



ORIGINAL

## Gran divertículo vesical como quiste de ovario en la anciana

J. Lopez-Olmos\*

Unidad de Ginecología, Centro de Especialidades Monteolivete, Valencia, España

Recibido el 28 de julio de 2011; aceptado el 24 de noviembre de 2011

Disponible en Internet el 15 de marzo de 2012

### PALABRAS CLAVE

Quiste de ovario;  
Divertículo vesical;  
Ecografía

**Resumen** Presentamos un caso de quiste de ovario por ecografía en una anciana de 84 años, con antecedente de intervención de cáncer de vejiga en 3 ocasiones. En la resonancia magnética nuclear (RMN) el diagnóstico fue divertículo vesical. Resaltamos la importancia del diagnóstico diferencial en los casos de dolor pélvico crónico, debiendo tener en cuenta la posibilidad de divertículo vesical.

© 2011 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### KEYWORDS

Ovarian cyst;  
Bladder diverticulum;  
Sonography

**Giant bladder diverticulum simulating an ovarian cyst in an elderly woman**

**Abstract** We present a case of ovarian cyst detected by sonography in an 84-year-old woman with a history of three surgical interventions for bladder cancer. Magnetic resonance imaging gave a diagnosis of bladder diverticulum. We highlight the importance of the differential diagnosis in cases of chronic pelvic pain, in which the possibility of bladder diverticulum should be considered.

© 2011 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

Los divertículos vesicales son hernias de mucosa y submucosa en puntos de debilidad del músculo detrusor. Pueden ser congénitos: divertículo de Hutch, solitario, y adyacente al orificio uretral, sin obstrucción. Y adquiridos, por aumento de presión intravesical, por obstrucción del tracto de salida vesical<sup>1</sup>.

La hernia es en las regiones posterolaterales cerca de los orificios ureterales. El cuello del divertículo puede ser ancho o estrecho. En este caso, dan estasis urinaria con la posibili-

lidad de infección, cálculos, tumores (de peor pronóstico), y obstrucción ureteral.

Los divertículos se dan en hombres, mayores de 60 años, y pueden ser secundarios a vejiga neurógena, hipertrofia prostática benigna, cáncer de próstata. Y a disinergeria del esfínter externo o a valvas uretrales posteriores, más en niños<sup>2</sup>. En 1-10% hay cambios neoplásicos en el divertículo, con invasión rápida, por el déficit de fibras musculares en el divertículo, hay peor pronóstico.

En una serie de 71 divertículos vesicales, en 1981-2006<sup>3</sup>, la edad media fue 55 años (entre 1 y 81 años), la relación hombre/mujer fue 68/3 (es decir, solo 3 mujeres). El tamaño del divertículo 1-18 cm (media, 5,3 cm). Laterales en 54% (38/71). Hubo cambios neoplásicos en 36/71 (51%). No invasores, 16/36 (44%), e invasores 20/36 (56%). Los cán-

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jlopezo@sego.es](mailto:jlopezo@sego.es)

ceres invasores fueron: 14/20 (70%), cáncer urotelial; en 15% ( $n = 3$ ), cáncer de células pequeñas; en 10%, ( $n = 2$ ), cáncer de células escamosas, y en 5% ( $n = 1$ ), adenocarcinoma. Hubo 9 pT1 (15%), y 11 pT3 (55%). En el seguimiento, en los benignos, no hubo cambios malignos. En las neoplasias, hubo 4 recurrencias locales y 3 metástasis.

La clínica en 45 casos fue: hematuria en 22/45 (49%); retención urinaria en 10/45 (22%); infección del tracto urinario, 6/45 (13%); incontinencia urinaria, 5/45 (11%), y disuria, 2/45 (4%).

En conclusión, con cáncer invasor en el divertículo, aumenta la frecuencia de subtipos de cáncer poco frecuentes. Y con pT3, aumenta el riesgo de progresión.

El diagnóstico del divertículo, se hace con la ecografía, la cistoscopia, la TAC (tomografía axial computadorizada), y la cistografía.

Las indicaciones de la cirugía<sup>2</sup>, serían: infecciones del tracto urinario (ITU) recurrentes, cálculos o tumores en el divertículo, fistulas vesicocutáneas, síntomas del tracto urinario bajo, y reflujo vesicoureteral o síntomas de vaciamiento por obstrucción ureteral.

La cirugía puede ser: por cistoscopia, cirugía abierta transvesical, por laparoscopia, y actualmente cirugía robótica<sup>4</sup>, que es segura, efectiva, y mínimamente invasiva. Pero el coste es alto, y el acceso a esta tecnología es limitado.

El divertículo vesical hay que tenerlo en cuenta en el diagnóstico diferencial de grandes masas abdominales.

En este trabajo, presentamos un caso raro, en una mujer anciana, que se diagnosticó por ecografía de gran quiste de ovario, y en la RMN (resonancia magnética nuclear) resultó ser un gran divertículo vesical.

## Caso clínico

Mujer de 84 años, G3P2A1, con menopausia a los 44 años. Antecedentes personales: refería haber sido intervenida 3 veces de cáncer de vejiga, y haber padecido tromboembolismo pulmonar múltiple. Se encontraba en tratamiento con Sintrom. Consultó por revisión ginecológica, decía tener dolor en vejiga y pelvis, y que en ecografía le habían visto un cálculo pequeño. Diagnosticada de quiste de ovario.

La exploración era normal. Se tomó muestra para citología cérvicovaginal, que fue negativa. En la ecografía vaginal (fig. 1), se vio un útero atrófico, con línea endometrial, LE= 2,3 mm. A nivel de ovario derecho, se aprecia quiste de 57,5 × 78,9 mm. El ovario izquierdo, no visualizable. Ante dicho hallazgo se solicitan marcadores tumorales y RMN.

El informe de la RMN (fig. 2): no se ve quiste ovárico ni peritoneal. Hay imagen característica de divertículo vesical izquierdo con un cuello estrecho, y con sedimento urinario en la porción más declive de vejiga y de su divertículo, hallazgo que sugiere la existencia de trastornos en la dinámica de la micción. El útero es de morfología, tamaño e intensidad de señal normales. No se identifican los ovarios, involucionados. El resto de estructuras intra y extraperitoneales incluidas en la exploración no muestran alteraciones significativas. En conclusión: divertículo vesical izquierdo.

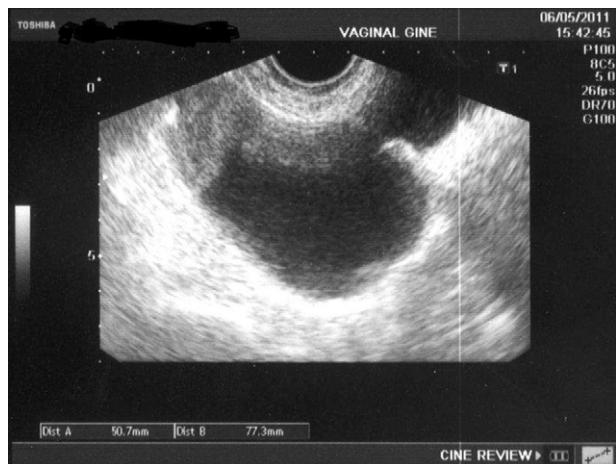


Figura 1 Ecografía vaginal. Quiste de ovario. Se ve la zona de comunicación vejiga-divertículo.

Solicitamos por teléfono a la paciente que nos trajera los informes de sus operaciones, a la vista de la RMN, para decidir nuestra conducta.

En la analítica, presentaba anemia: hemáties=  $3,34 \times 10,6/\text{mm}^3$ ; Hb = 11,3 g/dl, Hto = 33,3%; creatinina = 1,02 mg/dl (aumentada); proteínas totales = 6,1 mg/dl (disminuidas); calcio = 10,4 mg/dl (aumentado); IQ = 21% (disminuido); INR = 3,18 (aumentado).

Los marcadores tumorales, normales: AFP, alfa fetoproteína = 1,9 ng/ml; ACE, antígeno carcinoembrionario = 2,6 ng/ml; BHCG, beta corionadotrofina; < 1,2 UI/l; CA 19-9 = 4,9 U/ml y CA 125 = 3,8 UI/ml.

Cuando la paciente volvió a la visita para ver el resultado de la RMN, lo primero que dijo es que no quería operarse. Aportó los informes médicos:

El 15-3-2003, ingresó por tromboembolismo pulmonar masivo, sin repercusión hemodinámica. Padecía HTA, sin tratamiento; taquicardias paroxísticas, sin tratamiento. Hematuria en estudio, y diagnosticada de quiste de ovario izquierdo.

El 20-2-2004, ingresó para tratamiento de recidiva vesical. En 5-2003 se diagnosticó de cáncer transicional de vejiga

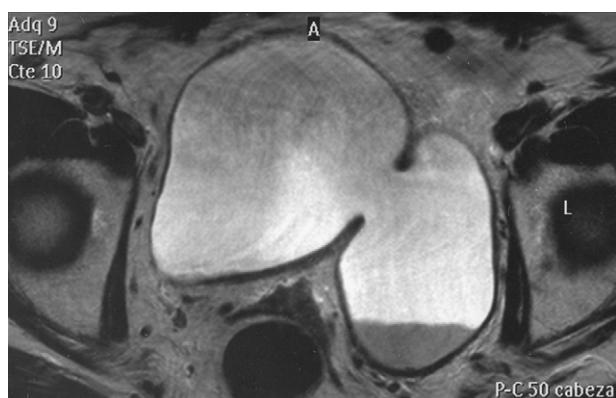


Figura 2 RMN (resonancia magnética nuclear). Vejiga y divertículo. Se ve sedimento urinario en vejiga y divertículo.

pT1 G2. En la endoscopia se vio neoformación papilar de aspecto superficial en cara lateral derecha que alcanza cuello vesical a las 9 h. Divertículo en cara lateral izquierda no habitado.

El 16-2-2005, ingresó por disnea. Tenía fibrilación auricular recurrente. Se estabilizó con tratamiento.

El 4-5-2006, ingresó por hematuria, en relación a la dosificación de Sintrom.

El 9-5-2006, ingresó para tratamiento quirúrgico de recidiva vesical, tumor retrotrigonal papilar de papila gruesa.

Ante estos antecedentes queda claro que el divertículo vesical ya se conocía, y los ginecólogos que la visitaban lo confundían con un quiste de ovario. Lo mismo que me ocurrió a mí. Y es la RMN la que pone las cosas en su lugar. Pero hay que señalar la conveniencia de que las enfermas sepan lo que tienen, o por lo menos aporten los informes médicos, y así nos evitarían errores.

## Discusión

Casi la totalidad de casos de divertículos se encuentran en hombres. Así, el caso de Vicens Vicens et al.<sup>5</sup>, en un hombre de 56 años, con retención aguda de orina por hipertrofia benigna de próstata. El caso de Chang y Liu<sup>6</sup>, en un hombre de 73 años, con fiebre intermitente 2 semanas, con infecciones urinarias de repetición y Parkinson. Tuvo hemocultivo positivo a *Pseudomonas aeruginosa*, y en la urografía intravenosa (UIV) se vieron divertículos simétricos próximos a los orificios uretrales. Se trató con antibióticos y desapareció la fiebre, pero no quiso operarse.

Yovchevski y Kortov<sup>7</sup>, tienen un caso en un hombre de 62 años, diabético, donde el divertículo sería por cambios de decúbito en la vejiga por tener un catéter en su lugar mucho tiempo. Por accidente de tráfico, llevó el catéter 3 meses.

Hsu et al.<sup>8</sup>, en un hombre de 73 años, con disuria, nicturia, y masa palpable de 12 cm en el área suprapúbica. En la ecografía abdominal: masa quística. En la TAC: lesión quística adyacente a la vejiga con comunicación, divertículo gigante. Rechazó la intervención.

En el caso de Shaked y Czeiger<sup>9</sup>, en un hombre de 76 años, con urgencia, dolor abdominal difuso y estreñimiento 2 semanas. Era hipertenso y diabético. Por radiografía de abdomen y TAC se vio obstrucción intestinal. Tenía retención urinaria completa, abdomen distendido sin ruidos intestinales, y la ampolla rectal llena. La obstrucción colónica era secundaria a la compresión externa del colon recto sigma contra el sacro por el divertículo vesical. Tras inserción del catéter vesical, desapareció la obstrucción. Luego se hizo cirugía por adenoma benigno de próstata.

Akulut et al.<sup>10</sup>, tienen un caso en un hombre de 57 años, con dolor abdominal, náuseas, vómitos, y estreñimiento, distensión abdominal 3 días. En la laparotomía, vieron obstrucción colónica por la compresión externa del recto al sacro, por un divertículo de 20 × 15 cm. Practicaron diverticulectomía con cierre primario. Había tenido un trauma por accidente de tráfico 4 años antes. El divertículo se encontraba en la zona del trauma anterior.

En los divertículos se encuentran carcinomas. En el caso de Shigehara et al.<sup>11</sup>, en un hombre de 77 años con hematuria macroscópica, encontraron un adenocarcinoma, que

es un tumor muy raro, con pocos casos en la literatura. En relación al cáncer en el divertículo, dicen que no hay diferencias en la supervivencia entre hacer diverticulectomía o cistectomía parcial, y cistectomía total.

Labanaris et al.<sup>12</sup>, en un hombre de 65 años, con hematuria macroscópica, encuentran un cáncer de vejiga de células pequeñas, que es un raro y agresivo tumor. De mal pronóstico, da metástasis en pocos meses. Aquí, era un T2 G3, sin metástasis. Practicaron cistectomía parcial y disección linfática. Luego QT, quimioterapia con cisplatino y etopósido, y RT, radioterapia, 60 Gy. A los 16 meses tuvo metástasis en hueso, hígado y cerebro.

Lang et al.<sup>13</sup>, en un hombre de 58 años, con hematuria. En la citología es un carcinoma de células transicionales. Había tenido 6 años antes un papiloma benigno de vejiga. En la cistoscopia vieron el tumor de 3 cm con áreas de necrosis en superficie. Infiltraba la mucosa. En la TAC, invasión del músculo, de la grasa perivesical y de la próstata. En el divertículo afectación mínima. Dieron RT externa, 48 Gy. Y luego cistoprostatectomía radical, con reimplantación de los uréteres en bolsa ileal.

Lu y Lu<sup>14</sup>, en un hombre de 87 años, con dolor abdominal, historia de frecuencia y urgencia urinaria, tiene distensión abdominal y sospecha de masa, con hematuria y piuria. En la ecografía: quiste con septo interno. La TAC ve un quiste con septo, de 24 × 23 × 15 cm, conexión del quiste con la vejiga, niveles de fluido en el quiste y la vejiga, el quiste es un divertículo. Tenía una retención urinaria de 4.500 ml, y con sondaje la masa desaparece.

Los divertículos grandes pueden dar hematuria, infección del tracto urinario (ITU), abdomen agudo por rotura, y retención urinaria aguda. Hay que hacer el diagnóstico diferencial, para no hacer paracentesis o intervención innecesaria.

Farhi et al.<sup>15</sup>, presentan un caso como el nuestro, en una mujer de 31 años, G2P2, con un quiste de ovario gigante de 10 cm en ovario izquierdo, tanto al examen como en la ecografía. Tenía ITU recurrentes. Hacen laparotomía y ven genitales internos normales, no masas. En otra ecografía en el postoperatorio, ven quiste y septo entre quiste y vejiga. Con sondaje, desaparece la masa. En la cistografía se ve el divertículo vesical.

Nuestro caso, en una mujer de 84 años, con antecedente de cáncer de vejiga pT1 G2, intervenida 3 veces, diagnosticada de quiste de ovario. Consulta por molestias suprapúbicas. En la ecografía vaginal vemos gran quiste de ovario de 6 × 8 cm. Solicitamos marcadores tumorales, que fueron negativos, y una RMN, que indica se trata de un divertículo vesical izquierdo, de cuello estrecho, apreciando sedimentos urinarios tanto en la vejiga como en el divertículo. La paciente no quiso operarse.

Con dolor pélvico crónico, hay muchas posibles causas<sup>16</sup>, y hay que hacer un diagnóstico diferencial. Una de las que hay que tener en cuenta, es el divertículo vesical, y saber reconocerlo en la ecografía, si se ve con facilidad el cuello y el flujo de entrada y salida de la orina.

## Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Thurston W, Wilson SR. El aparato urinario, cap 9 (Divertículos vesicales, pags 383-385). En: de Rumack CM, Wilson SR, Charboneau JW, Johnson J-AM, editors. Diagnóstico por ecografía, vol 1, 3<sup>a</sup> ed. Madrid: Elsevier; 2006.
2. Tortorelli AP, Rosa F, Papa V, Alfieri S, Doglietto GB. Giant bladder diverticulum. *Updates Surg.* 2011;63:63-6.
3. Tamas EF, Stephenson AJ, Campbell SC, Montague DK, Trusty DC, Hansel DE. Histopathologic features and clinical outcomes in 71 cases of bladder diverticula. *Arch Pathol Lab Med.* 2009;133:791-6.
4. Moreno-Sierra J, Galante-Romo I, Ortiz-Osairo E, Castillon-Vela IT, Fernandez-Perez C, Silmi-Moyano A. Bladder diverticulum robotic surgery: systematic review of case reports. *Urol Int.* 2010;85:381-5.
5. Vicens Vicens A, De la Cruz Ruiz M, Garcia-Montes F, Ozonas Moragues M. Divertículo vesical. *Actas Urol Esp.* 2008;32:10, 1047.
6. Chang Ch-Ch, Liu K-L. Bladder diverticula. *N Engl J Med.* 2010;363:8, e13.
7. Yovchevski P, Kostov K. Acquired nonobstructive urinary bladder diverticulum. a case report. *Cases J.* 2009;2:36-8.
8. Hsu H-L, Huang K-H, Chang C-C, Liu K-L. Which one is true bladder?-a giant urinary bladder diverticulum. *Q J Med.* 2011;104:169-70.
9. Shaked G, Czeiger D. Distended urinary bladder diverticulum—a rare cause of large-bowel obstruction. *Am J Surg.* 2009;197:e23-4.
10. Akbulut S, Cakabay B, Sezgin A, Isen K, Senol A. Giant vesical diverticulum: a rare cause of defecation disturbance. *World J Gastroenterol.* 2009;31;15:3957-9.
11. Shigehara K, Taya T, Hisazumi H. Primary adenocarcinoma in the bladder diverticulum. *Scandinavian J Urol Nephrol.* 2008;42:481-3.
12. Labanaris AP, Zugor V, Smiszek R, Nützel R, Kühn R. Small cell carcinoma encountered in a urinary bladder diverticulum. *Urol J.* 2009;6, 1:54-6.
13. Lang EK, Rudman E, Hanano A, Jaworsky J. Computerized tomography reveals variable aggressiveness of transitional cell carcinoma of the bladder and bladder diverticulum. *J Urol.* 2010;183:1190.
14. Lu H-Ch, Lu Ch-L. Giant urinary bladder diverticulum mimicking intra-abdominal cyst. *Am J Med Scienc.* 2010;339, 2: 205.
15. Farhi J, Dicker D, Goldman JA. Giant diverticulum of the bladder simulating ovarian cyst. *Int J Gynecol Obstet.* 1991;36, 1: 55-7.
16. Fletcher SG, Zimmern E. Differential diagnosis of chronic pelvic pain in women: the urologist's approach. *Nat Rev Urol.* 2009;6:557-62.