

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SUBAGUDA DEBIDO A DIVERTÍCULO VESICAL GIGANTE

M. RUIZ-LÓPEZ, M. HOYOS LÓPEZ, J. CARNERO BUENO, E. URBANEJA,
J.L. RUIZ, C. FUENTES LUPIAÑEZ, A. ROMERA

*Servicio de Urología y Servicio de Cirugía General y Digestivo.
Hospital General Básico Axarquía. Vélez-Málaga. Málaga.*

PALABRAS CLAVE:

Obstrucción intestinal. Divertículo. Vejiga urinaria.

KEY WORDS:

Intestinal obstruction. Diverticulum. Urine bladder.

Actas Urol Esp. 24 (1): 72-75, 2000

RESUMEN

Presentamos el caso de un paciente que acudió al servicio de urgencias con un cuadro de oclusión intestinal de cuatro días de evolución. En este servicio se llegó al diagnóstico de divertículo vesical gigante secundario a un adenoma de próstata grado II. Éste se realizó mediante ecografía abdominal en la sala de urgencias y posteriormente, se confirmó por cistografía realizada de forma programada. En la cistografía se observó una vejiga de lucha y un divertículo en cara posterior en el que un cuello estrecho, impedía el vaciado y hacía compresión sobre el recto. La clínica de obstrucción intestinal mejoró al realizar el sondaje vesical, que se produjo tras la ecografía en la sala de urgencias. Por la sonda se consiguieron unos 800 cc de orina que fueron suficientes para conseguir la desobstrucción del recto y, por tanto, el paso de aire distal, lo que se documenta con radiología simple. Se presenta el caso haciendo hincapié en lo poco frecuente de este tipo de presentación en un divertículo gigante, y se revisa la literatura en Medline desde 1966 sin encontrar ningún caso similar al expuesto.

ABSTRACT

A case of a patient affected with intestinal obstruction of 4 days of evolution is presented. The diagnosis of giant bladder diverticulum due to Benign Prostatic Hypertrophy was made by abdominal ultrasound at Emergency Room, and afterwards was confirmed by cystography. A trabeculated wall and a diverticulum at the posterior side was seen with the cystography. The diverticulum full of urine couldn't be emptied due to a narrow diverticular neck and the rectum was obstructed. When a urethral catheter was put in, the symptoms of intestinal obstruction disappeared 800 ml of urine were passed through the catheter and the rectum compression was released; the gas was allowed to pass through the bowel and it's seen in plain X-Ray. This case is presented, considering its unusual way of presentation of a giant bladder diverticulum. We have reviewed the literature in Medline since 1966 and we have not found a similar case.

El divertículo vesical gigante adquirido es un proceso poco frecuente, al contrario que el divertículo vesical congénito bastante más frecuente. Aparece en situaciones de uropatía obstructiva inferior y se produce por una herniación de la mucosa vesical. Habitualmente las complicaciones se producen en el mismo divertículo como neoplasias, rupturas, o bien por compresión de estructuras vecinas como uréteres o uretra.

Se presenta un caso en el que se produjo una obstrucción intestinal secundaria a un divertículo vesical gigante de cara posterior, en una vejiga de lucha por adenoma de próstata grado II.

En la revisión bibliográfica realizada mediante Medline desde 1966 hasta Diciembre de 1998, cruzando las palabras clave "bladder diverticula" e "intestinal obstruction", no hemos encontrado casos descritos similares al expuesto, en la que el modo de presentación de un divertículo vesical sea un cuadro digestivo de obstrucción intestinal.

CASO CLÍNICO

Paciente de 71 años de nacionalidad británica, varón, que acude al servicio de urgencias del Hospital Básico Axarquía, por cuadro de estreñimiento de 4 días de evolución, dolor abdominal difuso y astenia, sin vómitos ni fiebre.

En los antecedentes personales refiere orinar con chorro fino y sin fuerza, necesitando levantarse al menos una vez durante la noche para orinar. No presentaba hematuria.

En la exploración presentaba buen estado general, un abdomen muy distendido y timpanizado, doloroso de forma difusa a la palpación. No se apreciaban masas ni megalias a la palpación por la distensión que presentaba. Al tacto rectal se apreciaba a punta de dedo una masa redondeada y tensa que ocupaba toda la luz del recto, no sangrando a la palpación. La próstata se tocaba por debajo de la masa siendo el tacto de un adenoma grado II.

En las pruebas complementarias, el hemograma era normal sin leucocitosis. En la bioquímica destacaba como único dato significativo la creatinina de 2,6 mg/dl. En la radiografía simple de abdomen (Fig. 1) se apreciaba una distensión abdominal de asas intestinales importante, sin observar paso de aire a nivel distal de recto. Se planteó diagnóstico diferencial de obstrucción



FIGURA 1. Radiografía simple de abdomen en la que podemos visualizar la importante distensión de asas con la que acudía el paciente, y como hay un desplazamiento de las mismas hacia el hemiabdomen superior debido a una masa a nivel pélvico.

intestinal grueso, entre ellos carcinoma de recto, vólvulo de sigma, y causas que provocasen compresión extrínseca sobre el recto, como puedan ser absceso del Douglas, que se descartó por la clínica sin fiebre y sin leucocitosis, o tumoraciones de origen vesical.

Para ayudar al diagnóstico se solicitó una ecografía abdominal, que reveló un divertículo vesical gigante de unos 80 x 100 mm, situado en la cara posterior de la vejiga que se comunicaba con ésta por un cuello muy estrecho (Fig. 2).

Ante dicho hallazgo, se procedió al sondaje vesical, evacuando unos 800 cc de orina no hemática. Esto produjo de manera espontánea la evacuación de los gases hasta entonces retenidos en intestino. Para confirmar el buen paso se volvió a

FIGURA 2. Ecografía en la que podemos ver el grosor de la pared vesical con el balón de la sonda en su interior y la estrecha comunicación con el divertículo.

realizar nuevo tacto rectal, no palpando la masa en esta ocasión, y una nueva radiografía simple en decúbito prono que mostró buen paso de gas a ampolla rectal (Fig. 3).

En el estudio posterior, se realizó una cistografía (Fig. 4) que mostró reflujo vésico-ureteral derecho grado II, pared vesical de contorno irregular, con gran divertículo posterior de pared lisa, mayor en tamaño a la propia vejiga y situado en cara posterior.

Se le propuso tratamiento quirúrgico del adenoma de próstata y divertículo vesical que, debido a que se trataba de un ciudadano británico de vacaciones en nuestra comarca, realizaría posteriormente en su país de origen.

DISCUSIÓN

La estenosis uretral produce vejiga de lucha en un 68% y diverticulosis vesical en un 19%¹. Aunque el divertículo único gigante es menos frecuente, se han comunicado casos en los que se asocia a distinta patología como hidronefrosis², retención urinaria³, rotura espontánea⁴ e infección del tracto urinario¹.

La mayor parte de las comunicaciones sobre divertículos vesicales se han hecho por su asociación a procesos neoplásicos que se desarrollan en el interior del divertículo como adenocarcinomas, carcinoma de células transicionales, leiomiomas o carcinosarcomas^{5,6}, o bien por la protusión del divertículo en hernias femorales⁷, perineales⁸, o inguinoescrotales⁹.



FIGURA 3. Radiografía que se realiza en decúbito prono tras el vaciado de la vejiga, y que demuestra el paso abierto hacia recto permitiendo que se evacúe el gas intraintestinal.

En niños los divertículos vesicales son más frecuentes, fundamentalmente congénitos, asociados a válvula uretral posterior¹⁰ o vejiga neurógena¹¹. Se asocian también a obstrucción uretral^{12,13}, infección de orina de repetición, que es en la mayoría de las ocasiones la clínica asociada¹⁴, y a displasia renal multiquística¹⁵. En otras ocasiones se han relacionado con enfermedades como Ehlers-Danlos¹⁶, síndrome de Williams¹⁷, y síndrome de Menkes¹⁸ o tricopoliodistrofia.

La causa de estos divertículos es una debilidad de la pared vesical que, ante el aumento de presiones, sufre una herniación de la mucosa. En el caso que se presenta, se produce por aumento de presión en el interior vesical, que se demuestra en la cistografía como vejiga de lucha. La comunicación del divertículo con la vejiga era muy estrecha, lo que podía explicar el aumento de presión en el interior del mismo, y que éste fuera capaz de ocluir por completo la luz intestinal.

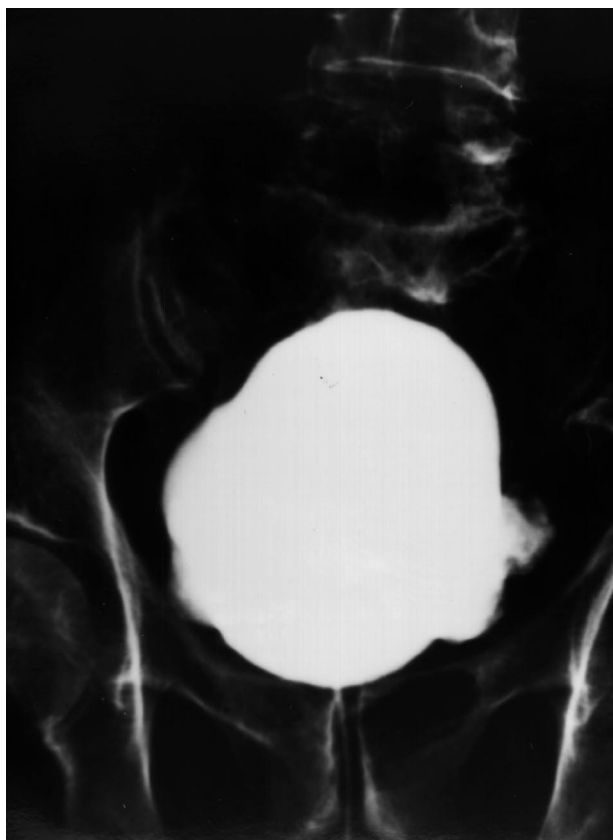


FIGURA 4. Cistografía en la que podemos observar en dos planos, la vejiga, a la que llega la sonda, con una pared muy trabeculada (vejiga de lucha), junto a un divertículo gigante de pared lisa y situado en cara posterior.

A medida que los divertículos crecen pueden incorporar el túnel ureteral, y el uréter puede drenar al interior del propio divertículo, lo que provoca una alteración del mecanismo valvular y el consiguiente reflujo. En el caso que nos ocupa, se produce reflujo ureteral derecho probablemente secundario a la uropatía obstructiva inferior, no drenando el uréter en el interior del divertículo.

Resalta lo infrecuente de la presentación, siendo la primera comunicación de un caso similar que tengamos constancia, no por el hecho del divertículo en sí, sino por presentarse como un cuadro de estreñimiento de 4 días de evolución.

REFERENCIAS

1. ROMERO PÉREZ P, MIRA LINARES A: Complicaciones del tracto urinario inferior secundarias a estenosis uretral. *Actas Urol Esp* 1996; **20** (9): 786-793.
2. SHARMA R, MONDAL A, SHERIGAR R, POPLI M, CHOPRA MK, KASHYAP R: Giant diverticulum of urinary bladder causing bilateral hydronephrosis in al adult. Diagnostic features on radionuclide scintigraphy. *Clin Nucl Med* 1997; **22** (6): 385-387.
3. GEPI-ATTEE S, FENELEY RC: Bladder diverticulectomy revisited: case reports of retention of urine caused by diverticula and discussion. *J Urol* 1994; **152** (3): 954-955.
4. ITOH N, KOUNAMI T: Spontaneous rupture of a bladder diverticulum: ultrasonographic diagnosis. *J Urol* 1994; **152** (4): 1.206-1.207.
5. MIÑANA LÓPEZ B, FERNÁNDEZ APARICIO T, CARRERO LÓPEZ V, CABALLERO ALCÁNTARA J, GARCÍA LUZÓN A, PAMPLONA CASAMAYOR M, LEIVA GALVIS O: Tumores vesicales intradiverticulares. *Actas Urol Esp* 1993; **17** (8): 523-528.
6. SHAH B, RODRÍGUEZ R, KRASNOKUTSKY S, SHAH SM, ALI KHAN S: Tumour in a giant bladder diverticulum: a case report and review of literature. *Int Urol Nephrol* 1997; **29** (2): 173-179.
7. BUCHHOLZ NP, BIYABANI R, TALATI J: Bladder diverticulum as an unusual content of a femoral hernia. *Br J Urol* 1998; **82** (3): 457-458.
8. GONG M, ISSA MM: Unique perineal herniation of large bladder diverticulum: succesful surgical repair through posterior sagittal approach. *Urology* 1996; **47** (4): 569-572.
9. BOLTON DM, JOYCE G: Vesical diverticulum extending into an inguinal hernia. *Br J Urol* 1994; **73** (3): 323-324.
10. KAEFER M, KEATING MA, ADAMS MC, RINK RC: Posterior urethral valves, pressure pop-offs and bladder function. *J Urol* 1995; **154** (2 PT 2): 708-711.
11. BLANE CE, ZERIN JM, BLOOM DA: Bladder diverticula in children. *Radiology* 1994; **190** (3): 695-697.
12. PARROTT TS, BASTUBA M: Giant bladder diverticulum causing urethral obstruction in an infant. *Br J Urol* 1992; **69** (5): 545-546.
13. SARIHAN H, ABES M: Congenital bladder diverticula in infants. *Eur Urol* 1998; **33** (1): 101-103.
14. STAGE KH, TANK ES: Primary congenital bladder diverticula in boys. *Urology* 1992; **40** (6): 536-538.
15. KARMAZYN B, ZERIN JM: Lower urinary tract abnormalities in children with multicystic dysplastic kidney. *Radiology* 1997; **203** (1): 223-226.
16. BADE JJ, YPMA AF, van ELK P, MENSINK HJ: A pelvic mass: bladder diverticulum with haemorrhage in Ehlers-Danlos patient. *Scand J Urol Nephrol* 1994; **28** (3): 319-321.
17. SCHULMAN SL, ZDERIC S, KAPLAN P: Increased prevalence of urinary symptoms and voiding dysfunction in Williams syndrome. *J Pediatr* 1996; **129** (3): 466-469.
18. OSHIO T, HINO M, KIRINO A, MATSUMURA C, FUKUDA K: Urologic abnormalities in Menkes's Kinky Hair disease: report of three cases. *J Pediatr Surg* 1997; **32** (5): 782-784.

Dr. M. Ruiz López
C/ Manuel de Falla, 4 - 6º F
29004 Málaga

(Trabajo recibido el 17 Mayo de 1999)