida), polaquiuria con hematuria ocasional y chorro miccional pobre.

Efectuamos una ecografía, cistografía y cistoscopia que confirman la existencia de un divertículo de 6 por 2 cm que desemboca junto al meato ureteral derecho. Igualmente existe un reflujo vesicoureteral grado II en ese lado y un gran residuo urinario, puesto que el divertículo no se vacía tras la micción (Fig. 1).

La corrección quirúrgica consistió en una resección del divertículo por vía intravesical y reimplante del uréter derecho según técnica de Cohen. Seis meses tras la cirugía el paciente se mantiene asintomático.

Caso 2

Paciente varón de 3 años de edad, que es remitido a nuestra consulta por presentar un episodio de infección urinaria. En el curso del estudio urológico (ecografía y CUMS) se descubre una gran cavidad posterior a la vejiga y comunicada con esta (se rellena de contraste) por un estrecho conducto (Fig. 2). No existía reflujo vesicoureteral, ni obstrucción uretral o ureteral, a pesar del enorme tamaño del divertículo, que era apreciable a simple vista sobre la sínfisis púbica (Fig. 3).

Realizamos una cistoscopia en la que se define un amplio ostio lateroposterior derecho, que parece corresponder a la entrada del divertículo, pero no se consiguen visualizar los meatos ureterales. En el mismo acto anestésico realizamos un abordaje quirúrgico por vía suprapúbica. Nada más llegar al plano vesical, prolapsa por la incisión el enorme divertículo, que puede disecarse hasta su cuello y extirparse sin necesidad de abrir vejiga.



Figura 1. Imagen de cistografía postmiccional en la que se aprecia un gran divertículo vesical derecho y un reflujo vesicoureteral en ese mismo lado.



Figura 2. Cistografía en la que se aprecia un divertículo vesical gigante retrovesical y su estrecha comunicación con la vejiga.

Dos años después de la intervención el paciente está asintomático.

Caso 3

Niña de 6 años de edad, controlada en otro hospital por infecciones urinarias de repetición desde los 2 años de vida, que nos es remitida para valoración de un reflujo vesicoureteral derecho grado IV.

En el estudio efectuado en nuestro centro (ecografía, cistografía y gammagrafía renal) se comprueba, además del mencionado reflujo, la existencia de un gran divertículo vesical posterolateral derecho, que había pasado inadvertido anteriormente pues su imagen se superponía a la de la vejiga. Durante la fase miccional el divertículo no se vacía. No había evidencia de lesiones en el parénquima renal.

El abordaje quirúrgico fue combinado por vía extra e intravesical, con extirpación de la cavidad diverticular, reimplante del uréter según técnica de Leadbetter-Politano y reconstrucción de la pared del detrusor.



Figura 3. Imagen preoperatoria del paciente con protrusión del divertículo vesical en el hipogastrio.

Tras dos años de control postquirúrgico el aspecto cistográfico de la vejiga es normal y la paciente se mantiene asintomática.

DISCUSIÓN

La incidencia de los divertículos vesicales primarios en la infancia es difícil de calcular en nuestro entorno. Tradicionalmente ha sido considerada una malformación rara, como se confirma en el estudio de Martín y cols.⁽¹⁾ donde revisan su casuística de diagnóstico prenatal de uropatías en 10 años. De 294 pacientes afectados de malformaciones urológicas encuentran solo 3 neonatos afectados de DV (1%). Análogamente, en el estudio de Blane y cols.⁽²⁾, estudian las exploraciones diagnósticas urológicas en su hospital en un período de 5 años y encuentran un 0,7% de divertículos primarios. Nosotros hemos atendido a tres enfermos de DV en los últimos 10 años (1 por cada 20000 nacidos vivos o también 1 de cada 300 intervenciones urológicas mayores). Es difícil comparar unas series con otras, puesto que un autor la refiere a diagnóstico prenatal, otro a diagnóstico radiológico y nosotros la referenciamos a la na-

talidad. En cualquier caso la frecuencia de presentación no es alta, a lo cual contribuye también lo silente de la clínica que impide, en muchos pacientes, efectuar un diagnóstico y tratamiento precoces.

La clínica puede no existir, estar ausente durante años o ser infravalorada por presentarse en niños muy pequeños. Pueden descubrirse como una masa abdominal, pero es mucho más frecuente la aparición de infecciones urinarias, polaquiuria, hematuria o síntomas derivados de la compresión del divertículo sobre estructuras próximas (uréter, uretra, anillo inguinal, etc.). Las infecciones se precipitan sobre el residuo urinario que deja el DV tras la micción, por la formación de cálculos o por la aparición de un reflujo vesicoureteral debido a la distorsión que el divertículo provoca en el trigono vesical⁽³⁻⁵⁾. Nuestros enfermos han presentado siempre infecciones urinarias, aislada en un paciente y de repetición en los otros dos.

El estudio urológico posterior consistente en ecografía y cistouretrografía miccional es el que confirma la existencia de un DV. En el tercer caso, la cistografía inicial mostró solo la existencia de un reflujo vesicoureteral (proyecciones posteroanterio-

res) y fue una segunda exploración, con proyecciones oblicuas, la que puso en evidencia el divertículo.

Los DV pueden tener un gran tamaño y obligar a un diagnóstico diferencial con la duplicidad vesical, como en el segundo paciente.

Asientan habitualmente sobre la pared vesical posterior, con un cuello estrecho que desemboca muy cerca de uno de los meatos uretrales. Esta disposición anatómica conduce a una deformidad del trigono vesical y facilita la aparición de reflujo vesicoureteral. Además, la pared del DV presenta una menor densidad muscular que el resto de la vejiga, lo cual hace que durante la fase de micción, no sólo no se vacíe el divertículo, sino incluso que la orina rellene el divertículo a tensión y exista por ello siempre un residuo postmiccional importante. Este residuo junto con el reflujo vesicoureteral predispone a la aparición de infecciones urinarias de repetición.

Pueden surgir dudas sobre el origen primario o secundario del divertículo. Lo usual es que los divertículos grandes y solitarios sean primarios, mientras que los divertículos pequeños y múltiples suelen ser secundarios a hiperpresión vesical. Es excepcional el paciente que presente múltiples divertículos primarios⁽²⁾. En todo caso, ante la mínima duda, estaría indicada la realización de una cistomanometría y flujo-metría para descartar tanto la existencia de

una vejiga neurógena como la presencia de estenosis uretrales.

El tratamiento es siempre quirúrgico, salvo quizás en pacientes asintomáticos y afectos de Síndrome de Ehlers-Danlos en los que la cirugía puede producir mayores perjuicios que beneficios. En estos enfermos hay que realizar un seguimiento cistoscópico exhaustivo puesto que existe un riesgo importante de carcinoma transicional sobre la mucosa del divertículo⁽⁶⁾.

Recomendamos efectuar una cistoscopia inmediatamente antes que la cirugía correctora. Esta exploración nos permitirá descartar lesiones obstructivas uretrales y definirá la anatomía y relaciones del meato ureteral con el cuello del divertículo.

En presencia de un reflujo vesicoureteral o en los casos en los que el cuello del DV está muy próximo al meato ureteral, será necesario un abordaje intravesical (ayudado o no por disección extravesical previa), para extirpar el divertículo, reconstruir la pared vesical y reimplantar el uréter homolateral. En los enfermos en los que no hay reflujo y el cuello diverticular desemboca lejos de los meatos uretrales, puede hacerse una extirpación del DV por vía extravesical exclusiva.

CONCLUSIONES

Los divertículos vesicales primarios o

congénitos son una entidad poco frecuente. Debe sospecharse su existencia en cualquier niño afecto de infecciones urinarias y el diagnóstico se basa en la realización de ecografía, cistografía (proyecciones oblicuas) y cistoscopia.

Siempre está indicada la cirugía correctora, incluso en pacientes asintomáticos en los que el hallazgo haya sido casual, por la posibilidad de crecimiento y de desarrollo de complicaciones a largo plazo. Sólo puede plantearse una actitud expectante en enfermos asintomáticos con contraindicaciones quirúrgicas muy puntuales (Síndrome de Ehlers-Danlos).

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín JA, Peiró JL, Chicaiza E, Gosálbez R. Díez años de diagnóstico prenatal de uropatías. Estudio y conclusiones. *Cir Ped*1998; **11**: 55-63.
2. Blane CE, Zerín JM, Bloom DA. Bladder diverticula in children. *Radiology*1994; **190**: 695-7.
3. Zia-Ul-Miraj M. Congenital bladder diverticulum: a rare cause of bladder outlet obstruction in children. *J Urol*1999; **162**: 2112-3.
4. Parrott TS, Bastuba M. Giant bladder diverticulum causing urethral obstruction in an infant. *B J Urol*1992; **69**: 545-6.
5. Bellinger MF, Gross GW, Boal DK. Bladder diverticulum associated with ureteral obstruction. *Pediatr Radiol*1985; **15**: 207-8.
6. Stage KH, Tank ES. Primary congenital bladder diverticula in boys. *Urology*1992; **40**: 536-8.