

DIVERTICULO DE LA VEJIGA

POR EL DR. ULISES VALDES.

NO había llegado a mi conocimiento que antes de ahora hubiese sido diagnosticado y operado algún caso de *divertículo* de la vejiga, afección relativamente rara pero seguramente no tanto que hasta hoy se presentara el primero en México. Si en nuestra literatura no se ha consignado ningún hecho de este género, débese seguramente a que no han sido diagnosticados; primero por la escasa sintomatología que presentan, susceptible de confundirse con la de enfermedades más frecuentes; y segundo porque no se hace con la frecuencia que debería el estudio radiográfico de la vejiga.

Desde mucho tiempo atrás en la época de nuestro primer radiólogo el Dr. Jofre se han practicado radiografías de la vejiga pero solo con el objeto de hacer visible algún cálculo, sin preocuparse de llenar el órgano ya sea de una solución opaca para mostrar su contorno, forma y dimensiones; ó de algún gas transparente para hacer visible a la vez que los datos anteriores un tumor o un cálculo contenido en su interior.

El Dr. Sargeant Price Martín, de Buffalo, publicó en el número de enero de 1918 de "The Annals of Surgery" la observación de un cálculo en forma de badajo de campana desarrollado en un divertículo de la vejiga, la radiografía y fotografía del cálculo que reproduce (figs. 1 y 2) dan una magnífica idea de este caso que fué el primero en llegar a mi conocimiento. En el X tomo de la colección de "La Clínica" de Mayo correspondiente al mismo año, E. S. Judd publica un magnífico artículo profusamente ilustrado sobre este nuevo asunto, en el que estudia toda la secuela de la enfermedad basándose en la observación de 44 casos recogidos de todo el material de esa abundante clínica; citando al final el artículo de Calet "Observación sobre 10 casos de divertículo de la vejiga" publicado en las "Discusiones de la Asociación Americana de Cirugía Génito Urinarias" correspondiente a 1914, y los trabajos

de J. Englisch, Loche y Lower refiriéndose cada uno de los anteriores a un caso. Koen en su magnífica obra de cirugía se refiere a 9 casos operados por Pean, Czerny, Riedel, Pagenstecher, von Eisselsberg, Young y Vagner. El Dr. Rathbun de Brooklyn describe detalladamente otro caso en "Surgery, Gynecology and Obstetrics"

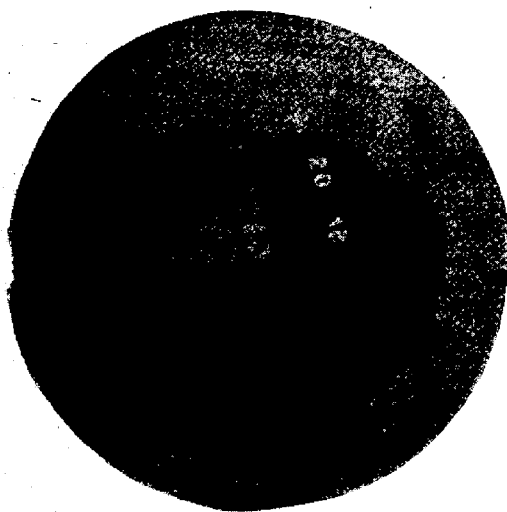


Fig. 1.—Radiografía de un cálculo de la vejiga. El segmento mayor en un divertículo, el menor en la vejiga (del Dr. Sargeant Price Martin).

de julio de 1919 y en el siguiente número del mismo periódico, Hinman, de S. Francisco, hace un análisis muy cuidadoso y completo de 21 casos. Total, 99 casos que he podido encontrar en la literatura de que puedo disponer. Como se ve por lo anterior esta enfermedad es bastante rara y si a esto se añade la dificultad de su diagnóstico se comprenderá la escasez de literatura sobre el asunto y la importancia que pueda tener la relación de un nuevo caso.

OBSERVACIÓN

F. J. de 36 años, Arabe bien constituido sin antecedentes

patológicos de importancia, sin haber padecido previamente enfermedades venéreas ni infección alguna uretral o vesical, tuvo como primer síntoma de su enfermedad una hematuria abundante seguida de dificultades en la micción consistiendo en frecuencia de las micciones y trabajo para vaciar por completo la vejiga, fué tratado durante algunos meses por los médicos de la población donde radicaba en el Estado de México, sin encontrar alivio, viniendo entonces a la Capital a ponerse en manos de un especialista, eligiendo al doctor Delfino Chacón ventajosamente conocido por sus trabajos en el ramo. El Dr. Chacón, encontrando dificultades en el diagnóstico, consultó con otros especialistas llegando a la conclusión de que era necesario hacer una talla supra-púbica exploradora, dada la presunción que había de que se trataba de un tumor vesical. Abierta la vejiga no se encontró tumor y ya se iba a cerrar el órgano cuando el Dr. Díaz Lombardo que presenciaba la operación, descubrió arriba del meato ureteral izquierdo una pequeña abertura semejando un meato supernumerario que explorado demostró ser la comunicación de un divertículo. Se dilató esa pequeña abertura hasta poder pasar el dedo con la intención de hacer el tratamiento intra-

vesical; pero no pudiéndose invaginar el divertículo por las adherencias que tenía se dió por terminada la operación canalizando la vejiga por la herida suprapúbica. De esta operación quedó una fistula inmediatamente arriba del pubis que persistió por ocho meses. En mayo de 1919 se presentó en mi Sanatorio para que se le curara de la fistula. En esa época el tratamiento de los enfermos de las vías urinarias estaba a cargo del Dr. Castillo Nájera, quien no sospechando la existencia del divertículo hizo el despegamiento de la fistula y la sutura de la vejiga y pared abdominal, canalizando por la uretra. La fis-

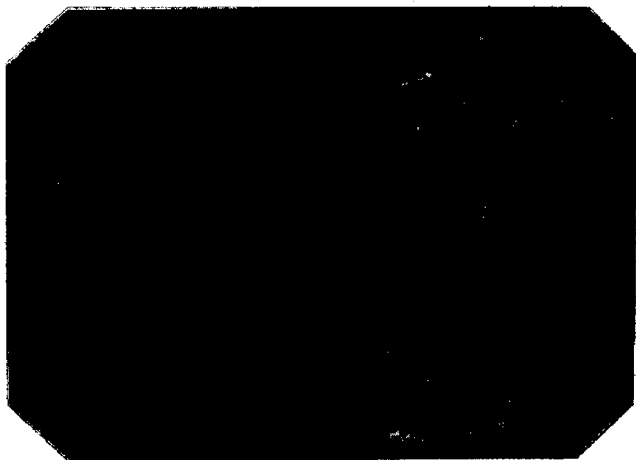


Fig. 2.—Fotografía del cálculo resresentado en la radiografía auriior.

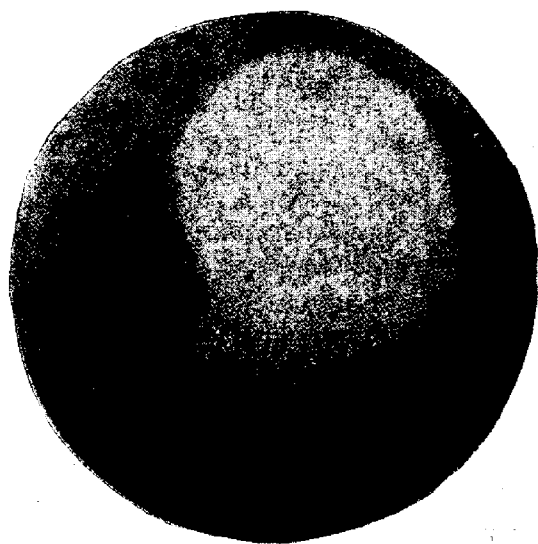


Fig. 3.—Cisto-radiografía de un divertículo de la vejiga (caso del autor).

tula cerró estando ya el enfermo fuera del Sanatorio, pero todavía en tratamiento porque había piurria, el Dr. Castillo Nájera salió de la capital, y vino el enfermo a mis manos para continuar los lavados vesicales que se le estaban haciendo. Mucho llamó mi atención que no obstante que no había ningún obstáculo en la uretra ni la próstata estaba crecida, había un residuo en la vejiga después de la micción como de 250 c. c. y que éste salía por la sonda sin fuerza de expulsión. No encontrando explicación que dar a

este fenómeno pensé en una parécia vesical por lesiones de su inervación durante las dos operaciones anteriores y con el consejo de

que una o dos veces por semana se hiciera lavar la vejiga, regresó el enfermo a Toluca.

Dos meses después volvió con su fistula nuevamente abierta y el mismo residuo de cerca de 250 c. c. de orina muy purulenta

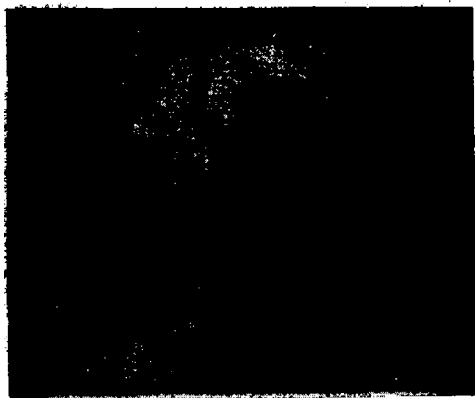


Fig. 4.—Divertículo, con muy pequeña comunicación (Hinman).

entonces; antes de proceder a una nueva intervención hice una radiografía de la vejiga (fig. No. 3) que aclaró y explicó toda la sintomatología. Se ve en ella un gran divertículo sobre el lado izquierdo cuya sombra es mayor que la de la vejiga misma (la sombra pequeña que se ve a la derecha corresponde al despegamiento, debajo de la piel de la desembocadura de la fistula), consultando el caso con el Dr. Díaz Lombardo, quien me proporcionó los datos de la primera intervención que hasta entonces me eran desconocidos, proporcione a practicar la extirpación del divertículo el 20 de Agosto de 1919.

Operación: Incisión desde el pubis hasta cerca del ombligo, complementada con otra transversal dividiendo el recto izquierdo en dos clams, división de la vejiga sobre la línea media, disección del divertículo teniendo como guía el índice introducido en la cavidad; este tiempo operatorio fué muy laborioso por las múltiples adherencias creadas por las operaciones anteriores, debajo de la porción postero externa del divertículo se encontró el ureter que no formaba parte de la dilatación como en algunos casos acontece. Liberada la bolsa se dividió sobre el orificio de entrada que era circular y medía tres y medio a cuatro centímetros de diámetro. Se suturó la vejiga en este lugar en tres planos. Se redujo la incisión de la cara anterior. Se canalizó tanto la vejiga como el despegamiento lateral y se suturó por planos la herida.

Al hacer la disección del divertículo en dos puntos se dividió el peritoneo reparando las desgarraduras con suturas apropiadas. El enfermo curó sin contratiempo, solamente que necesitó largo tiempo para llenarse la cavidad dejada por el divertículo. En la actualidad se encuentra completamente curado.

COMENTARIOS

La etiología de esta afección, no está bien determinada, algunos la consideran como congénita, otros como adquirida, hacien-

do la distinción entre los divertículos que conservan todas las capas de la pared vesical, que dicen son congénitos y los que solo están constituidos por la mucosa herniada entre las fibras musculares

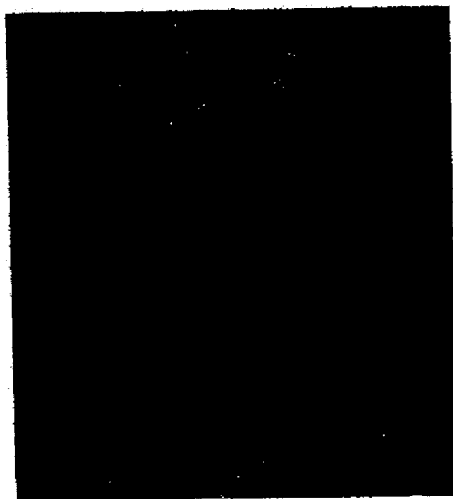


Fig. 5.—Divertículo con dilatación del uretrel (Himan.)

siendo considerados como adquiridos. Si la mayor parte de los divertículos están formados por toda la pared vesical, deberíamos de encontrar si se aceptasen como congénitos un número más o menos igual en el hombre que en la mujer y hubieran podido encontrarse algunos en los niños. De los cien casos que he podido revisar (inclusive el mío) solo dos se han presentado en la mujer y ninguno en niños, todos han sido en adultos o en ancianos; el enfermo de menor edad ha sido de 37 años siendo la media en la serie de 21 casos de Himan 50 años. Debe por tanto deducirse que la afección no es con-

génita sino desarrollada posteriormente como consecuencia de esfuerzos exagerados y repetidos de la vejiga.

La Anatomía patológica poco presenta de importante. En la mayor parte de los casos se encuentra la pared del divertículo formada por todos los elementos constitutivos de la vejiga, siendo las lesiones anatómo patológicas que suelen observarse correspondientes a modificaciones como cistitis, cálculos, neoplasmas etc., pero que no pueden considerarse ni como productoras de la lesión, ni producidas por ella misma.

Sintomatología: Los principales síntomas de la enfermedad son: micción doble, hematuria, piuria, sensación de quemadura, frecuencia de la micción y dificultades para efectuarla.

No todos estos síntomas se encuentran en todos los casos: la micción doble que consiste en que una vez que el enfermo ha acabado de orinar al muy poco tiempo vuelve a emitir una gran canti-



Fig. 6.—Divertículo con pequeña emunatación visible (Judd).

dad de orina, se observa en aquellos casos en que la comunicación con la vejiga es estrecha y el divertículo grande. Una vez que se ha vaciado la vejiga, escurre el líquido del divertículo y vuelve a determinar la gana de orinar. Este síntoma puede confundirse con la micción intermitente de los calculosos o con la micción frecuente de las cistitis y no sería sino el estudio subsecuente el que permita su diferenciación.

La hematuria constituye a veces el síntoma inicial, así fué en mi enfermo y en otros ocho de la serie de 40 de Judd. pudiendo presentarse posteriormente sobre todo cuando el padecimiento se complica de cálculos, de cistitis o de neoplasmas.

La piuria se observa en 25 a 30% de los casos, sobreviene siempre que por cualquier causa se ha infectado el divertículo: era este después de las primeras operaciones el síntoma dominante en el enfermo de que me he ocupado.

La frecuencia de la micción que también se presentaba en el mismo enfermo es el más común de todos los síntomas, apareciendo en más del 70% de los casos.

De entre los medios de exploración dos son los que principalmente pueden llevar al diagnóstico, la cistoscopia y la cistorradiografía. La primera permite ver la abertura del divertículo como una man-

cha negra no iluminada que da idea clara de la entrada de una cavidad accesoria, pero en muchos casos no se puede observar. Ya sea por que la cistitis concomitante dificulta o imposibilita esta exploración, ya por que el pus que escurre del divertículo impida obtener un medio claro dentro de la vejiga a pesar de lavados repetidos o bien por que una comunicación pequeña se oculta detrás de una próstata grande o detrás de algún pliegue mucoso.

La cistorradiografía puede decirse que es el medio de exploración por excelencia que patentizará el diagnóstico. Así vemos en mi caso, que fué lo que me dió la clave del asunto (figura 3) y tenemos en la literatura consultada, radiografías tan interesantes como las que reproduzco a continuación en las figuras 4, 5, 6 y 7, tomadas las tres primeras de los artículos de Hinman y las dos últimas del de Judd.

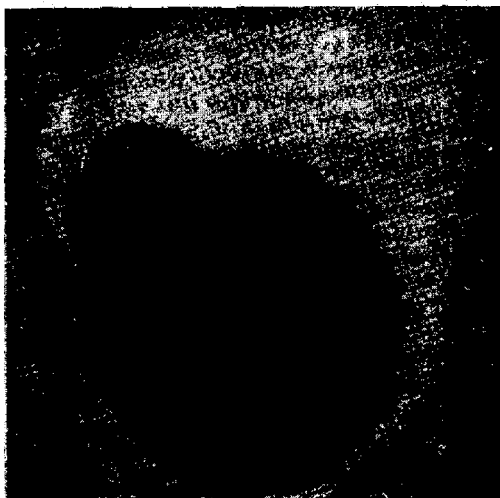


Fig. 7.—Gran divertículo semejante al caso del autor (Hinman)

Respecto al tratamiento poco queda por decir: La experiencia ha demostrado que la canalización ya sola ya acompañada de dilatación del orificio de comunicación siempre ha fracasado, quedando como único recurso la extirpación.

Dos procedimientos se han seguido para efectuarlo: el intravesical y el extra-vesical, consistiendo el primero en hacer una amplia talla suprapública, dilatar el orificio de comunicación hasta permitir el paso de dos o tres dedos al divertículo, tomar el vértice de éste con unas pinzas apropiadas (las de Kocher pueden ser útiles) e invaginar el divertículo haciéndolo salir através del orificio dilatado (fig. 8) resecarlo en este lugar y hacer la sutura correspondiente por el interior de la vejiga.



Fig. 8.—Inversión intra-vesical del divertículo (Judd).

Este procedimiento pudiera considerarse ventajoso porque evita la gran disección extra vesical que hay que hacer en el otro, poniendo a cubierto de la infección ese gran espacio tan propicio para ella, pero tiene los serios inconvenientes de no poderse hacer siempre la invaginación, como sucedió en mi enfermo cuando la primera operación y de que en caso de que el ureter esté adherido a la cara externa del divertículo sea cortado, pasando inadvertida su sección.

El otro procedimiento descrito en la observación, aun cuando mas laborioso es mas seguro y aplicable a todos los casos, por lo que en mi concepto es el que debe recomendarse. estando en esto de acuerdo con los autores que se han ocupado del asunto y que han sido citados en el transcurso de la lectura.

RESUMEN.

El divertículo de la vejiga es una afección poco frecuente pero que debe ser diagnosticada para ser debidamente tratada.

Los síntomas son: hematuria, piuria, frecuencia en la micción, residuo urinario sin obstáculo uretral o prostático o desproporcionado al abtáculo.

El diagnóstico deberá fundarse en el examen cictoscópico y especial y principalmente en la cistorradiografía.

El tratamiento será la extirpación siendo de elegirse el método extra-vesical al intra-vesical o bien la combinación de los dos.

2 de junio de 1920.

A pesar de la crítica y de los desfallecimientos inevitables, la profesión médica, que consiste en apasionarse por las obras de misericordia, en compadecerse de todas las angustias, representa una de las mejores maneras de hacerse útil a sus semejantes: hacerse un guardián de la vida humana; apartar a los ignorantes de toda obsesión nefasta, de todo lo que trastorna los nervios, oscurece la inteligencia, que converge a la consunción del cuerpo y de las facultades; poner un freno a sus apetitos desarreglados, repetirles que deben limitarse, moderarse, que sus males son generalmente ocasionados por sus excesos o sus imprudencias; he ahí ciertamente un noble objetivo.

Fuera de lo físico, socorrer también la zozobra moral de los corazones heridos, de las almas débiles, de los desocupados o de los desengañados que no han hallado el medio de ser dichosos, que no han conocido más que «raquíticas felicidades, desabridas, fugitivas, y goces bañados en lágrimas», dár y darse con la jovialidad de la expansión, con la seguridad de no afanarse en vano, ¡hé ahí el rayo de sol que ilumina nuestra senda!

Es un excelente terreno de entrenamiento para la beneficencia, la mansedumbre y la compasión.

De desear es que sea siempre así, de generación en generación, en tanto que haya llagas que curar y lágrimas que contener, a fin de que el reino de la bondad no vea jamás su término y que nuestros sucesores se complazcan también en amar, consolar y curar.

DR. GRELLETY.

(*L'Avenir Médical*. Lyon, 1921.)