

**PRESENTACION DE CASO****Hiperplasia de próstata y divertículo vesical congénito. Presentación de un caso****Prostatic hyperplasia and congenital bladder diverticulum. A case report**

Dr. Ciro Esteban Delgado Cantero, <sup>(1)</sup> Dra. María Raquel Abreu Santana. <sup>(2)</sup>

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Urología. Profesor Asistente. Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos. <sup>2</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos.

<sup>1</sup>Second Professional Degree in Urology. Assistant Professor. General University Hospital "Dr. Aldereguía Gustavo Lima". Cienfuegos. <sup>2</sup> Second Professional Degree in General Medicine. University of Medical Sciences. Cienfuegos.

**RESUMEN**

Los divertículos congénitos en el adulto se detectan normalmente asociados a factores obstructivos a la salida vesical, se manifiestan mayormente por sepsis urinarias. Se presenta el caso de un paciente masculino de 69 años que asistió a consulta por nocturia, chorro fino, pujo, urgencia miccional y sensación de vaciamiento incompleto. Mediante tacto rectal se detectó próstata en grado I con asimetría discreta de la consistencia del lóbulo derecho en forma nodular que no se levantaba de la superficie; al examen físico se palpó masa tumoral en la región de hipogastrio, no dolorosa. El ultrasonido y la cistografía mostraron divertículo vesical gigante de cuello estrecho hacia la pared lateral derecha de la vejiga. Se confirmó mediante la cistoscopia y se procedió a la intervención quirúrgica. La histología reveló la existencia de capas mucosas, muscular y adventicia en su pared, corroborándose su origen congénito. El paciente evolucionó satisfactoriamente después de la operación.

**Palabras clave:** hiperplasia prostática; divertículo; vejiga urinaria; anomalías urogenitales; procedimientos

quirúrgicos urológicos masculinos; obstrucción del cuello de la vejiga urinaria

**Límites:** Humanos; adulto

**ABSTRACT**

Congenital diverticula in adults are typically associated with bladder outlet obstruction and their manifestation is most commonly by urinary sepsis. The case of a 69 years old male patient who attended consultation because of nocturia, thin urine stream, pushing, urgent urination and sense of incomplete emptying is presented. Through rectal examination grade I prostate with discrete grade I asymmetry consistent with right nodular lobe that did not rise to the surface was detected. During the physical examination tumor mass was palpated in the lower abdomen region. It was painless. Ultrasound and cystography showed giant bladder diverticulum with a narrow neck into the right lateral wall of the bladder. Cystoscopy confirmed the diagnosis and the patient was treated through surgery. Histology revealed mucosal layers and muscle and adventitia in the wall, thus confirming congenital origin. Recovering after surgery was satisfactor

**Recibido:** 30 de enero de 2011

**Aprobado:** 18 de febrero de 2011

**Correspondencia:**

Dr. Ciro Esteban Delgado Cantero.  
Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima".  
Calle 51 A y Ave 5 de Septiembre.  
Cienfuegos. CP: 55 100.

**Dirección electrónica:** [ciro.delgado@gal.cfg.sld.cu](mailto:ciro.delgado@gal.cfg.sld.cu)

**Key words:** prostatic hyperplasia; diverticulum; urinary bladder; urogenital abnormalities; urologic surgical procedures, male; urinary bladder neck obstruction

**Limits:** Humans; adult

## INTRODUCCIÓN

En el año 1614 se reportó el primer divertículo vesical en la necropsia de un hombre, con una capacidad seis veces mayor a la de la vejiga.<sup>(1)</sup>

En el mundo se diagnostican pocos casos al año y lo mismo ocurre en nuestro país. En Cienfuegos, después de 20 años de trabajo del Servicio de Urología del Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", el presente reporte es el primer caso de divertículo vesical congénito que se diagnostica.

La causa exacta de los divertículos vesicales congénitos no se conoce, pero se piensa que se producen por una debilidad de la pared muscular de la vejiga, que favorece la herniación de la pared vesical preferentemente en la región paraureteral.<sup>(2-5)</sup>

Estos pueden ser primarios o congénitos y adquiridos. La mayoría de los pacientes que presentan divertículos congénitos vesicales están asintomáticos, aunque con frecuencia se descubren en el curso de trastornos del vaciamiento vesical, en la evaluación de infecciones urinarias recurrentes, hematuria, entre otras.<sup>(2, 4)</sup>

Para el diagnóstico se utiliza el ultrasonido abdominal donde se visualiza mejor que en la uretrocistografía con vista de vaciamiento posmiccional. El tratamiento quirúrgico que está indicado es la exéresis de este con reimplantación ureteral si fuera necesario.<sup>(1,3,4)</sup>

En este trabajo se presenta un caso nuevo de divertículo vesical congénito gigante, sus manifestaciones clínicas, los estudios empleados para confirmar el diagnóstico así como el tratamiento realizado.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 69 años de edad, del sexo masculino, con antecedentes de haber padecido de sepsis urinaria en la infancia. Asistió a consulta por presentar, desde hacía 2 años, nocturia de 3 ó 4 veces, sensación de vaciamiento incompleto, necesidad de pujar para orinar y chorro fino de orina.

En el examen físico del abdomen se constató en hipogastrio una masa de más o menos 15 cm. de diámetro, no dolorosa y con matidez a la percusión. Al tacto rectal la próstata se encontraba aumentada de tamaño grado I a causa del lóbulo derecho y algo aumentada su consistencia, sin que se levantara de la superficie.

Los urocultivos realizados fueron negativos, la analítica sanguínea fue normal. En ultrasonido abdominal se informó la presencia de un gran divertículo vesical a la derecha de la vejiga, mayor que esta, y un lóbulo medio intravesical; el volumen prostático de 62 cm<sup>3</sup> y una orina residual de 70 cm<sup>3</sup> en la vejiga y 120 cm<sup>3</sup> en el divertículo. (Figuras 1 y 2).



**Figura 1.** A la izquierda se observa el lóbulo medio prostático obstructivo y vejiga. A la derecha divertículo vesical congénito gigante.



**Figura 2.** Se observa vejiga en la parte superior y el divertículo en la parte inferior.

En la uretrocistografía se confirmó el resultado del ultrasonido. La cistoscopia arrojó: cuello vesical modificado por lóbulo medio prostático de aproximadamente 2 cm., pero obstructivo desde la visión con la lente 0, desde el velo montar ocluye totalmente el cuello. Vejiga sin signos de lucha, ausencia de trabéculas, celdas y columnas, mucosas de aspecto normal. Inmediatamente por detrás del meato uretral aproximadamente a 1 cm. y medio se observa orificio en forma de cuello estrecho que da lugar a una cavidad de un volumen aproximado al de la vejiga con

características de la mucosa similares a las descritas en esta. (Figura 3).



**Figura 3.** Cistografía miccional que muestra la presencia de divertículo a la derecha. (No es tan concluyente como el ultrasonido, porque se adicionan vejiga y divertículo con el contraste).

El tránsito urinario simple (TUS) mostró características normales.

Se procedió a la exéresis por laparotomía a cielo abierto infraumbilical mediana con cistotomía, exéresis del divertículo y adenomecтомía transvesical. (Figuras 4 y 5).



**Figura 4.** Próstata con pinza a través de la uretra prostática, para evidenciar el lóbulo medio.



**Figura 5.** Divertículo vesical.

El paciente evolucionó satisfactoriamente después de la operación.

### DISCUSIÓN

Como se muestra en la literatura, los divertículos vesicales en general muestran predilección por el sexo masculino, lo que coincide con el paciente que se presenta.<sup>(3-6)</sup> En el caso de los divertículos congénitos se plantea que son más frecuentes en los varones, ya que estos, dentro del útero, orinan con más altas presiones que las hembras.<sup>(7)</sup>

En el caso que se presenta, a diferencia de otros casos reportados en la literatura, en donde la historia refiere como forma de presentación clínica del paciente síntomas asociados a sepsis urinarias dado al factor de cronicidad de éxtasis con que cursan, el paciente acude por síntomas urinarios bajos a partir de los 50 años que caracterizan las manifestaciones clínicas de resistencia de salida de la orina por obstáculos mecánicos funcionales, le caracteriza el esfuerzo miccional, pujos, sensación de vaciamiento incompleto, orina residual aumentada, entre divertículo y vejiga normal, con un aproximado de 190 cm<sup>3</sup>.

Los síntomas referidos y las características del tacto rectal, descritas anteriormente, ponen un reto en cuanto al diagnóstico definitivo del paciente, ya que a pesar de la orina residual y los signos urinarios obstructivos bajos, el paciente no tenía alteraciones de los azoados, así como tampoco hidronefrosis.

Manifestaciones que frecuentemente acompañan a estas formas clínicas de presentación de la hiperplasia prostática obstructiva por lóbulo medio, la ausencia de signo de vejiga de lucha hacen pensar en el diagnóstico diferencial con miopatía del dextrusor o vejiga neurogénica flácida asociada a divertículo, pero la ausencia de signos de focalización neurológico descartan este último diagnóstico.

Se propuso en el diseño terapéutico la laparotomía infraumbilical en la línea media, cistotomía y se comprobó la presencia de un lóbulo medio de un volumen de 2 cm. que se hacía obstructivo durante el vaciamiento vesical. Se decidió realizar exéresis del divertículo que abarca el espacio paravesical derecho en íntima relación con los vasos ileoaórticos, nervio obturador, con un volumen superior a la vejiga y después continuar con la adenomectomía transvesical.

La nueva asociación entre volumen de orina residual, síntomas obstructivos bajos, sin elevación de los azoados, la ausencia de signos de vejiga de lucha y no hidronefrosis se explican porque el divertículo actuó como una válvula de escape de las hiperpresiones que ocurren comúnmente en los pacientes con resistencia mecánica del vaciamiento vesical.

El criterio histopatológico aceptado por los autores consultados para considerar un divertículo vesical como

congénito, es la presencia en su pared de fibras musculares.<sup>(8-10)</sup> En este caso estaban presentes dichas fibras musculares lisas lo que, además de su gran tamaño, el hecho de ser único y de su ubicación alejada del meato ureteral homolateral, permitió clasificarlo como un divertículo vesical congénito.

La exéresis del divertículo sumado a la adenectomía transvesical mejoró la urodinámica de vaciamiento vesical: desapareció la orina vesical y los síntomas urinarios obstructivos bajos. Resultaría un diseño erróneo la recepción transuretral del lóbulo medio porque no mejoraría el vaciamiento debido a que el volumen del divertículo era superior al de la vejiga.

La relación entre los síntomas clínicos obstructivo bajos y el resultado de estudios de imagen como el ultrasonido, urocistografía y la cistoscopia son suficientes para el diagnóstico de esta afección.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pizzi P, Castillo O, Carvajal D, Vitagliano G, Hidalgo F. Diverticulectomía vesical laparoscópica transperitoneal. Arch Esp Urol. 2006;59(8):805-8.
2. Gallegos Salas G, Gómez Jardón JA. Divertículo vesical gigante. A propósito de un caso. Rev Mex Urol. 1997; 57 (3) : 123-6
3. Rawat J, Rashid KA, Kanojia RP, Kureel SN, Tandon RK. Diagnosis and management of congenital bladder diverticulum in infancy and childhood: experience with nine cases at a tertiary health center in a developing country. Int Urol Nephrol. 2009;41(2):237-42
4. Castiñeiras Fernández J. Libro del residente de Urología. Madrid: Asociación Española de Urología, Gráficas Marte SL.; 2007.
5. Serrano Brambila EA, Torres Molina JC, Martínez Sánchez R, Lorenzo Monterrubio JL, Errejón Díaz A. Mecanismo de la retención urinaria aguda en pacientes con divertículo vesical gigante. A propósito de 4 casos. Gac Med Mex. 2001;137(5):471-7.
6. Epstein JI. The lower urinary tract and male genital system [CD-ROM]. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2005.
7. Garat JM, Angerri O, Caffaratti J, Moscatiello P. Divertículos vesicales congénitos en la infancia y reflujo vésico-ureteral. Arch Esp Urol. 2008;61(2):291-6.
8. Adot Zurbano JM, Salinas Casado J, Dambros M, Virseda Chamorro M, Ramírez Fernández JC, Silmi Moyano A, et al. La urodinamia del divertículo vesical en el varón adulto. Arch Esp Urol. 2005;58 (7):641-9.
9. Lizardo JR, Figueroa CH. Divertículo vesical congénito. Informe de cuatro casos y revisión de la literatura. Rev Med Hond. 2002;70:27-30.
10. Gill IS. Laparoscopic surgery of the urinary bladder [CD-ROM]. 9<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2007.