

Octava Sesión - 19 de diciembre de 1968.

## DIVERTICULOS DE URETRA FEMENINA

Dres. C. H. Scorticati, H. Pagliere y E. Soldano

En la reciente reunión del 23 de mayo, de esta Sociedad, los Dres. Cisneros, Monasterio y Dousset de la Provincia de Salta, se refirieron a este tema.

Hoy, circunstancialmente, a muy poco tiempo de dicha comunicación, nos corresponde volver sobre el mismo. Quizás esta reiteración sea útil para remarcar las características clínicas de esta afección, difundir sus métodos de diagnóstico y tratamiento para que esta enfermedad de un órgano tan pequeño, pero tan importante y accesible a su examen, tenga su reconocimiento en manos del urólogo en forma rápida y segura, y no sea objeto de anodinos tratamientos ginecológicos, urológicos y aun psiquiátricos, cuando la entidad no es reconocida.

Podemos definir a los D. de U. como vavidades que tienen o han tenido comunicación con la uretra. Sartorio Riganti y Cols en la literatura, han encontrado como sinonimia de ella las denominaciones de Uretrocele, bolsas urinosas y cavidades accesorias de la uretra, terminología que no se difundió y que no creemos adecuada. Su origen a veces es congénito, resultado de restos embrionarios de los conductos de Wolff, de Gartner o para-uretrales o de quiste vaginales que comunican con la uretra a consecuencia de la debilidad constitucional del tabique uretro-vaginal, como lo demostrara Von Franqué, o por la atrofia de la capa muscular de la uretra.

Ejemplo inequívoco de esta etiología es el caso de Rocchi, cuya paciente era una niña recién nacida. Pero sin embargo en la generalidad de los casos su existencia se originaría, como sostuvo Routh en 1890 a partir de glándulas periuretrales infectadas, abscedadas y posteriormente drenadas a uretra, atribuyéndose también importancia etiopatogénica a los traumatismos de parto, la cirugía o la instrumentación, toco uro ginecológica o al coito u onanismo violento.

Según Hoffman la primera descripción mundial de los divertículos de uretra femenina correspondería a Sir Charles Mayfield Clark en 1786, siendo comunicaciones destacables del siglo XIX las de Hey en 1805, Foucher en 1857 y Quenú y Pasteau en 1896. En este siglo, las presentaciones se multiplican y su frecuencia según lo expresara Moore y lo demuestran las estadísticas de los grandes centros asistenciales está en relación exclusiva con la sospecha médica de su existencia y la aplicación de los métodos diagnósticos para ponerlos de manifiesto. La bibliografía argentina al respecto se inicia según nuestro parecer con la comunicación de Iraeta en 1915, quien ayudado por Castaño, extrae 5 cálculos uretrales a través del meato, estando uno de ellos ubicado en un divertículo uretral. Muchos autores consideran a la comunicación de Caballero, como la primera, cuando en realidad su relato se refiere a una litiasis uretral y no diverticular.

Posteriormente la literatura nacional sobre el tema, se enriquece ampliamente y su revisión permite llegar a un claro concepto de la enfermedad y de sus formas clínicas. Anatomía Patológica: Los D. de U. se encuentran exclusivamente en la pared posterior o vaginal de la uretra, preferentemente en su mitad proximal, donde ambos órganos están separados por un espacio celular, que no existe en la mitad distal, por haber una íntima adherencia entre-ambos. Por otra parte, la presencia de glándulas periuretrales, posibles condicionantes de los divertículos, es mucho mayor en aquella zona, donde son consideradas como homólogas de la próstata (Tancer).

La histopatología no suministra elementos diferenciales categóricos entre los divertículos congénitos y adquiridos. Aunque la existencia de una capa muscular bien constituida, permite inicialmente una diferenciación entre los divertículos verdaderos y los falsos.

**Sintomatología:** Davis y Telinde, poseedores de una amplia estadística que les permite sacar conclusiones sobre la frecuencia de los diferentes síntomas, sostienen que: polaquiuria se observa en 83% de los casos. Disuria en 63% micción imperiosa, en 40%. Hemorragia en 26%. Sensación de micción incompleta 26%. Incontinencia 26%. Dispareunia en 24%. Disuria terminal en 13%. Retención en 30%. Piuria 2% y permanecen asintomáticos 7%.

Muchos pacientes que tuvieron algunos de estos síntomas, presentaron también períodos de remisión completa y espontánea.

Hoffman sostiene que el elemento más orientador hacia el diagnóstico de divertículo de U. es el goteo postmiccional destacando que en los casos en que la comunicación con la uretra se ha cerrado la presencia de un tumor palpable, muy doloroso si está infectado, en la pared anterior de vagina es muy sugestivo.

Otras molestias relatadas son el dolor al sentarse o sensación de peso perineal, dolor vagino uretral y flujo.

Cualquiera de los síntomas antedichos y especialmente si ellos son persistentes o recidivantes justifican aplicar los métodos de exploración que pongan en evidencia un eventual D. de U.

La inspección puede demostrar una protrusión de la pared vaginal anterior, sin modificaciones del aspecto de la misma, y que en el primero de nuestros casos había sido repetidamente diagnosticado como un uretrocistocele. Cuando existe retención en el divertículo, los pliegues naturales de la mucosa vaginal se pueden borrar mostrándose esta lisa y tensa. En éstos casos la palpación reconoce una tumoración que contacta con el pubis, móvil y generalmente dolorosa. Su compresión puede dar salida a través del meato uretral de un líquido, espeso, gelatinoso o urohémático, cuya presencia, certifica sin más, la existencia de un divertículo de uretra.

Aun sin existir tumoración visible o palpable la expresión uretral puede motivar la salida de algunas gotas de líquido proveniente del divertículo. Si existe una litiasis endocavitaria el tacto fácilmente la reconoce, dando la sensación de la palpación de una bolsa de nueces cuando es múltiple. La exploración de la uretra con un estilete acodado puede permitir el reconocimiento de ostium diverticular la uretroscopía realizada preferentemente con un tacto vaginal simultáneo, muchas veces localiza la boca del divertículo, generalmente pequeña, caracteriforme y de la que drena orina modificada.

Si el ostium admitiera la introducción de un uretroscopio en ella, se conseguiría la visualización directa de las paredes del divertículo, valorar la existencia de cuerpos extraños y las condiciones del mismo.

Pero muchas veces por tratarse de divertículos pequeños, sin distensión y con comunicación uretral puntiforme, estos exámenes son insuficientes y es la radiología por medio de la uretrografía a presión, que permite llegar a un diagnóstico cierto. Para realizarla utilizamos una sonda de Foley modificada en la forma que uno de los que suscriben ya la comunicara a esta Sociedad. Creemos que solamente por una uretrografía a presión, bien realizada, ante una sintomatología compatible con el diagnóstico de D. de U. y un cuadro clínico negativo, podemos descartar a esta entidad. La uretrografía convencional, no es de utilidad en el estudio de estas cavidades para uretrales. Berski y Shutzman en 1965, sugieren como método de diagnóstico "simplificado" de los divertículos de uretra femeninos, la introducción en vejiga de un medio de contraste coloreado con azul de metileno; realizan entonces una uretrografía miccional obstruyendo el meato uretral y luego hacen la uretroscopía con compresión digital de

la pared anterior de la vagina, con el fin de exprimir el divertículo y observar la boca del mismo, ayudado por el chorro coloreado que de él saldrá. Butler ultimamente sugiere la cistouretrografía miccional usando como medio de contraste suspensión acuosa de Bario al 20%, pudiendo pesquisar 18 D. de U., por este método desde 1961.

La diverticulografía por punción directa transvaginal, previa obstrucción del estium mediante la aplicación de una gruesa sonda uretral, como lo sugiere Murray, no tiene desde nuestro punto de vista ninguna utilidad práctica, pues para su realización es necesario tener diagnosticado y localizado el divertículo por los que su valor sería solamente documental e iconográfico.

En lo que respecta al diagnóstico diferencial existe uno que debe ser especialmente puntualizado y es el ureter ectópico uretral, con uretrocele terminal que puede simular perfectamente un divertículo de uretra y la incontinenia que este motiva, ser interpretada como la pérdida de orina ex temporánea por el relleno del divertículo. La urografía y la cistocopia aclaran el diagnóstico.

La diferenciación entre el divertículo aislado sin comunicación con la uretra y quistes del conducto de Gartner, de Wolff, periuretral o quiste vaginal se hace por el estudio histológico que al encontrar un epitelio para-Malpighiano y el depósito de sales componentes normales de la orina, confirman su vinculación con la uretra.

En lo que respecta al tratamiento, es casi unánime la opinión de los autores en preferir el abordaje vaginal, con disección del divertículo, cierre de la comunicación uretral y cierre vaginal en dos planos.

Esta es la conducta en los casos típicos, pero frecuentemente ocurre, ya sea por su origen inflamatorio o por su inflamación secundaria, que la disección es imposible y está indicado entonces abrir el divertículo, ubicar el estium, reseca su borde, para realizar posteriormente su sutura y las paredes del divertículo se aprovechan entonces, imbricándolas para formar otros planos y por último suturar la vaginal.

Muchas veces (en dos de nuestros cuatro casos) el divertículo se extiende hacia arriba, mediante expansiones subtrigonales y pretender disecarlo, pone en peligro el delicado sistema esfinteriano femenino, por lo que es aconsejable reseca lo máximo posible, abandonando el resto.

Edwards y Beebe en 1955 y Parks en 1965 sugieren la sección longitudinal de toda la uretra desde el meato hasta el divertículo, liberación de los planos y cierre de los mismos individualmente. Este abordaje no es compartido por otros autores. Con respecto a las complicaciones J.H. Pratt que recopila 140 casos encuentra dos recurrencias del divertículo, tres hemorragias postquirúrgicas severas, dos supuraciones del piso de la uretra, cuatro fistulas y varias incontinenias que requirieron reparación posterior.

De nuestros casos uno tenía un divertículo cerca del meato que condicionó una periuretritis con estrechez secundaria, siendo el motivo de la consulta una retención urinaria que se trató con dilataciones y otro de los que fueron intervenidos quedó con una pequeña fistula uretrovaginal, asintomática, no aceptando su reparación.

#### Casuística:

E.W. soltera, 52 años de nuestra clientela privada: la paciente consulta en enero de 1966 diciendo que desde hace tres años, y de instalación más o menos brusca nota gran dolor y ardor miccional. Es tan intenso esta sintomatología que evita orinar en lo posible, para lo que disminuye voluntariamente la ingestión de líquido, su ritmo miccional es de tres micciones diarias sin micción nocturna. Además siente una sensación de cuerpo extraño en los genitales sentada o al caminar. En este lapso de tres años tuvo el diagnóstico de uretritis, trigonitis, cistitis, cistopatía endocrina, cistocele, etc., siendo resistente a todo tratamiento realizado. Al examen se observa moderada protrusión de la pared vaginal, a la palpación a unos tres cm. del meato uretral se toca sobre la uretra una formación redondeada blanda, fluctuante y dolorosa que se confirma con el examen vaginoscópico.

La endoscopía muestra una vejiga normal y la uretra se ve intensamente congestiva en su porción proximal. La compresión de la tumoración motiva la salida de un líquido mucinoso por uretra. Se cita a la paciente para realizar una uretrografía a presión que demuestra la existencia de un divertículo uretral.

La sintomatología remitió totalmente luego de la expresión del divertículo y la paciente acepta sin embargo la intervención quirúrgica.

Se opera en Abril de 1966, por vía vaginal. Se disecciona la tumoración, se abre el divertículo y se reseca su ostium, quedando una brecha uretral de 1 cm de longitud que se sutura con calgut triple cero cromado. Cierre vaginal en 1 plano resecano el tejido redundante, taponaje vaginal. Sonda uretral en permanencia durante 15 días. En el control, al mes de operada se constata una fístula uretravaginal, de unos 3 mm. de diámetro asintomática. La paciente rehúsa la solución quirúrgica dado que no le ocasiona molestias.

El estudio histopatológico realizado por el Dr. A. Kierszenbaum, protocolo N°57121, informa:

#### Microscopía:

El material estudiado presenta una formación sacular constituida por una pared fibrocolágena revestida por epitelio de tipo transicional, con abundantes vasos sanguíneos de mediano calibre o infiltrados inflamatorios de tipo inespecífico. Ausencia de malignidad. Diagnóstico Histopatológico. Divertículo de uretra, simple.

2do. Caso C.P. de 40 años, estado civil soltera. H.C. 23372 de un Sanatorio gremial. La paciente es enviada en consulta por el servicio de Ginecología, por presentar incontinencia de orina. En el interrogatorio pesquisamos una histerectomía total y anexectomía izquierda hace 6 meses motivada por metrorragias profusas.

La incontinencia de orina es al esfuerzo no hay micción imperiosa, y presenta goteo postmiccional, estos síntomas tienen más de un año de evolución. Al examen se observa protrusión de la pared vaginal anterior, como se encuentra en el uretrocele que aumenta discretamente al pujar. Al tacto se observa una formación de consistencia quística de unos 2,5 por 2,5 cm., muy dolorosa y cuya expresión provoca la salida por el meato uretral de un líquido espeso, achocolatado, maloliente, mientras que la tumoración se reduce de volumen. Se realiza uretrografía a presión que demuestra la existencia de un divertículo uretral.

Se intervino por vía vaginal, diseccionándose el divertículo de los planos adyacentes. Existe una prolongación cefálica, subtrigonal, que se prefiere dejar, seccionando lo más alto posible el divertículo, Reactivación del estium uretral.

Cierre en tres planos según técnica ya descripta. A los 8 días se retira sonda uretral. Al mes se constata perfecta cicatrización. No existe más incontinencia de orina ni goteo postmiccional. Calibre uretral: Pasa Sonda Nelatón N° 18 sin dificultad.

El informe histopatológico N° 30909 del D: Grato Bur dice:

Divertículo de uretra: Se envía para su estudio una estructura laminar de 4 mm. de espesor, de consistencia rígida, y con abundante depósito de pigmento hemosiderínico.

En los preparados histológicos que se colorean con hematoxilina eosina alcian blue, se puede observar una estructura laminar revestida por una de sus caras, con un epitelio cilíndrico, ligeramente papilar y cuyo estroma se observa gran cantidad de infiltrados inflamatorios y neoformación vascular.

Debajo del mismo aparecen abundantes capas musculares, algo hipertróficas, disociadas por idéntico proceso inflamatorio.

En algunos sitios predomina la inflamación haciéndose más delgada la pared pero sin interrumpirse su capa muscular.

En síntesis: Divertículo verdadero de uretra con intensa inflamación.

## DIVERTICULOS DE URETRA FEMENINA

3er. Caso E. de S. de 37 años H.C. 31.784, de una clínica gremial.

Consulta en Febrero de 1966, aquejando tener un bultoma en genitales desde hace varios meses que le molesta en la marcha y en posición sentada, en diciembre pp. el mismo sufrió un proceso inflamatorio, con exacerbación de los síntomas locales, hasta que drena espontáneamente pus. Como antecedentes: tiene 2 hijos de parto normal. Al exámen se constata una tumoración renitente en cara anterior de vagina, dolorosa al tacto y cuya expresión provoca la expulsión de orina purulenta, por el meato uretral.

Hecho el diagnóstico casi con seguridad. Se realiza una uretrografía confirmatoria y se interviene por vía vaginal. El divertículo se extiende en dirección cefálica por debajo de la vejiga, por lo que llegado al cuello vesical se secciona aquel dejando el fondo ampliamente abierto, topicándolo con yodo puro.

Se cierra la brecha uretral en un plano de Catgut triple cero cromado y se hace un doble plano de fascio y mucosa vaginal. Sonda vesical en permanencia.

Taponaje vaginal yodo-formado por 72 horas. Alta a los 8 días. Controles periódicos post-operatorios ampliamente satisfactorios.

El estudio de la pieza operatoria realizada por el Dr. Grato E. Bur protocolo 26.208 informa:

Quiste periuretral: El tejido aparece constituido por una masa fibroelástica en cuyo seno se ve una cavidad anfractuosa con coágulos en organización.

En los preparados histológicos que se colorean con Hematoxilina-Eosina y Alcian Blue se puede observar:

a) Pared fibroconjuntiva en cuyo seno se van abundantes vasos que le dan un aspecto cavernoso.

b) La superficie de la cavidad preformada revela abundantes focos calcificados y cristales reconociéndose en muchos sectores la presencia de depósitos calcáreos granulosos. Estos cuerpos extraños determinan una reacción a células gigantes y gran cantidad de vasos sanguíneos. No se ve estructura epitelial del revestimiento.

Diagnóstico: Esta lesión puede corresponder a una zona de efracción donde aparecen la reacción por los productos de la orina retenida.

4to. Caso J.L. de C.H.C. 8604 del Servicio de Urología del Policlínico de San Martín. Consulta en Febrero de 1967, relatando que 10 meses atrás fue operada de estenosis mitral. Durante el pos-operatorio tuvo retención urinaria por lo que fue sondada, desde entonces hasta el día de nuestra consulta, repite 5 cuadros de retención, resolviendo todos ellos por el sondaje vesical. Nunca tuvo hematuria su ritmo miccional es de 10 micciones diurnas y 2 nocturnas aproximadamente.

Existe un franco retardo inicial y notó un chorro fino desde que fue operada.

Al exámen se constata una franca estrechez uretral yuxtameatal que se dilata, no hay residuo vesical. Con dilataciones progresivas, mejoró la disuria.

Se realizó una citoscopía, encontrándose una vejiga normal.

La paciente no volvió a consultar durante todo un año y vuelve en Febrero del corriente con nuevo cuadro de retención por recidiva de la estrechez uretral.

La palpación uretral obtiene por expresión digital de la misma, salida de algunas gotas de pus por el meato. Con dilataciones con bujías y corticoides vuelve a la normalidad.

Se realizó una urografía que demuestra un discreto ureteroceles derecho.

La uretroscopía es normal.

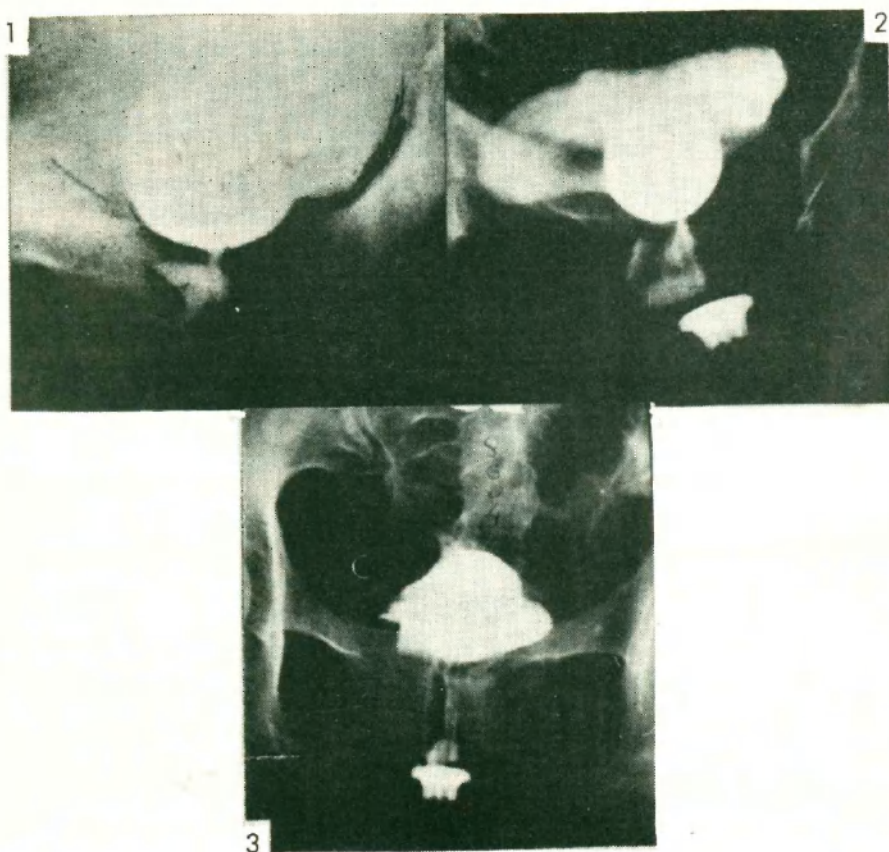
La uretrografía a presión demuestra un divertículo del 1/3 distal, de la uretra posiblemente condicionante de la estrechez.

Debido a los antecedentes cardiopáticos de la paciente, se prefirió una terapéutica conservadora a base de dilataciones periódicas, antibióticas y antiinflamatorias.

Sigue en observación.

**Resumen y conclusiones:**

Se presentan 4 casos de divertículos de uretra femenina y se realiza una revisión de la literatura nacional y extranjera sobre el tema que motiva su puesta al día, recalcando la importancia diagnóstica que nosotros atribuimos a la uretrografía a presión.



Divertículos de uretra: 1) 1er. caso; 2) 2do. caso; 3) 4to. caso.

**BIBLIOGRAFIA**

- 1) Borski, A.A. y Stutzman R.E. diverticulum of female urethra: a simplified diagnostic. J. Urol. 93 - 60 - 61 - 1965.
- 2) Bottini, E (h) Litiasis Diverticular de la uretra en la mujer. Rev. Arg. Urol. 5 - 152/9, 1936.
- 3) Butles W. J. The diagnosis of urethral diverticula in women. U. Urol. 95 - 63/4 1966.
- 4) Caballero J. M. Cálculo de la uretra en la mujer. Sem Med. 22 561/4, 1915.
- 5) Comotto, C. Berri, H. y Cartelli, N. Gran cálculo diverticular de uretra femenina. Rev. Arg. Urol. XV 106 - 1946.
- 6) Cisneros E. Monasterio R.L. y Dousset J. Divertículos de uretra femenina, a propósito de 30 observaciones - Reunión de la Soc. Arg. Urol. del 23 de mayo de 1968 (en prensa).
- 7) Casal J. y Ustarroz E. Presentación de un caso de divertículo de uretra femenina,

## DIVERTICULOS DE URETRA FEMENINA

- asociado a cistitis quística, leucoplasia vesical e incontinencia de orina al esfuerzo. VI Congr. Amer. y II Argentino de Urol. IV 458/9, 1957.
- 9) Dabis H.J. y Telinde R.W. Urethral diverticula: Assay of 121 casos. J. Urol. 80 - 34 - 39, 1958.
- 10) Díaz Colodrero A.A. Divertículos de uretra en la mujer Rev. Med. Quir. Pat. Fem. 16 - 387/95, 1940.
- 11) Edward E.A. y Beebe R. A. Obst. Gyn 5 - 729, 1955.
- 12) Ercole R. Divertículos de la uretra femenina Rev. Arg. Urol. 14- 132/46, 1945.
- 13) Guixá, H.L. y Otturi, J. Contribución al estudio del divertículo de la uretra en la mujer, Sem. Med. 107 - 277 - 1955.
- 14) Guzman J.M. y Casal J. Técnica con balón para el estudio de la cistouretrografía de la incontinencia de orina de esfuerzo en la mujer y otros cuadros conexos. Rev. Arg. Urol. XXXIII 8- 256 - 262, 1964.
- 15) Hoffman, M.J. y Adams W.E. Recognition and repair of urethral diverticula. Am. J. Obst. and Gynec. 92 - 105 - 11 - 1965.
- 16) Iraeta D. Divertículo de la uretra en la mujer. Bol. Soc. Obst. y Gynec. de Bs. As. 21 - 340 - 1942.
- 17) Kittredge, R.D. Bienstock, M. y Finby N. Urethral Diverticula in women. A. J. Roentg. 98 - 200/7, 1966.
- 19) Lacal F. Divertículos congénitos de uretra Dia Med. 20 - 1223/4, 1948.
- 20) Lavallo F. y Pollak A. Consideraciones sobre el divertículo de la uretra en la mujer. Sem. Med. 106 - 520/4, 1955.
- 21) Mathis R.I. y Goldaracena J.A. Divertículo de la uretra en el hombre y en la mujer Re. Medic. y C. Afines IX, 586/9, 1947.
- 22) Mori, G. Sonda uretrale por uretrocistografía Arch. It. Urol XXXVIII Vol. 3-243 - 250.
- 23) Murray, E. G. Divertículos de la uretra femenina Bol. Soc. Obst. y Gynec. Bs. As. 21 - 331/42, 1942.
- 24) Parks J. Section of the urethral Wall for correction of urethrovaginal fistulae and urethral diverticula Am. J. Obst. Gynec. 93 - 683 - 692, 1965.
- 25) Rocchi, A. Divertículo de uretra femenina en una niña recién nacida. Rev. Arg. Urol. XXIV 723/4 1955.
- 26) Sartorio Riganti J. y Lelio M. Divertículos de la uretra femenina Re. Med. Quir. Pat., Fem. 24 - 279, 1945.
- 27) Sartorio Riganti, J. y Lelio, M. Divertículos de la uretra femenina Rev. Or. C. Médica 12 - 151/6, 1947.
- 28) Scorticati C.H. Uretrografo a presión simplificado Rev. Arg. Uro. XXXV 267/9 1966.
- 29) Stevens, W.E. y Smith S.P. Roentgenological Examination of the female urethra J. Urol. 1 194/201, 1937.
- 30) Surra Canard, R. e Irazu, J. Divertículos de la uretra femenina Rev. Arg. Urol. 15 481, 1946.
- 31) Taboaloro, M. Exámen radiológico de uretra e vejiga na muhler IX Congr. Intem. del Colegio Intern de Cirurgioes 59 - 66, 1954.
- 32) Vázquez Ferro, E. Arrighi A. y Di Paola, G. Prensa Med. Arg. XLVIII Nº 17, 1226 1230, 1961.
- 33) Tancer L. Quistes de Bartholin y lesiones parauretrales Clin. Obst. y Gynec. 982/996, Dic. 1965.
- 34) Tancer. M.L. Hyman R. Suburethral diverticulites in the female - Am J. Obst. Gyn 84 - 1852/8, 1962.
- 35) Vonder Beeke, A. a propósito de la periuretritis diverticular: su tratamiento. Rev. de Espenacidades - 3 - 736 - 1928.
- 36) Wharton, L.E. y Te Linde R.W. Obst. and Gynec. 7 - 503, 1956.