

## DIVERTICULOS DE LA URETRA FEMENINA

### Consideraciones sobre 10 casos

Relator Dr. Héctor G. Berri

Los autores han enviado a esta Sociedad una comunicación titulada: "Divertículos de la uretra femenina". Agradezco a la Mesa Directiva la grata misión de haberme encomendado su relato. En dicho trabajo los autores presentan diez casos, encontrados en aproximadamente 25 años.

Si bien hasta hace pocos años, la bibliografía mundial de esta patología era muy escasa, su mayor incidencia últimamente, como lo hacen notar las publicaciones al respecto, se debe en gran parte a lo manifestado por Moore en las conclusiones del presente trabajo: "Hay pruebas convincentes de que esta lesión es una de esas condiciones que son halladas en proporción directa a la afección con que son procuradas".

Se trata por lo general de enfermas que han recorrido durante varios años muchos consultorios, en procura de un tratamiento adecuado para su afección. En un gran porcentaje estas pacientes, no obstante ser su padecimiento de origen netamente urológico, consultan primero al ginecólogo que ante los síntomas realiza tratamientos diversos hasta que aparece sobre la pared anterior de la vagina, una tumoración palpable por la que se escurre secreción purulenta. El urólogo cuando es consultado fracasa en algunas oportunidades debido a un examen incompleto, ya que como muy bien lo manifestara Tancer: "no se tiene en cuenta la uretra femenina dejando de palpar la pared anterior de la vagina".

Siendo la uretrografía un excelente medio para confirmar el diagnóstico, comprobar la comunicación entre la uretra y la cavidad anormal, estableciendo su tamaño, ubicación, número, debe ser practicada en forma sistemática en toda enferma con trastornos de cisto-uretritis crónica o dispareunia. Dentro de los distintos métodos utilizados con ese fin debemos considerar:

- 1 Punción del divertículo por vía vaginal e inyección de aceite yodado al 50 por ciento previo cateterismo de la uretra con sonda metálica gruesa a fin de evitar el escape del líquido por ella; se usa incidencia oblicua anterior de rayos (método preconizado por Murray).
- 2 Cateterismo de la uretra inyectando 200 cc de yoduro de potasio al 20 por ciento; se efectúa una cistografía; se retira la sonda sacando una nueva placa; se vacía el divertículo por expresión vaginal haciendo orinar a la paciente, luego de lo cual se realiza otra placa radiográfica, pudiendo aparecer en ella el divertículo con sustancia opaca (método utilizado por Bazterrica).
- 3 Berski y Shutzman en 1965 sugieren como método de diagnóstico, la introducción en vejiga de un medio de contraste coloreado con azul de metileno, realizando una uretrografía miccional obstruyendo el meato uretral; posteriormente realizan la uretroscopía con compresión digital de la pared anterior de la vagina a fin de exprimir el divertículo y observar la boca del mismo
- 4 El uso de la sonda Foley previa ligadura del pico y con el balón a presión sobre el cuello vesical y habiéndole realizado una serie de orificios a nivel de la porción uretral, obturando con un tapón a través del cual pasa la sonda, el meato uretral; a continuación se hace pasar la sustancia de contraste.

Dentro de los trabajos de esta patología presentados en el seno de esta Sociedad, merecen su mención por su rareza, el trabajo del Dr. Rocchi sobre "Divertículo de la uretra femenina en una niña recién nacida", en 1955 y "El epiteloma intradiverticular de uretra femenina", en 1959.

Felicito a los autores por la importante publicación.

## DIVERTICULOS DE LA URETRA FEMENINA

### Consideraciones sobre diez casos

Dres. Roberto ROCHA BRITO  
 Alejandro DOTTA  
 Hamilton José BORGES  
 Ronaldo ZULIAN  
 Cristiano A.R. SANTANA

Departamento Urología Hospital Vera Cruz  
 Campinas - Estado de S. Paulo - Brasil

La atención prestada por el urólogo a la uretra femenina ha crecido considerablemente en los últimos años, habiéndose transformado, de un "buen punto de apoyo para el cistoscopio" (como la denominaba el urólogo hace algunas décadas) en fuente de buena parte de la patología urinaria baja en la mujer.

Dentro de esa patología, la importancia de los divertículos de uretra ha aumentado en forma geométrica, sobre todo merced al perfeccionamiento y difusión de mejores métodos diagnósticos, especialmente la panendoscopía y la uretrografía, y también por estar actualmente los urólogos más alertados, sospechando e investigando esta dolencia con más asiduidad que hace algunos años.

Se explica entonces la evolución habida desde Hunner, quien decía en 1938 haber visto 12 a 15 casos en 36 años de práctica urológica, a estadísticas como las de Davis y Cian, quienes en 1956 refieren haber diagnosticado 12 casos en dos meses, o Spraitz y Welch, que presentan 94 casos vistos entre 1956 y 1962.

**Etiología:** se los divide clásicamente en congénitos y adquiridos. los primeros se originan de restos embrionarios tales como el conducto de Gartner, quistes abiertos en uretra y otros. Se puede sospechar este origen en casos asintomáticos, sin infección y sin antecedentes urológicos traumáticos u obstétricos. Con respecto a los adquiridos, que constituyen la mayor parte, es casi unánime la opinión de que se formarían a partir de glándulas parauretrales infectadas, con obstrucción de su conducto excretor y la consiguiente dilatación. Como causas predisponentes se citan: debilidad estructural de la pared uretral, estrecheces, cálculos enclavados en la uretra e infecciones inespecíficas o gonocócicas. Según Yousseff (opinión no compartida por otros autores), el trauma obstétrico sería de importancia secundaria. También se suele diferenciar entre divertículos falsos y verdaderos, siendo estos últimos los que presentan todas las capas

de la pared uretral, mientras que los primeros carecen de capa muscular. Su tamaño oscila entre 0,3 y 8 cm, variando el orificio de comunicación desde el puntiforme hasta la boca amplia de 1 cm o más de diámetro.

Se localizan casi siempre en la pared posterior de la uretra, estando situados la mayor parte en el 1/3 medio de la misma, siguiendo en orden de frecuencia el 1/3 interno y el 1/3 externo. Habitualmente se trata de divertículos únicos, aunque no es excepcional el hallazgo de secuciones múltiples (2 casos en nuestra serie)

Su contenido es habitualmente orina infectada o secreción purulenta. Wharton y Kearns mencionan un 10 por ciento de casos conteniendo cálculos únicos o múltiples, cifra esta que coincide con nuestros hallazgos. Los tumores intradiverticulares son de aparición excepcional.

**Síntomas y signos:** el cuadro habitual es de pacientes con larga historia de "cistitis crónica" o rápidamente recidivante, que han hecho diversos tratamientos con remisión temporaria y posterior recurrencia de los síntomas. Así es como se presentan con disuria, polaquiuria, ardor miccional y a veces hematuria. Más raramente acusan sensación de peso en la vagina, disuria inicial y aún retención urinaria, estos últimos síntomas debidos a la compresión de la uretra por el divertículo.

En algunos casos puede existir dolor, referido generalmente en la vagina o en la región suprapúbica. Estos casos suelen acompañarse de dispareunia. Otros síntomas fuertemente sugestivos son el escurrimiento de orina al acabar la micción (falsa incontinencia o micción en dos tiempos) y la descarga purulenta por la uretra seguida de alivio temporario de las molestias. Tampoco es excepcional que la paciente refiera (como en nuestro caso número 1) obtener alivio vaciando el divertículo por medio de la presión digital de la pared vaginal anterior. Por último, pueden existir pacientes asintomáticas, en casos de divertículos pequeños o no infectados.

El tacto vaginal, que es de capital importancia para el diagnóstico, revelará en muchos casos la existencia de una masa fluctuante en la pared anterior de la vagina, generalmente dolorosa a la palpación. La expresión digital de la uretra dará lugar, aún en ausencia de masa palpable, a la salida de secreción purulenta o no por el meato uretral.

**Diagnóstico:** será confirmado por medio de la endoscopía y la uretrografía, después del examen palpatorio de la uretra. El **examen endoscópico** debe ser realizado con el panendoscopio de Mc Carthy, ya que la visión que brinda de la uretra es muy superior a la obtenida con el cistoscopio. De preferencia con camisas de gran calibre para mejor visualización de la uretra y para que pueda ser combinado con el tacto vaginal.

Se deberá concentrar la atención en la zona comprendida entre las 4 y 8 horas, ya que allí es donde habitualmente se localizan las bocas diverticulares. Estas no siempre son visibles con facilidad, de modo que se deberá estar atento a pólipos o zonas de uretritis granulomatosa que pueden estar disimulando el orificio diverticular. Deberá practicarse siempre la expresión de la uretra durante la panendoscopía, pudiéndose observar a veces la salida de pus o sangre de un orificio hasta entonces inadvertido. Si se ha logrado localizar el orificio, se intentará cateterizarlo con una sonda ureteral para efectuar una diverticulografía.

La **uretrografía**, según Davis y Cian, debe ser practicada rutinariamente en casos de cistitis o uretritis crónicas o recidivantes. Permite a veces poner en evidencia divertículos no detectados por otros medios. Así, de doce casos diagnosticados por ellos en dos meses, sólo dos presentaban una masa palpable al tacto vaginal. La uretrografía puede ser efectuada con cualquiera de los artificios diseñados para ese fin, debiéndose obtener placas de frente y oblicuas.

Nos brinda datos de tamaño forma y situación que serán de inapreciable utilidad para el tratamiento quirúrgico. Deberá hacerse diagnóstico diferencial con otros procesos, como abscesos periuretrales, procesos inflamatorios de glándulas para uretrales, tumores sólidos del tabique uretrovaginal, quistes cerrados, prolapso uretral y cistocele. Prácticamente siempre la endoscopía y la uretrografía permiten descartar estos procesos.

**Tratamiento:** se han abandonado, salvo casos especiales, tratamientos conservadores como: supositorios uretrales, instilaciones de nitrato de plata o soluciones antisépticas y muchos otros. Todos ellos presentaban un alto porcentaje de fracasos y recidivas.

**Tratamiento quirúrgico:** el de elección es la extirpación del divertículo por vía vaginal, cuya técnica describiremos más adelante. Ocasionalmente se podrá echar mano de otras técnicas que enumeraremos brevemente:

- a) En caso de divertículos abscedados, puede efectuarse su incisión o drenaje por vía vaginal, como tiempo previo a su extirpación. Así procedimos con buen resultado en una de nuestras pacientes.
- b) Extirpación por vía uretral: Edwards (citado por Yousseff) propone la incisión longitudinal de los 2/3 externos de la uretra a fin de localizar con exactitud el orificio diverticular. La opinión general es de que esta maniobra no es necesaria, y que puede acarrear inconvenientes.
- c) En algunos casos de divertículos pequeños con orificio estrecho, puede ser suficiente la simple incisión del mismo con el cuchillo de Collin a través del panendoscopio, o con el asa del resectoscopio. Esta técnica fue utilizada con éxito en uno de nuestros casos.
- d) Excepcionalmente podrá realizarse la inversión del saco diverticular hacia la luz de la uretra, extirpando luego el fondo con el resectoscopio. Este método tiene sus riesgos, pudiendo producir fístulas, incontinencia o estrechez de la uretra.
- e) Arcadi presentó, en 1961, un caso de divertículo del 1/3 interno de la uretra extirpado por vía retropúbica, a través de una incisión en la pared anterior de la uretra. Esta técnica puede ser ventajosa en casos situados entre el esfínter externo y el cuello vesical, en que la vía vaginal puede acarrear incontinencia. También puede ser de utilidad para los divertículos situados en la pared anterior de la uretra.
- f) Diverticulectomía por vía vaginal: debe ser la técnica de elección, salvo indicación especial.

Describimos brevemente las diferentes etapas de esta operación: cateterismo previo de la uretra a fin de facilitar su localización y la del cuello vesical durante la operación. Incisión de la mucosa vaginal en la línea media. Disección lateral de los colgajos para exponer la fascia uretrovaginal. Disección del divertículo hasta llegar al cuello del mismo. Es preferible evitar su abertura, aunque en algunos divertículos voluminosos puede ser conveniente la abertura precoz para mejor exposición.

Una vez extirpado el divertículo, cierre de la brecha uretral con catgut crómico en varios planos, siendo aconsejable que el último sea en bolsa de tabaco. Por último, sutura de la mucosa vaginal. En caso de ser necesaria la extirpación de mucosa vaginal redundante, Hunner aconseja hacerlo de uno solo de los labios de la incisión, para que de ese modo la sutura vaginal quede desplazada lateralmente con respecto a la sutura uretral, dificultando la formación de fístulas.

La sonda uretral se dejará por 5 a 7 días, pudiendo la paciente obtener el alta a los 10-15 días. Los resultados de esta operación son alentadores en la gran mayoría de los casos, con cura definitiva, sin embargo pueden presentarse algunas complicaciones: recidiva (en 8 por ciento de los casos según Davis y Te Linde), fístulas uretroaginales, estrecheces uretrales, y la más seria, incontinencia de orina por lesión del esfínter externo.

**Material y métodos:** presentamos aquí (ver tabla) diez casos que hemos tenido oportunidad

de ver y tratar entre noviembre de 1948 y febrero de 1973, y en los cuales el diagnóstico fue comprobado a través de la endoscopia, radiología y cirugía.

1) **Edad:** osciló entre 28 y 78 años, no habiendo observado nunca divertículos en niñas, hecho que coincide con la opinión de diversos autores, por ser esta patología extremadamente rara en la infancia.

2) **Factores etiológicos:** Existen algunos hechos dignos de destacar:

- a) Una de las pacientes (Caso número 1) había sufrido una infección gonocócica ocho años antes de la consulta, con desaparición temporaria de los síntomas después del tratamiento. El examen bacteriológico del contenido purulento del divertículo, efectuado al tiempo de su extirpación, reveló la existencia de diplococos de Neisser.
- b) Siete de las pacientes eran multíparas, refiriendo dos de ellas, partos traumáticos (fórceps, distocia). Otras dos presentaron al examen ginecológico ruptura perineal de 3º grado, con cisto y rectocele. Esto parecería significar que el trauma obstétrico desempeña un papel de relativa importancia en el desarrollo de los divertículos de uretra.
- c) Por último, nos parece interesante la coexistencia de un divertículo de uretra con una acentuada estenosis del meato uretral, observada en una de las pacientes (Caso número 3). El éxito del tratamiento, que se limitó a dilatación de la uretra y terapia antiinfecciosa, confirma en nuestra opinión, la relación directa existente entre ambas patologías.

3) **Síntomas:** los más frecuentes hallados fueron los de infección urinaria (80 por ciento de los casos), seguidos de hematuria, dolor perineal o suprapúbico, incontinencia de orina, dispareunia, sensación de cuerpo extraño en la vagina y otros.

4) **Examen uro-ginecológico:** fue sugestivo en el 60 por ciento de los casos, llevando inclusive en uno de ellos (Caso número 5) al tratamiento quirúrgico sin comprobación endoscópica o radiológica. En el resto de los casos no aportó datos significativos.

5) **Endoscopia:** se efectuó examen panendoscópico en nueve de las pacientes, (en un caso la enferma no autorizó el examen). El mismo fue demostrativo en siete de los casos, mientras que en los dos restantes fracasó en demostrar la presencia de orificios diverticulares. En tres de los casos se realizó diverticulografía por medio de la inserción de un catéter ureteral en el divertículo.

6) **Uretrografía:** fue practicada en nueve casos (en uno no se consideró necesaria). Se obtuvieron resultados positivos en todos ellos. Esto nos parece suficientemente elocuente para justificar su realización ante la menor sospecha de existencia de un divertículo uretral.

7) **Tratamiento:** fue médico e instrumental en un caso (ya comentado) y quirúrgico en los nueve restantes.

Este último consistió en:

Diverticulectomía por vía vaginal . . . . .	7 casos
RTU de la boca diverticular . . . . .	1 caso
Drenaje de absceso, seguido de diverticulectomía por vía vaginal . . . . .	1 caso

Una de estas pacientes era portadora de una doble litiasis, intravesical e intradiverticular. Se efectuó en la misma sesión, litotricia del cálculo vesical y diverticulectomía (conteniendo el cálculo) por vía vaginal.

8) **Complicaciones:** se presentaron en un 40 por ciento de los casos, consistiendo en fístula uretrovaginal en tres casos (dos de los cuales requirieron corrección quirúrgica) y una leve incontinencia de esfuerzo que cedió espontáneamente, en el caso restante.

9) **Resultados:** a fin de calificar los resultados obtenidos, los dividiremos en tres tipos:

- a) Bueno: curación
- b) Regular: persistencia de síntomas o aparición de complicaciones resueltas con tratamiento conservador.
- c) Malo: recidiva; complicaciones que requirieron tratamiento quirúrgico.

Siguiendo este criterio, podemos apreciar que los resultados fueron:

Buenos en . . . . .	6 casos . . . . .	(60%)
Regulares en . . . . .	2 casos . . . . .	(20%)
Malos en . . . . .	2 casos . . . . .	(20%) *

\* Uno de ellos había sido operado en otro servicio.

**CONCLUSIONES:** "Hay pruebas convincentes de que esta lesión es una de esas condiciones que son halladas en proporción directa a la aidez con que son procuradas" (Moore). Teniendo en cuenta estas palabras es que queremos insistir sobre la necesidad de agotar los medios diagnósticos ante la menor posibilidad de existencia de esta patología. Es así que todos los casos de cistitis o uretritis crónicas o recidivantes deberán ser estudiados a fondo, valiéndose para ello del tacto vaginal con expresión digital de la uretra (maniobra esta de inestimable valor), de la cistouretroscopía con panendoscopia y de la uretrografía, que en la gran mayoría de los casos nos permitirán arribar a un diagnóstico certero.

El tratamiento de elección será la diverticulectomía por vía vaginal, dejando los otros métodos para situaciones especiales.

\*\*\*\*\*

CASOS ILUSTRATIVOS

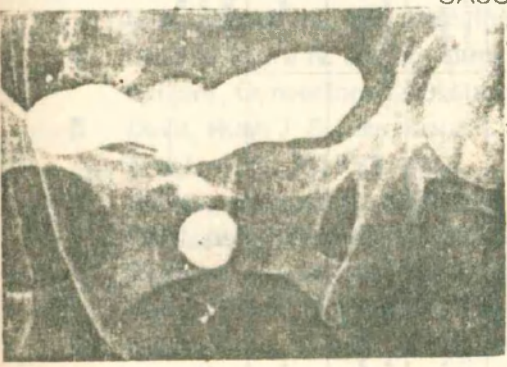


Fig. 1: ficha 6283. Uretrocistografía por relleno. Gran divertículo de uretra.



Fig. 2: ficha 17532: radiografía con sonda enrollada en el divertículo después de cate-  
terismo con panendoscopia e inyección de  
contraste por la sonda.



Fig.3: ficha 17532. Cistografía con la sonda  
enrollada en el divertículo.



Fig. 4: Uretrocistografía por relleno: 2  
divertículos en la uretra.

TABLA 1

CASO N°	Principales síntomas	Examen físico	Panendoscopia	Uretrografía	Tratamiento	Complicaciones	Resultados
1 (H.C. 170) 23 a.	Ardor micc. Escorrimento vaginal post-coito. Hemorragia hace 8 a.	Negativo	+ Diverticulografía con catet.	+	Diverticulectomía por vía vaginal	(-)	Bueno
2 (H.C. 5283) 32 a.	Dolor en genit. ext. Poliuria	Expresión uretral: salida de secreción purulenta.	+	+	Diverticulectomía por vía vaginal.	(-)	Bueno
3 (H.C. 14018) 28 a.	Cistitis recurrente. Hematuria. Dolor hipogástrico.	Estenosis del meato uretral	+	+	Médico. Dilatación meato uretral.	(-)	Bueno
4 (H.C. 16963) 74 a.	Cistitis recurrente. Incontinencia de esfuerzo	Cistocele III°. Abundante flujo vaginal. Tacto doloroso. Masa dura a la altura del cuello vesical.	+ Litiasis intradivertic. Diverticulograf. Litiasis vesic.	+	Diverticulectomía por vía vaginal. Litotricia.	(-)	Bueno
5 (H.C. 17532) 55 a.	Cistitis. Hematuria. Escalofríos. Dolor hipogástrico.	Cistocele. Masa en pared anterior vaginal. Expresión uretral: salida de pus.	(-)	No se realizó	Diverticulectomía por vía vaginal	Ligera incont. de esfuerzo Cedió espontáneamente.	Regular
6 (H.C. 17535) 31 a.	Dolor al orinar. Sensación de cuerpo extraño en vagina. Dispareunia.	Masa en pared ant. vaginal. Expresión uretral: salida de líquido urinoso	No permitida por la paciente.	+	Diverticulectomía por vía vaginal.	(-)	Bueno
7 (H.C. 16669) 32 a.	Incontinencia de orina Dispareunia.	Abundante flujo vaginal.	+	+	Diverticulectomía por vía vaginal.	Fístula uretrovaginal.	Malo
8 (H.C. 19629) 35 a.	Cistitis recurrente intensa disuria inicial. Dolor hipogástrico.	Dilatación quística en pared ant. de vagina.	+ Diverticulografía.	+	Diverticulectomía por vía vaginal en otro servicio.	Fístula uretrovaginal	Malo
9 (H.C. 23499) 40 a.	Cistitis recurrente. Hematuria. Flujo vaginal. Dispareunia.	Cervicitis.	+	+	RTU del orificio diverticular.	(-)	Bueno
10 (H.C. 25281)	Dolor y puntadas en vagina. Cistitis. Incontinencia de esfuerzo.	Masa en pared ant. de vagina. Expresión uretral: salida de pus	(-)	+	1. Incisión y drenaje de absceso periuretral. 2. Diverticulectomía por vía vaginal.	Fístula uretrovaginal que cerró espontáneamente.	Regular.

## S U M M A R Y

The authors present 10 cases of female urethral diverticulum, stressing the need of searching this condition in every female complaining of recurrent cystitis or cronic urethritis. The digital expression of the urethra, the panendoscopy and the urethrography disclose the majority of the cases.

The trans-vaginal diverticulectomy is the treatment of choice the other methods being reserved to some special cases.

\*\*\*\*\*

## BIBLIOGRAFIA

- 1 Arcadi, John. Retropubic excision of a urethral diverticulum in a female patient: a new operative procedura. *The J. of U.*: 85; 593; 1961.
- 2 Campbell & Harrison. *Urology*, W.B. Saunders Company, 3rd. Edition, 1970, pag. 1963, 1966.
- 3 Carneiro Neto, J. Sayáo Rogerio: Carcinoma e Cálculos Múltiplos em Divertículo de Uretra Femenina, *Rev. Paul. Med.*: 81; 279-282; 1973.
- 4 Cook, Edward N. Diverticulum of the female urethra: Problems on diagnosis and treatment. *Surgery, Gynecology & Obstetrics*: 99; 273; 1954.
- 5 Davis, Hugh J. & Cian, Louis C.. Positive Pressure Urethrography: a new diagnostic method *The J. of U.*: 75; 753; 1952.
- 6 Everett, Houston S.. *Gynecological & Obstetrical Urology*. The Williams & Wilkins Comp., 1944, pags. 105-109.
- 7 Puigvert, A. y A. Cols. Divertículo de la uretra femenina. *Archivos Españoles de Urología*. Tomo XIII Nº 3, Madrid, Julio de 1957.
- 8 Rocha Brito, Roberto. Divertículo da uretra femenina. *Boletim da Soc. de Medicina e Cirurgia de Campinas*, 7; 97; 1949.
- 9 Spraitz, Anton & Welch, J. Diverticulum of the female urethra. *Am. J. of Obstetrics & Gyn.*: 91; 1063; 1965.
- 10 Wharton, Lawrence R. & Kearns, Walter. Diverticulum of the female urethral. *The J. of U.* 63; 1063; 1950.
- 11 Yousseff, Abdel Fatah. *Gynecological Urology*, Charles S. Thomas, Publisher, 1960, pags. 492-502.

\*\*\*\*\*