

Servicio de Urología del Hosp. Alvear
Profesor Dr. JUAN SALLERAS

Por el Doctor
EVARISTO B. BOTTINI (h)

LITIASIS DIVERTICULAR DE URETRA EN LA MUJER

MOTIVA esta comunicación el hecho de haber observado un caso de litiasis de uretra en una mujer, cuya Historia Clínica 7583 C. E., da los siguientes datos:

HISTORIA CLINICA:

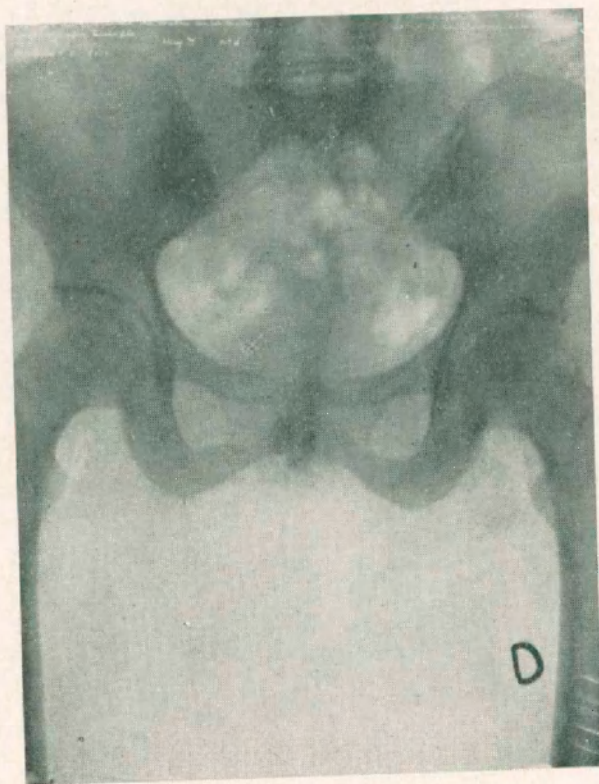
E. B. D., de 57 años de edad, argentina.

Antecedentes hereditarios. — Padres muertos: el padre de un ataque cardíaco, la madre de una hidropesía: eran 7 hermanos de los que viven 5, uno falleció de un ataque cardíaco y el otro de una peritonitis: los demás viven y son sanos; ignora abortos maternos.

Antecedentes personales. — No recuerda enfermedades de la infancia, reumatismo poliarticular a los 15 años, reglas de caracteres normales. Casó a los 18 años con esposo sano, tuvo 11 hijos de los que viven 6, 5 fallecieron de enfermedades de la infancia, el otro de tuberculosis a los 20 años.

Enfermedad actual. — Sus molestias urinarias se remontan a 22 años atrás, en que comienza con ardores a la micción, polaquiuria diurna y nocturna (al comienzo cada 30 minutos) luego se van acortando los espacios, hasta llegar a 10 minutos, más intensa de día, exacerbándose con la marcha, estación de pie y el trabajo. En estas condiciones estuvo dos años, sin consultar médico, al cabo de los cuales se exacerban sus molestias apareciendo unas gotas de sangre al final de la micción. Consulta a un médico quien le indica una operación por un colpocele (uretrocele?), haciéndolo así en el año 1916. Pese a esta intervención, los fenómenos dolorosos y urinarios persisten, por lo cual es nuevamente intervenida a los tres meses (dice la enferma que posteriormente a esta segunda intervención estuvo bien durante 15 días) pero luego se instalan nuevamente sus molestias con igual intensidad. Sus orinas se hacen turbias y se la somete a tratamiento de tópicos vesicales: nitrato de plata, gomenol, protargol, con lo cual consigue aclarar sus orinas, pero sin amenguar sus trastornos a la micción. En estas condiciones estuvo la enferma durante 10 años. En tres oportunidades retención de orina, debiendo ser sondada. En los últimos años aparte de sus molestias urina-

rias la enferma dice que no puede sentarse ni apretar sus piernas por el dolor que le provoca, llegando hasta caminar con los miembros inferiores separados. El coito se hace imposible, por el gran dolor que despierta. La enferma nota una tumoración en su vagina que al comprimirla deja percibir el roce de cuerpos extraños. En estas condiciones se presenta al Servicio de la Sala VI^a del Hospital Alvear, en donde se constata el siguiente estado actual.

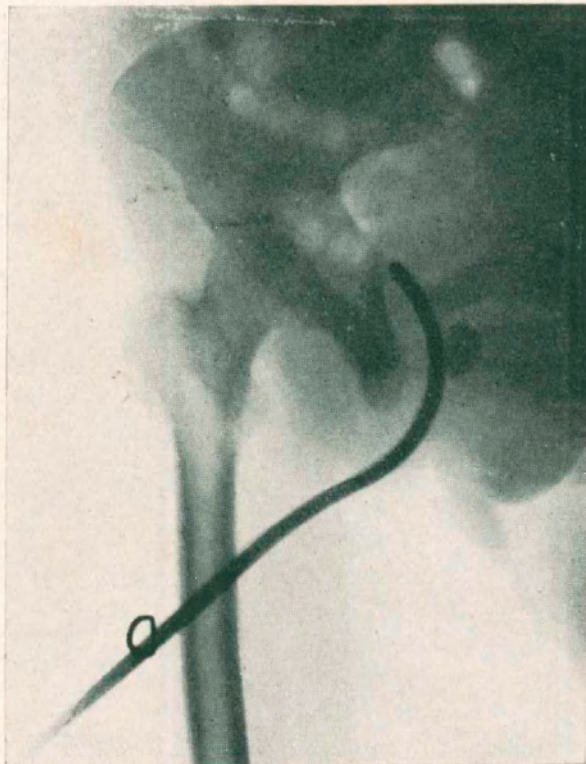


Radiografía simple: muestra dos sombras calculosas detrás del pubis.

Estado actual. — Regular estado de nutrición. 59½ kilogramos de peso, buen apetito, constipada crónica.

Examen físico. — Riñones no se palpan, no hay puntos dolorosos renales ni ureterales. Puño-percusión negativa de ambos lados. Por encima del meato uretral se constata una tumoración del tamaño de una nuez grande, en íntima relación con la uretra, que parecía aumentar de volumen con los esfuerzos abdominales. Esta tumoración comenzaba a un centímetro por encima del orificio

uretral; el tacto despertaba dolor exquisito y tomando entre varios dedos percibíase el frote de dos cuerpos extraños; la uretra de una longitud de 4 cm. tomada por el explorador a bola de Guyón. al retirar el cual no se percibía la sensación de cuerpo extraño; la *uretroscopia* no denotaba orificio de entrada al divertículo; la *cistoscopia* reveló una mucosa vesical de aspecto normal, con un cuello deformado. dando la impresión de un lóbulo adenomatoso medio, por



Radiografía simple en posición lateral. con introducción de un beniqué en la uretra. Muestra la adyacencia de los cálculos con respecto al canal uretral.

estar levantada la parte inferior; la *radiografía* simple muestra por debajo y por detrás del pubis la sombra de dos cálculos ligeramente superpuestos del tamaño de almendras. La radiografía N° 2, tomada con la introducción de un beniqué en la uretra demuestra que los cálculos se hallan adyacentes al canal uretral. La radiografía N° 3 (cistorradiografía) nos ofrece una vejiga de buena capacidad, de forma normal e inmediatamente por debajo aparecen los cálculos, completamente independiente de la vejiga.

Operación. — Doctores Vilar y Bottini. Anestesia local. Incisión longitudinal media sobre la tumoración. Extracción de dos cálculos del tamaño de almendras de 28 mm. de largo por 22 mm. de ancho. Sutura de la pared vaginal. Se deja sonda permanente, que se retira a los 7 días. Cierre perfecto de la incisión quirúrgica. La enferma concurre al consultorio externo, practicándosele curas vesicales. Al mes sus molestias retroceden completamente.



Cistorradiografía: muestra la absoluta independencia de los cálculos con respecto a la vejiga, sacada en posición lateral.

Composición química. — Núcleo central constituido por ácido úrico en uno de ellos, el otro detritus orgánicos indeterminados, ambos recubiertos de sales fosfáticas.

COMENTARIO

Este capítulo de la urología no sólo interesa a los urólogos sino también a los ginecólogos, por cuanto se trata de un proceso uretral que se manifiesta en forma de una tumoración que aparece en la vagina. Historiando las comunicaciones de los casos referentes a este proceso, es recién en el año 1821, cuando Mozzario publica

una observación de litiasis uretral femenina formado alrededor de un cuerpo extraño (aguja). Más tarde Bourdillat en su tesis hace un estudio detallado, pero es recién en el año 1896 cuando Pasteau presenta en la Sociedad Francesa de Urología un estudio completo refiriendo todos los casos presentados hasta esa fecha, que sumaban 13, mas una observación personal. Entre nosotros existen 2 observaciones publicadas de los Dres. Iraeta y Caballero, mas una observación de la Dra. Gaudino, comunicada en la Sociedad de Ginecología, como un aporte al trabajo del Dr. Iraeta. Campbell Beg publica un caso de litiasis diverticular de uretra en una niña de 5 años en "The Urological and Cutan Review", del año 1934. En total con el caso que acabo de relatar suman 19.

ETIOLOGÍA

Los cálculos uretrales en la mujer son raros debido principalmente a las condiciones anatómicas de la uretra, pues se trata de un conducto cilindroide que extendiéndose desde el cuello vesical hasta el meato presenta una uniformidad en su calibre, siendo su única porción más estrechada el meato, además de su brevedad y gran dilatabilidad: por otra parte la uretra de la mujer es menos afectada de procesos inflamatorios que la del hombre, y de ahí la menor probabilidad de formación de estrecheces.

Los cálculos provienen de varios orígenes:

1º *Cálculos* provenientes de vías superiores: cólicos nefríticos que terminan con la expulsión del cálculo, este al paso por la uretra puede detenerse en la misma, merced a la preexistencia de un divertículo que lo aloje, a un uretrocele, al engastamiento en la pared uretral por aristas cortantes del cálculo. Si no existieran estas anomalías, la forma en que puede detenerse en la uretra es que el cálculo por su tamaño no pueda franquear el meato, rechaza la pared inferior de la uretra y se fabrica un bolsillo sub-uretral según la expresión de Quenú y aparece como una tumoración en la vagina, que siempre se sitúa en la línea media, inmediatamente por encima del meato, cuanto más, distante 2 cm.

Ahora bien, considerando las relaciones anatómicas que tiene la uretra con respecto a los órganos intra-pelvianos y en particular con la vagina, nos explicamos la fácil depresibilidad de esta porción de la uretra. En efecto, ésta se halla rodeada por el esfínter estriado a manera de un manguito, a excepción de la parte en que

se adosa a la vagina, pues este músculo no envuelve nada más que la cara anterior y laterales, prolongándose sobre la vagina, dejando así la porción más inferior y posterior de la uretra libre. Esta condición anatómica explica una menor resistencia de la parte inferior de la uretra, lo que hace que cuando exista un prolapso de la pared vaginal, la uretra se encuentre siempre arrastrada formando parte del colpocele. De igual modo cuando un cálculo eliminado por el riñón al pasar por la uretra, por el tamaño no franquea el meato, rechaza el tabique uretro-vaginal.

2º *Cálculos* que se forman en la uretra por precipitación de sales, especialmente, arenillas úricas, que eliminadas por el riñón se detienen en alguna laguna uretral, uretrocele o divertículo, constituyendo el núcleo de origen de un cálculo por la aposición de sales.

3º *Cálculos* realmente autóctonos, siendo necesaria la coexistencia de un divertículo pre-existente y la eliminación de sales por la orina, especialmente fosfáticas, las que agrupándose alrededor de sustancias orgánicas indeterminadas originan la formación del cálculo.

4º Y por fin los *cálculos* formados alrededor de cuerpos extraños como ser agujas, horquillas, etc., introducidas en la uretra con fines de masturbación y que enclavándose en la pared de la uretra a veces se rodean de sales, provocando la formación de cálculos alargados, que en el caso descrito por Schatz, terminó con la perforación del tabique uretro-vaginal.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Los cálculos migradores se localizan lo más frecuentemente detrás del meato formando una "loge" a expensas de la pared uretro-vaginal; en cambio los cálculos primitivos se encuentran en divertículos sub-uretrales, desarrollados en el tabique suburetral, el cual siempre se sitúa sobre la línea media, a un centímetro del meato. La comunicación del divertículo con la cavidad uretral puede ser amplia, siendo esta la situación de los cálculos que al ser eliminados producen una depresión de la uretra, pero muy poco marcada en el caso de un uretrocele verdadero o de un divertículo secundariamente vuelto calculoso.

PATOGENIA

El cálculo puede provenir del riñón o de la vejiga, y al ser eliminado por la uretra, detenerse en la misma por las circunstan-

cias antedichas; en el caso en que pre-exista el divertículo o el uretrocele, las sales se depositan por descomposición de la orina alrededor de un núcleo úrico o sino alrededor de sustancias orgánicas indeterminadas.

SEMIOLOGÍA

Los cálculos diverticulares de la uretra dan origen a una serie de fenómenos reflejos urinarios y dolorosos, consistentes en polaquuria, piuria, disuria y en ocasiones secreción uretral; por otra parte sensaciones de pesadez perineal, dolores vagos en la misma región, dificultad para el coito, dificultad en la marcha, de la posición sentado. El examen físico constata sobre la pared anterior de la vagina a uno o dos centímetros por encima del meato y siempre sobre la línea media, la existencia de una tumefacción más o menos voluminosa, de acuerdo al tamaño o número de los cálculos que aloje, dura, alargada, regular, bien limitada, exquisitamente dolorosa a la presión, dando en los casos de cálculos múltiples, sensación de crepitación por el roce de los mismos.

DIAGNÓSTICO

En general es fácil, pero se pueden confundir con los quistes vaginales, que tienen los caracteres siguientes: son redondeados, fluctuantes, elásticos, difícilmente siguen la línea media, no son dolorosos a la presión. Con los neoplasmas de la pared uretral, pero éstos son pequeños y limitados, sangran fácilmente y su consistencia es irregular, siendo el error posible cuando el tumor esté ulcerado o calcificado. También con el epiteloma, que es una tumefacción dura y dolorosa. Cuando el diagnóstico se presente dudoso, se debe recurrir a otros medios de exploración: el explorador uretral dá la sensación de cuerpo extraño cuando se halle alojado en la uretra o exista un divertículo con grande abertura: pero cuando el orificio es pequeño no se recoge ningún dato; únicamente con un instrumento metálico como aconseja Pasteau se puede llegar a sentir un pequeño frotamiento calculoso en un punto determinado. La radiografía simple muestra la existencia de sombras calculosas que se sitúan inmediatamente por detrás del pubis. Con respecto a si el cálculo es primitivo o secundario debe uno remontarse a los antecedentes, de si han habido cólicos renales o en el segundo caso a la pre-existencia de divertículos en la uretra como también los fenómenos infecciosos locales, la existencia de un derrame de pus por la uretra al comprimir el divertículo, la presen-

cia de orinas turbias, y el rechazo de restos fosfáticos en el momento de la micción. Cuando el cálculo es mixto, es decir que hay participación renal (eliminación de arenillas úricas) y precipitación de sales fosfáticas, el diagnóstico es sólo posible con el examen químico del cálculo.

PRONÓSTICO

En general es benigno; los cálculos pueden eliminarse espontáneamente o por perforación del tabique. Si la expulsión no se produce, pueden acaecer complicaciones inflamatorias tardías: el absceso, la infección ascendente, ulceración del tabique, fístula, hemorragias.

TRATAMIENTO

En general la vía más aceptada es la ablación por vagina, mediante una incisión directa sobre el divertículo. En los casos en que la comunicación del divertículo con la uretra sea amplia pueden sacarse directamente, previa dilatación. Algunos autores efectuaron la dilatación del meato urinario por maniobras digitales, efectuando la extracción por medio de pinzas.

BIBLIOGRAFIA

- JOSÉ M. CABALLERO: "Cálculo de la uretra en una mujer". *Semana Médica*, tomo XXII, pág. 561.
- CAMBELL BEG: *The Urol. and Cutan Review*; Vol. XXXVIII, N° 1, junio 1934.
- GENTILE: *Il Morg. Giornale*; 1879, tomo XXI, pág. 757.
- GIRAUD: "Notes sur un cas de calculs extra-uretraux chez la femme". *Gazette des Hôp.*, 1883.
- CHERON: *Archivos gen. de Med.*, 1888; 1. pág. 578, obs. XV.
- IRAETA: "Cálculos múltiples de la uretra femenina". *Rev. Asoc. Méd. Arg.*, tomo XXIII, pág. 1725.
- PASTEAU O.: "Les calculs diverticulaires de l'urethre chez la femme". *Revista Soc. Franc. Urol.*, año 1899.
- PIASESKI: *Sociedad de Med. de Galatz.*, 31 junio 1892, *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1892, 25 mayo, pág. 236.
- RADIAN STOENESCU ANASTASIA TEA: "Calculii uretrei la femme". Tesis N° ubic. 3484. Fichero F. de C. M.
- DUBOURG: "Cálculos uretrales en la mujer". *Journal Med. de Bourdeaux*, 16 julio 1893.
- SCHATZ: *Verh. in deutsch Gesell. für gyn.*, 1888.
- MAZZARIO: *Siebold's Journal*, tomo VIII, pág. 794.
- HOTTINGER: *Centralblatt für der Krankheit der harn und Sexual Org.*, tomo VI, H. 3, pág. 128.