

Trabajos originales

Original articles

## DIVERTÍCULO DE LA URETRA FEMENINA. Experiencia sobre 3 casos

## FEMALE URETHRA DIVERTICULUM. Experience with 3 cases

Dres. Atchabahian, P.\*; Lioy Lupis, M.; Solano, F.; Quintana, R.

**RESUMEN:** Se realiza una revisión de los datos clínicos, radiológicos y ecográficos observados en 3 casos de divertículos de la uretra femenina.

Se practicó cistouretrografía miccional a todas las pacientes, ecografía por vía vaginal y suprapúbica.

Se discuten los resultados del estudio, así como el diagnóstico diferencial con otras masas de la misma localización.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 61, Nº 3, Pág. 95 1996)

**Palabras clave:** Uretra; Divertículo; Diagnóstico.

**SUMMARY:** Review of clinical, radiological and echographical data, observed in 3 cases of diverticula of urethra in women.

Mictional cystourethrography, suprapubic and endovaginal echography were performed to all patients.

The results from the study are discussed, also the differential diagnosis with other masses in the same location.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 61, Nº 3, Pág. 95, 1996)

**Key words:** Urethra; Diverticulum; Diagnostic.

### INTRODUCCIÓN

La frecuencia de aparición de divertículos de uretra en la mujer es de 1,8 a 4%, y la edad promedio de presentación es generalmente a los 40 años; después comienza a ser menos frecuente.

Pueden a su vez ser congénitos o adquiridos.

Los que avalan la teoría congénita afirman que se originarían de restos embrionarios, tales como el con-

ducto de Gaertner, abertura anormal en la uretra de un quiste vaginal o en restos de los conductos de Wolff<sup>(9)</sup>.

La existencia de divertículos uretrales en neonatas o niñas ha dado pie a suponer que estas lesiones sean remanentes de ureteroceles ectópicos<sup>(9,10)</sup>.

Con respecto a los adquiridos, que constituyen la mayor parte, dependen fundamentalmente de factores infecciosos de las glándulas parauretrales, la cirugía uretral previa, la instrumentación uretral y el parto vaginal traumático.

### Contenido diverticular

La estasis y la infección crónica dentro del divertículo serán las responsables de que en la mayor parte de los especímenes histológicos se demuestre, en el revesti-

\* Médico Residente de Urología del Hospital Cosme Argerich  
Avda. Almirante Brown 240 - (1155) Buenos Aires - Argentina  
Tel. 362-0420 - 362-6136

Aceptado para su publicación en marzo de 1996

miento diverticular, la presencia de metaplasia escamosa con inflamación crónica. Estos mismos factores pueden ser los responsables de la formación de cálculos y posiblemente del riesgo de carcinogénesis.

#### Contenido líquido

Ofrece una gama de características, desde la orina clara, ambarina (muy difícil, aunque no imposible) hasta llegar a la existencia de un pus denso en cuya bacteriología no puede faltar la *Escherichia coli* y los grampositivos. En algunos casos se ha observado hematuria<sup>(11)</sup>.

#### Cálculos

Su existencia puede tener 2 orígenes: la formación *in situ* favorecida por el estancamiento, o bien el anidamiento de un cálculo procedente de las vías superiores, seguido de un posterior aumento de volumen.

#### Tumores

Los divertículos uretrales pueden también complicarse con tumores malignos o benignos.

Los tumores malignos, al igual que los de la uretra, pueden ser epiteliales o glandulares. Los primeros serán carcinomas de células transicionales escamosos o estratificados, según el grado de la lesión<sup>(12)</sup>; los segundos, adenocarcinomas.

También se han descrito endometriosis y adenoma nefrogénico.

---

## MATERIAL Y MÉTODOS

---

### Caso Nº 1

Paciente de 37 años que ingresa a la sala por infecciones urinarias a repetición, prolapso genital y nicturia. Al tacto vaginal se verifica formación redondeada compatible con un divertículo o quiste de uretra.

Se lo estudia por medio de una ecografía transvaginal que evidencia un divertículo parauretral de 18 x 27 mm.

La uretrocistografía miccional marca una pérdida del ángulo vesicouretral y la formación del divertículo uretral (Foto 1).

En la cistoscopia no puede observarse el orificio diverticular.

Se realiza la cirugía, donde se accede a partir de una incisión sobre la pared anterior de la vagina, se disecciona hasta llegar al cuello del divertículo. Una vez liberados los tejidos y el cuello del divertículo, se procede a resecarlo.

### Caso Nº 2

Paciente femenina de 43 años que consulta por un cuadro de 2 años de evolución con disuria, sensación de cuerpo extraño, dispareunia, goteo postmicción y con pérdida de orina a partir de la maniobra de Valsalva.

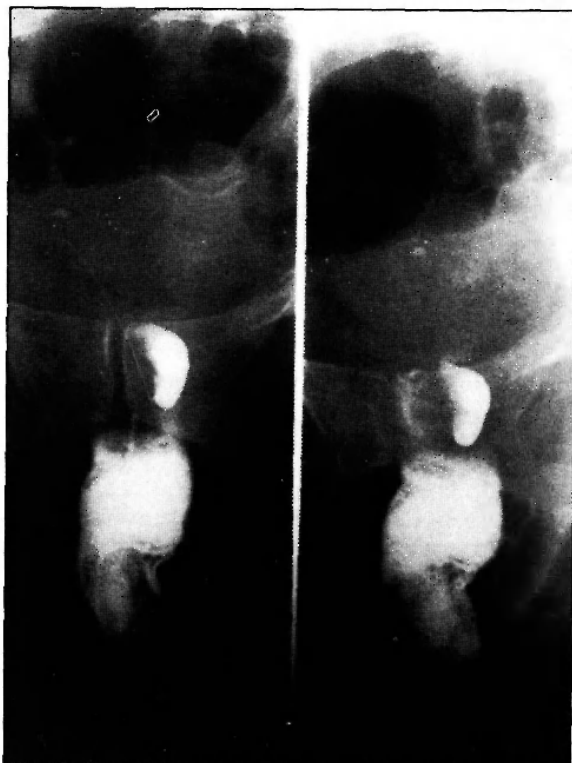


Foto 1

Al tacto vaginal se constata una formación tipo quística o diverticular.

En la cistouretrografía miccional se ve un divertículo con formación sacular libre.

En la ecografía abdominopélvica no se observa el divertículo, pero en la transvaginal se nota un proceso diverticular de 22 a 26 mm.

Se decide la cirugía, accediendo por idéntica vía de abordaje que en el caso anterior, se reseca hasta llegar al cuello del divertículo, el cual se libera. Se puede observar el divertículo uretral y su comunicación con la uretra.

El anillo diverticular se sutura con vycril cuatro 0 y se cierra la pared vaginal anterior con catgut crómico 1.

### Caso Nº 3

Paciente femenina de 44 años que ingresa manifestando síntomas de 4 años de evolución: con prurito, dispareunia y dolor vaginal.

En la exploración física se palpa una tumoración en la pared vaginal anterior.

Por esta razón se estudia a partir de una ecografía transvaginal donde no se observan dilataciones en la región uretral.

La cistoscopia tampoco localiza un divertículo en la uretra.

La uretrografía muestra la dilatación sacular.

Se realiza la cirugía donde se reseca la pared anterior de la vagina y se labra un plano entre la pared de la vagina y la pared del divertículo. Se llega al cuello del divertículo y se sutura con vycril cuatro 0; en todos los casos se deja sonda vesical.

---

## DISCUSIÓN

---

El divertículo de uretra puede ser causante de cistitis recurrentes, uretritis, dolor, disuria, polaquiuria, dispareunia, incontinencia y vaciado incompleto de orina<sup>(1, 3)</sup>.

Un estudio<sup>(2)</sup> encontró, en orden de frecuencia, los siguientes síntomas:

- irritación postmiccional: 67%;
- hematuria: 49%;
- masa palpable uretral;
- retención urinaria.

Generalmente el divertículo se halla con facilidad, palpando una masa o tumoración vaginal, a veces localizada en la pared vaginal anterior<sup>(2)</sup>.

Si la masa es comprimida por el dedo examinador el contenido puede ser evacuado a través del orificio uretral con contenido de pus y orina.

---

## DIAGNÓSTICO

---

La urografía convencional no contribuye generalmente al diagnóstico. Sin embargo, puede descartar la presencia de un ureterocele ectópico como causa de la masa vaginal.

Los divertículos localizados en el tercio proximal de la uretra determinan, si son voluminosos, una elevación de la base vesical en el cistograma que semeja una imprecisa pseudoprostática.

La cistouretrografía miccional y la uretrografía con doble balón constituyen los métodos óptimos para la detección de divertículos uretrales en la mujer y son extremadamente útiles para determinar su localización, número y tamaño.

Se sostiene que la uretrografía con doble balón está indicada solamente en aquellos casos en que la formación diverticular no haya podido ser evidenciada por cistouretrografía miccional, y en aquellos otros en que exista una opacificación insuficiente que no permita valorarla adecuadamente.

Ecografía: la primera descripción ecográfica de un divertículo uretral femenino fue realizada por *Lee y Keller* en 1977.

La mayoría de los autores opinan que la ecografía debería realizarse siempre después del estudio radiológico

contrastado, con el objeto de conseguir una mejor definición del divertículo antes de la cirugía<sup>(4, 5, 6)</sup>.

La uretroscopia: en ocasiones puede ayudar a localizar el orificio del divertículo; sin embargo, el edema inflamatorio o la obstrucción del cuello diverticular evitan esta visualización<sup>(7, 8)</sup>.

---

## Diagnóstico diferencial

---

Debe establecerse con cualquier masa que pueda asentarse en el área uretro-vaginal, especialmente con los quistes del conducto de Gaertner, que si bien son sonográficamente similares al divertículo, están situados más lateral y medialmente respecto de la uretra y no comunican con su luz.

Otras masas quísticas, como el absceso de la glándula de Skene y los quistes de inclusión, o sólidas como el leiomioma de la uretra, pueden originar dudas en el diagnóstico.

---

## TRATAMIENTO

---

El tratamiento quirúrgico estándar de los divertículos localizados en el suelo uretral es la exéresis por vía vaginal. La vía parauretral descripta por *Díaz Yanguas*<sup>(13)</sup> y la retropúbica por *Arcadi*<sup>(14)</sup>, son vías alternativas con indicaciones muy concretas.

La marsupialización transvaginal propuesta por *Spence y Duckett*<sup>(15)</sup> y el destechamiento endoscópico popularizado por *Lapides*<sup>(16)</sup> representan otra posibilidad quirúrgica.

Más recientemente, *Miskowiak y Honnens de Lichtenberg*<sup>(17)</sup> abogan por la práctica de una diverticulotomía transuretral directa a cielo abierto con el objeto de crear una amplia boca diverticular que permita un amplio drenaje.

En nuestra experiencia, todos los casos fueron resueltos quirúrgicamente con una incisión transvaginal; se disecan los tejidos hasta localizar el cuello del divertículo y una vez liberado el cuello se procede a cerrarlo con un punto por transfixión con un hilo reabsorbible cuatro 0. En un solo caso pudo observarse la comunicación del divertículo con la uretra.

El rol de la evaluación urodinámica del tracto urinario inferior antes de la diverticulectomía y su importancia frente a la elección de la técnica quirúrgica más apropiada, han sido puestos en evidencia por *Leach y Bavendam*<sup>(18)</sup>.

Estos autores asocian a la diverticulectomía una suspensión transvaginal del cuello vesical, cuando sus pacientes presentan una incontinencia urinaria de esfuerzo, un pobre soporte uretral o en aquellos casos en que los divertículos son de gran tamaño y están situados próximamente, lo que obliga a realizar una disección amplia que puede comprometer la continencia.

---

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Miskowiak, J. y col.: Transurethral incision of urethral diverticulum in the female. *Scand J. Nephrol.*, 23:235-237, 1989.
2. Natarajan Rayan y col.: Carcinoma in female urethral diverticulum, case report and review of management. *Journal of Urology*, vol. 150, 1911-1914, diciembre 1993.
3. Olle Matensson y col.: Translabial ultrasonography with pulsed colour doppler in the diagnostic of female urethral diverticula. *Scand. J. Urol. Nephrol.*, 28:101-104, 1994.
4. Perlmutter, S. y col.: Sonographi demonstration of calculi within a urethral diverticulum. *Urology*, 42 (6):735-737, diciembre 1993.
5. Kohorn, E. I. y col.: Technical aids in investigation and management of urethral diverticula in the female. *Urology*, 40 (4):322-325, octubre 1992.
6. Baert, L. y col.: Endovaginal sonography: new diagnostic approach for urethral diverticula. *J. Urol.*, 147 (2):464-466, febrero 1992.
7. Bass, J. S.: Surgical treatment of concomitant urethral diverticulum and stress incontinence. *Urol. Clin. North Amer.*, 18 (2):365-373, mayo 1991.
8. Orikasa, S. y col.: Congenital urethral and visual diverticula allied to blind ending ureters. *Urology*, 35 (2):137-141, 1990.
9. Rocchi, A.: "Divertículo de uretra en una niña recién nacida". *Rev. Arg. de Urología*, 24:723-724, 1955.
10. Marshall, S.: "Urethral diverticula in young girls". *Urology*, 17:243-245, 1981.
11. Berry, H.: "Divertículos de la uretra femenina". Consideraciones sobre 10 casos. *Rev. Arg. Urología*, 44: 74-75, 1974.
12. Jiménez, J.; Martínez Piñeiro, J. A. y col.: "El carcinoma intradiverticular de uretra en la mujer". *Arch. Esp. de Urol.*, 42:931-935, 1989.
13. Díez Yenguas, J.: "Divertículos de uretra femenina". Diverticulectomía parauretral inferior. *Arch. Esp. de Urol.*, 7:295-311, 1951.
14. Arcadi, J. A.: "Retropubic excision of a urethral diverticulum in a female patient: a new operative procedure". *J. Urol.*, 85:593-595, 1961.
15. Spence, H. y Duckett, J.: "Diverticula of female urethra". *J. Urol.*, 104:432-437, 1970.
16. Lapidés, J.: "Transurethral treatment of urethral diverticula". *Urology*, 121:736-738, 1979.
17. Miskowiak, J. y Honnens de Lichtemberg, M.: Transurethral incisions of urethral diverticulum in the female urethra. *Scand J. Urol. Nephrol.*, 23:235-237, 1989.
18. Leach, G. E. y Bavendam, T. G.: "Female urethral diverticula". *Urology*, 5:407-415, 1987.

---

## COMENTARIO EDITORIAL

---

Hasta hace poco más de 8 lustros, los divertículos de la uretra femenina eran poco citados en la literatura médica, ya que se tenía la creencia de que el padecimiento era extraordinariamente raro.

Lo anterior no quiere decir que los divertículos sean ahora más frecuentes que antes, sino que las enfermas han sido mejor estudiadas y sometidas a una cuidadosa exploración uroginecológica.

Parece ser que la primera cita de los divertículos uretrales femeninos corresponde a *Sir Charles Mayfield Clarke* en 1786.

Pero las comunicaciones destacables aparecen en el siglo XIX: las de *Hey* en 1814, la de *Foucher* en 1857 y la de *Lowson Tait* en 1890, quien además aporta su técnica quirúrgica para solucionar esta afección.

Desde aquí y hasta 1950, los casos apenas llegaban al centenar, hecho que contrasta con la revisión de la literatura en los últimos 40 años.

En nuestro país, *Di Paola y Murray*, en un trabajo muy completo relatado en la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Buenos Aires, refieren 9 casos. *Ercole* en 1950 comunica 4 casos y en 1974, *H. Berri* presenta 10 casos.

El trabajo de los autores resulta interesante por cuanto actualiza, en forma correcta y ordenada, los conocimientos clínicos sobre esta patología, haciendo hincapié en los métodos de diagnóstico y tratamiento.

La presente comunicación me permite acompañar a este Comentario, la imagen de un caso de *polilitiasis* en un divertículo uretral femenino, que publicó el *Dr. Luis Cifuentes Delatte* en la Revista: *Actas Urológicas Españolas*, y del cual también hace referencia en su libro: "*Cistitis y cistopatías*".



Foto 1: Uretrocistografía. Llenado parcial de la bolsa diverticular con polilitiasis.

---

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Di Paola y Murray, S.: "Divertículos de la uretra femenina". Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Buenos Aires, 1955.
2. Ercole, R.: "Divertículos de la uretra femenina. A propósito de 4 observaciones personales". *Arch. Esp. de Urol.*, Vol. 1:297-312, 1945.
3. Berri, H.: "Divertículos de la uretra femenina. Consideraciones sobre 10 casos". *Rev. Arg. de Urol.*, Vol. 44:74-75, 1979.
4. Solís, W. A.: "Divertículos de la uretra femenina". *Actas Urol. Españolas*, Vol. 1:51-56, 1977.
5. Cifuentes Delatte, L.: "Cistitis y cistopatías" (Segunda Edición) págs. 151-153. Bok S.A. Ediciones, Madrid, España, 1989.

---

*Prof. Dr. Walter Abelardo Solís*  
Cátedra de Clínica Génito-Urinaría  
Facultad de Medicina UNNE  
25 de Mayo 727, 3º "I" - (3400) Corrientes - Argentina  
Tel. (078) 322967

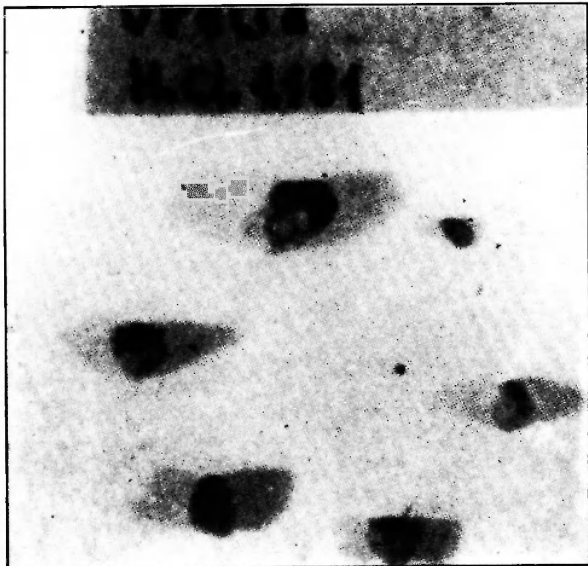


Foto 2: Seis cálculos extraídos del divertículo uretral de la paciente de Foto 1.