

Servicio de Cirugía del Hospital "Dr. Marcelino Freyre"
a cargo del Prof. Adjunto Dr. Ricardo Ercole.

DIVERTICULOS DE LA URETRA FEMENINA A PROPOSITO DE 4 OBSERVACIONES PERSONALES

Por el Dr. RICARDO ERCOLE

Los divertículos uretrales en la mujer son de observación rara, si comparamos su frecuencia con el sexo masculino, hecho fácilmente explicable en el hombre, por las vinculaciones de la uretra con la prostata, asiento tan frecuente de procesos supurativos.

A pesar de que esta afección es de tiempo conocida, ya que la primera observación es del año 1857, relatada por Foucher, el número de casos publicados es reducido, pues hasta el año 1939 llegaban apenas al centenar, hecho que contrasta con algunas estadísticas individuales, como la de Walter de la Mayo Clinic de 19 casos en 10 años, la de Jhonson de 5 casos, la de Dawson Furniss de 10 casos, la de Parmenter de 8 casos, etc. En nuestro país, Murray, en un trabajo muy completo relatado en la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires, refiere 5 observaciones, y en la misma sesión Bazterrica relata otras 5 y Di Paola 4, a lo que debemos agregar nuestras 4 observaciones personales, todo lo cual nos hace pensar que la rareza de esta afección, como se deduce del número de observaciones publicadas, es tan sólo relativa, y que tal vez si se efectuara una mejor exploración de la uretra femenina, se observaría un porcentaje más elevado de formaciones diverticulares.

La uretra femenina es generalmente explorada en forma incompleta, tanto por el ginecólogo como por el especialista del aparato urinario. En efecto, el primero se reduce a valorar los datos que le proporciona la palpación de la pared vaginal anterior y en cuanto al segundo, solamente en casos excepcionales efectúa una exploración endoscópica o radiográfica de la misma. Todavía no representa una exploración de rutina, como en el hombre, la uretrocistoscopia, a pesar de la facilidad e inocuidad de este examen en la mujer, lo que se debe

indudablemente a la poca importancia que se le concede a la patología de su uretra.

Todo esto justificaría el que, en las observaciones publicadas, la mayoría correspondan a divertículos de tamaño suficiente como para hacerlos demostrables por la palpación de la pared vaginal anterior y en cambio es lógico suponer que los divertículos pequeños pasen desapercibidos a un examen superficial y sean, sin embargo, los responsables en muchos casos, de trigonitis o uretrocistitis cuyo foco séptico determinante escapa, tantas veces, al examen el aparato génito-urinario.

Con el objeto de contribuir al mejor conocimiento de este proceso, relatamos estas cuatro observaciones que corresponden a nuestro Servicio del Hospital "Dr. Marcelino Freyre" y que por coincidencia hemos tenido la oportunidad de tratar en el transcurso de los dos últimos años.

OBSERVACION Nº 1. — H. C. 61. Ramona L. de G., de 51 años, argentina, casada. Ingresa al Servicio el 1º de julio de 1942.

Antecedentes personales: Nacida a término. Se casa a los 20 años. tiene 7 abortos, un hijo nacido prematuramente y 7 a término. A los 27 años es operada de un quiste de ovario izquierdo y a los 50 años se le hace una histerectomía subtotal por útero fibromatoso. Es constipada.

Enfermedad actual: Hace unos 7 meses observa que comienza a eliminar por uretra constantemente regular cantidad de pus, y luego refiere ardor uretral en las micciones con orinas turbias. Ultimamente se queja de poliaquiuria diurna y nocturna (cada 2 horas) e incontinencia de orina con el esfuerzo o la estación de pie, que desaparece con el reposo.

Estado actual: Enferma bien constituida, en moderado estado de nutrición. Piel y mucosas discretamente pálidas. Tensión arterial Mx. 152 mm., Mn. 92 mm. El examen general no demuestra nada digno de mencionar.

Aparato genitourinario: Riñones. no se palpan, no hay puntos renouretrales dolorosos. Vejiga: No hay residuo vesical. Capacidad y tonismo normales.

Uretra: Se observa el meato entreabierto. Explorando la pared vaginal anterior, se percibe inmediatamente por detrás del vestíbulo, una pequeña tumoración del tamaño de una aceituna grande, de consistencia fluctuante, indolora, constatándose que por su expresión disminuye el tamaño, al mismo tiempo que por el meato fluye pus mezclado con orina.

Genitales: Se palpa el cuello del útero móvil. No se palpan los anexos.

Examen endoscópico: Cistoscopia: medio limpio, buena capacidad vesical. Mucosa normal. Meatos uretrales bien implantados. Cuello normal.

Uretrocistoscopia: Se efectúa con el panendoscopio de Mac Carthy. Cuello vesical de aspecto normal. En la cara posterior de la uretra, a 1 cm. del cuello, se visualiza un orificio diverticular pequeño, enturbiándose el medio al comprimir con un dedo introducido en la vagina la tumoración quística. Mucosa uretral congestiva.

Uretrorradiografía: Se inyecta al través del meato uretral con una sonda olivar, una solución de yoduro de sodio al 15 % y se obtiene mientras se efectúa la inyección una radiografía de frente. Se observa en la misma que junto a la uretra aparece una pequeña imagen correspondiente al divertículo.

Exámenes del laboratorio: Orina: alb. vestigios. Gluc. no contiene. Sedimento: Abundante pus, escasos hemáties.

Sangre: Urea: 0,35 ‰. Eritrosedimentación: Ind. de Katz 9. Tiempo de sangría: 2'30"
Tiempo de coagulación: 7'.

Prueba de la Sulfofenoltaleína: 70', 60 %.

Operación: 6 de agosto de 1942. Anestesia raquídea 0,10 grs. de novocaina. Se secciona la pared vaginal anterior y se llega a la pared del divertículo. El divertículo tiene el tamaño de una nuez, es de paredes muy delgadas y está íntimamente adherido a los planos vecinos, lo que hace su liberación muy dificultosa. Se abre al efectuar la disección evacuándose su contenido purulento. Se llega finalmente hasta el orificio de su comunicación con la uretra, que es pequeño y se encuentra lateralizado hacia la derecha. Suturera de la brecha uretral con tres puntos separados de catgut que no perforan la mucosa. Con puntos separados de catgut se hace otro plano que toma una fascia no bien individualizada. Puntos separados de catgut a la brecha vaginal. Taponaje con gasa yodoformada en la vagina. Sonda de Nelaton Nº 18 a permanencia en la uretra para drenaje vesical.

P. O. - Sin particularidades. Se extrae el taponamiento vaginal al 3º día. La sonda uretral que ha funcionado bien y que ha sido reemplazada en una oportunidad, se retira definitivamente a los 13 días de la intervención. La enferma orina espontáneamente, al principio con ardor uretral, habiendo cicatrizado en perfectas condiciones su herida vaginal.

Se efectúa una uretoscopia con el pan-endoscopio de Mac Carthy: se visualiza vejiga, cuello vesical y uretra. En la zona correspondiente al divertículo operado la mucosa es de aspecto normal.

5 de septiembre de 1942. La enferma continúa bien pero se queja como antes de la intervención de la pérdida involuntaria de orinas con la marcha o con el esfuerzo. Por este motivo se decide la electrocoagulación del cuello, que se realiza a las 12, 4 y 8 horas. Sonda uretral a permanencia durante 3 días.

Al retirarse la sonda la enferma refiere que continúa con su incontinencia. En estas condiciones es dada de alta, debiendo reinternarse dentro de un mes para efectuar un nuevo tratamiento sobre el cuello por su incontinencia de orina (25/IV/42).

28/IX/42. La enferma reingresa al Servicio por presentar orinas hematóricas, con coágulos vesicales que le dificultan la micción y que se interpretan como ocasionadas por la caída de una escara de la electrocoagulación del cuello vesical.

Se coloca una sonda uretral a permanencia, que es necesario mantener durante 10 días. La enferma vuelve a tener orinas claras y es dada de alta en observación (10/X/42).

Después de entonces no hemos tenido la oportunidad de examinar nuevamente a esta enferma.

OBSERVACION Nº 2. — H. C. 159. Ana de G., 30 años, argentina, casada. Ingresó al Servicio de Urología del Hospital "Dr. Marcelino Freyre", el 17 de marzo de 1943.

Antecedentes personales: No recuerda enfermedades de importancia, menstruaciones regulares, indoloras. Casada a los 25 años con esposo sano. Un hijo de embarazo y parto normales. Dos abortos provocados.

Enfermedad actual: Comienza hace 8 meses con polaquiuria, ardor miccional y enturbiamiento de sus orinas. Su polaquiuria es variable, a veces cada 5 minutos y en otras oportunidades tiene intervalos de $\frac{1}{2}$ a 1 hora. Desde hace 4 meses nota que sus orinas son ligeramente hematóricas, hematuria que ha persistido hasta la fecha de su ingreso.

Estado actual: Enferma bien constituida, de moderado panículo adiposo. El examen general no revela nada digno de mencionar. Tensión arterial Mx. 135 mm. Mn. 90 mm.

Aparato genitourinario: Riñones no se palpan, no hay puntos renoureterales dolorosos.

Vejiga: Medio vesical turbio y hemático. Capacidad disminuida y sensibilidad aumentada.

Uretra: meato de aspecto normal. A la exploración, la uretra es permeable. Haciendo su palpación al través de la pared vaginal anterior, se constata en su parte más profunda, la existencia de un pequeño nódulo, del tamaño de un garbanzo, duro, doloroso y que se encuentra ligeramente lateralizado hacia la derecha.

Genitales: Vulva y vagina: nada de particular. Matriz: en ante-versoflexión. Fondos de sacos libres. Una exploración es dificultada por el intenso deseo de orinar que provoca, además de dolor en la palpación de la pared vaginal anterior.

Examen endoscópico: Cistoscopia: capacidad de .80 cc. Mucosa vesical roja. Se visualizan ambos orificios ureterales babeantes. Cuello normal.

Uretro-cistoscopia: Con el pan-endoscopio de Mac Carthy. En cara posterior de la uretra, junto a la vertiente uretral del cuello, se observa un orificio diverticular pequeño, dentro del cual es posible introducir una sonda ureteral.

Examen radiográfico: Urograma por excreción: Cavidades renales discretamente dilatadas.



Obs. N^o 2. — Fotografía del cálculo extraído del divertículo.

Cistorradiografía: Por relleno con solución de yoduro de sodio. Contorno vesical de aspecto normal. Se constata la existencia de un reflujo vésico ureteral bilateral.

En la radiografía directa de vejiga se constata a la altura de la proyección del pubis, la existencia de un nódulo opaco del diámetro de un garbanzo. Previa colocación de una sonda uretral, se obtiene una nueva radiografía que pone de manifiesto la relación de dicho nódulo con la uretra, junto al cuello vesical.

Exámenes del laboratorio: Orina; albúmina: 0.25 gr. ‰. Glucosa no contiene. Sedimento: Sangre y abundante pus. Diplococos Gram positivo.

Sangre: Urea 0.50 gr. ‰. Eritrosedimentación: Ind. de Katz 7. Tiempo de coagulación: normal. Tiempo de sangría: normal.

Operación: 13/V/43. Anestesia raquídea con 0,10 r. de novocaína. Se exterioriza el cuello del útero, se secciona la mucosa de la pared vaginal anterior, en la línea media, en una extensión de 4 cms. Se decola el tabique vésico-vaginal con el objeto de poner al descubierto la uretra próxima al cuello, en el sitio donde se palpa la induración correspondiente al cálculo. Es posible colocar por vía uretral una sonda acanalada dentro del divertículo, constatándose en esta forma que él es pequeño amoldado al tamaño del cálculo. Como además el divertículo presenta una relación íntima con el cuello vesical, y como parece posible su extracción por vía

uretral, se decide su extracción por esta vía, lo que se consigue con una pinza de Kocher. Por vía uretral se la lleva con facilidad dentro del divertículo, abriéndola se desgarrá parcialmente el cuello del mismo y se extrae el cálculo por la uretra. Sutura de la pared vaginal. Sonda de Pezzer Nº 19 a permanencia en vejiga.

P. O. - Sin particularidades. La sonda, que es necesario cambiarla a los 5 días, se la retira definitivamente a los 10 días. Para tratar su pollaquuria y ardor miccional se le efectúan instilaciones de nitrato de plata al 1 %.

A los 15 días de la intervención se le efectúa una nueva exploración endoscópica que revela lo siguiente: En la región correspondiente se observa el orificio del divertículo más amplio y atravesado por una brida de mucosa que lo divide en realidad en dos orificios. Aprovechando el examen se efectúa con el Pan-endoscopio de Mac Carthy la electrocoagulación de dicha banda de mucosa, con lo que se consigue hacer comunicar más ampliamente el divertículo con la luz uretral.

La enferma es dada de alta en observación (23/V/943).

26/VII/43. La enferma continúa con sus trastornos miccionales y sus orinas turbias. Un nuevo examen uretroscópico pone de manifiesto la existencia de su orificio diverticular amplio. No hay secreción uretral, continúa con su cistitis intensa.

Se indica medicación sulfamídica y se continúa en observación.

Esta enferma se interna posteriormente en el Servicio de Cirugía del mismo hospital por trastornos gástricos recientes, siendo internada con el diagnóstico de cáncer de estómago. Fallece finalmente en caquexia.

OBSERVACION Nº III. --- H. C. 118. Noelia M. de P., 26 años, argentina, casada. Ingresa al Servicio de Urología del Hospital "Dr. Marcelino Freyre", el 28 de enero de 1943.

Antecedentes personales: No recuerda enfermedades de importancia. Menstruaciones de tipo 4/26, indoloras. Se casó a los 18 años con hombre sano. 2 abortos provocados. 2 hijos sanos, el último hace 5 meses con embarazos y parto normales.

Enfermedad actual: Hace dos meses que nota que sus orinas son turbias y tienen mal olor. Suele tener una sensación de ardor a la altura del pubis, independiente de sus micciones. No aqueja trastornos en la micción.

Estado actual: Enferma bien constituida, con regular panículo adiposo. El examen general es negativo. Tensión arterial: Mx. 120 mm. Mn. 70 mm.

Aparato génito-urinario: Riñones: no se palpan, no hay puntos reno-ureterales dolorosos. Vejiga: Capacidad, sensibilidad y tonicidad, normales.

Uretra: Meato normal. A la inspección de la pared vaginal anterior se constata en la zona uretral que hace procedencia una tumoración que a la palpación se calcula del tamaño de una nuez, de consistencia blanda, que al presionar sobre ella disminuye de tamaño, evacuando su contenido que es francamente purulento, por uretra. Orinas turbias. Genitales normales.

Examen endoscópico: Cistoscopia: Buena capacidad, mucosa de aspecto normal, salvo a nivel del trigono que está congestivo. Orificios ureterales bien implantados. Cuello normal.

Uretro-cistoscopia: Con el Pan-endoscopio de Mac Carthy. Cuello vesical de aspecto normal. Mucosa uretral congestiva. En la cara inferior de la uretra hacia la izquierda, a 1 y $\frac{1}{2}$ cm. del cuello, se observa un pequeño orificio que corresponde evidentemente al divertículo y por el cual sale abundante pus que enturbia intermitentemente el medio.

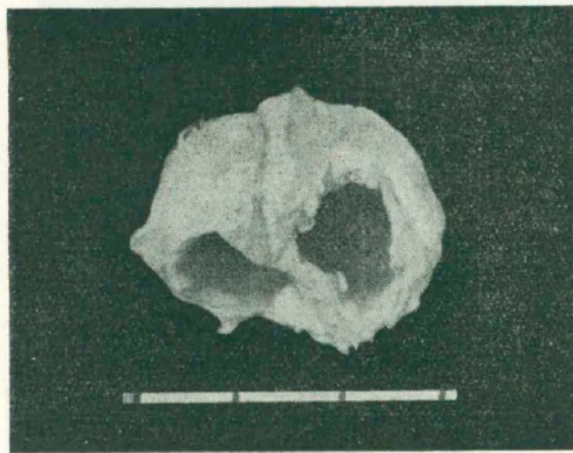
Por dificultades técnicas no es posible efectuar en esta enferma un estudio radiográfico.

Cromocistoscopia: Indigo-carmín intramuscular. Inicia la eliminación de ambos lidos a los 3 y $\frac{1}{2}$ minutos. Buen ritmo y buena intensidad de coloración.

Exámenes de laboratorio: Orina: albúmina 0,50 gr. ‰. Glucosa: no contien. Sedimento: Abundante pus. Bacilos Gram positivo aislados y gran cantidad de cocos en cadenas también Gram positivos.

Sangre: Urea en sangre 0,38 gr. ‰. Índice de coagulación y de sangría normales.

Operación: 4/II/43. Anestesia raquídea con 0,07 gr. de novocaina. Incisión mediana sobre la pared vaginal anterior a 1 cm. del meato. Seccionada la vagina se llega a la tumoración quística, encontrándose un plano decolable pero muy vascularizado. Se disecciona la bolsa quística, que hacia arriba llega a tener contacto con la pared vesical, seccionando finalmente su implantación en la pared uretral. Queda una brecha en la uretra de 1 y $\frac{1}{2}$ cm. que se sutura con 3 puntos separados de catgut se hace un segundo plano, tomando la fascia uretro-vaginal. previa una



Obs. Nº 3. — Fotografía del divertículo extirpado.

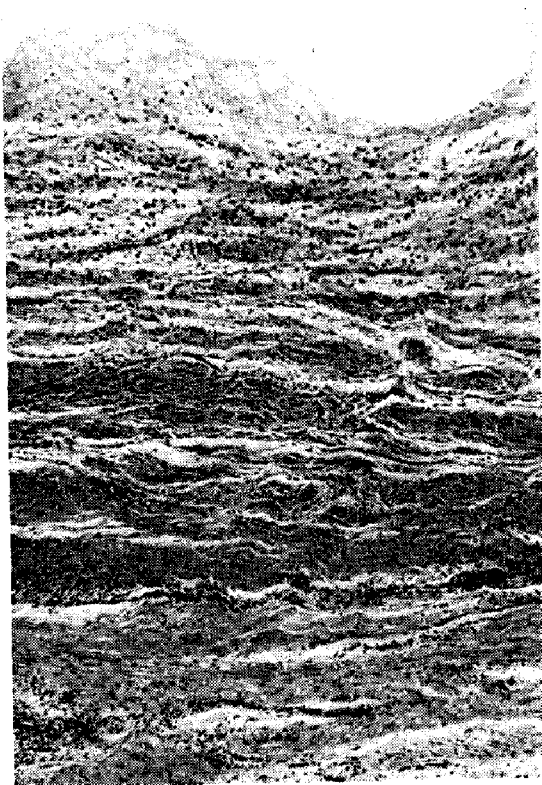
hemostasia cuidadosa. Se reseca un trozo de mucosa vaginal que ha quedado exuberante y se sutura finalmente la vagina con puntos aislados de catgut. Se coloca taponaje de gasa yodoformada en vagina y una sonda de Nealon a permanencia en uretra.

P. O. Al 2º día de la intervención se saca el taponaje. Al 4º día las orinas se hacen hmatúricas, los coágulos vesicales obstruyen la sonda, constatándose entonces que la vejiga está ocupada por gran cantidad de coágulos que es necesario extraer por aspiración. Como la cantidad de sangre extraída es abundante, hay palidez acentuada y pulso muy taquicárdico, se decide una transfusión de 400 cc., que repone rápidamente a la enferma. Al 6º día la hemorragia cesa, retirándose finalmente su sonda uretral al 9º día. La enferma orina sin inconvenientes, su herida vaginal ha cicatrizado bien y sus orinas se aclaran rápidamente (16/II/43).

A los 15 días de darse de alta se le efectúa un examen uretroscópico con el Pan-endoscopio de Mac Carthy, demostrándose una uretra de conformación normal, sin rastro de su formación diverticular.

Examen de la pieza operatoria: El divertículo tiene un diámetro de 3 cms. y su pared un espesor de 2 mm.

Estudio histopatológico que debemos a la gentileza del Prof. Dr. José M. Cid: "Se ha hecho un corte perpendicular a la pared del divertículo, el cual revela la ausencia de todo revestimiento epitelial en la superficie interna. A ese nivel se ve un tejido conectivo bastante laxo e infiltrado de elementos inflamatorios. Más profundamente se observan capas de tejido muscular liso a disposición paralela. Todavía más afuera se observan tejidos conjuntivos densos manjuntos celulares inflamatorios. (Fig. N° 3).



Obs. N° 3. — Microfotografía de la pared del divertículo.

OBSERVACION N° IV. — H. C. 353. María de S., de 26 años, argentina, casada, enferma esposa de un colega y que debemos a la gentileza del Prof. Dr. Figueroa Casas. Ingresa a nuestro servicio del Hospital "Dr. Marcelino Freyre" el 22 de mayo de 1944.

Antecedentes personales: Hace 10 años cuadro doloroso en región lumbar izquierda, que atribuye al riñón, quejándose desde entonces en forma intermitente de un dolor lumbar moderado. Desde hace 5 años menstruaciones irregulares y muy abundantes, por cuyo motivo hace 15 días, el Prof. Figueroa Casas le efectúa un curetaje explorador, cuyo estudio histopatológico revela tratarse de una metropatía hemorrágica. Hace 16 meses tiene un hijo sano, embarazo y parto normales, el parto de 24 horas de duración. No es contispada.

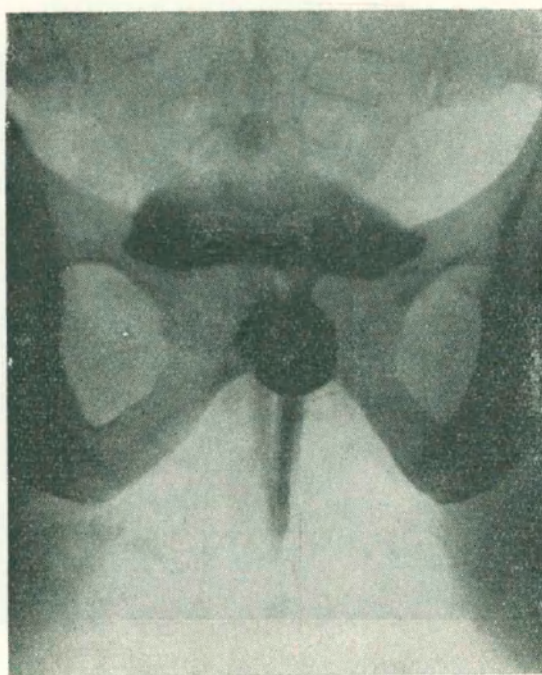
Enfermedad actual: Desde hace 10 meses nota flujo de muy mal olor que la enferma atribuye a sus trastornos menstruales. Por este motivo es examinada por el Prof. Figueroa

Casas, quien constata la existencia en la cara anterior de la vagina de una tumoración quística que es evacua a la presión, dando salida por uretra a un pus fétido. La enferma refiere una discreta pollaquiuria (dos veces en la noche y cada dos horas en el día), no existiendo ningún otro trastorno miccional.

Estado actual: Bien constituida, de regular panículo adiposo. El examen general es negativo. Tensión arterial: Mx. 130 mm. Mn. 75 mm.

Aparato génito-urinario: Riñones no se palpan. No hay puntos reno-ureterales dolorosos. Vejiga: Capacidad, sensibilidad y tonicidad conservadas.

Uretra: Meato de aspecto normal. Calibre uretral conservado. En cara anterior de la



Obs. Nº 4. — Uretorradiografía de frente. Se dibuja con nitidez el divertículo que corresponde a la porción media de la uretra.

vagina, correspondiente a la zona uretral, se palpa una tumoración del tamaño de una nuez grande, fija, de superficie regular, que impresiona como fluctuante y cuya compresión provoca la salida por la uretra de abundante cantidad de pus bien ligado, que no parece mezclado con orina y mal oliente, con lo cual desaparece la tumoración quística.

Genitales: Utero en posición intermedia. Anexos, no se palpan.

Examen endoscópico: Cistoscopia: Buena capacidad. Orificios ureterales bien implantados, de aspecto normal. Trígono congestivo. Cuello normal.

Uretro-cistoscopia: Con el Pan-endoscopio de Mac Carthy. Cuello vesical normal. A 1 y $\frac{1}{2}$ cm. del cuello en la cara posterior de la uretra y ligeramente hacia la derecha, se observa un pequeño orificio, por el que sale en abundancia pus que enturbia rápidamente el medio y no permite una buena visualización de la uretra en dicho sitio. La mucosa uretral es en general congestiva.

Exploración radiográfica: Urograma por excreción: Visualización de las vías excretoras del riñón sin alteración morfológica de las mismas. Cistograma normal.

Uretroradiografía: Con el objeto de llenar bien el divertículo con la substancia de contraste, se pasa una sonda bequille Nº 10 dirigida hacia la cara posterior de la uretra, hasta hacerla penetrar en el divertículo, lo que se sabe porque da salida a secreción purulenta. Se inyecta por dicha sonda unos 3 cc. de una solución de yoduro de sodio y luego se saca dicha sonda Bequille y se coloca en uretra una sonda Nelaton Nº 22, por la que se continúa la inyección del medio de contraste en uretra y vejiga. Se obtiene una radiografía de frente y otra oblicua. Se visualiza en las mismas la uretra y la vejiga, dibujándose con nitidez la sombra diverticular que corresponde a la parte media de la uretra, se constata que el divertículo toma contacto con el borde de la vejiga.



Obs. Nº 4. — Uretroradiografía en posición oblicua.

Exámenes del laboratorio: Orina: Albúmina: Vestigios. Glucosa: no hay. Sedimento: Células epiteliales planas y fusiformes. Regular cantidad de pus. Diplococos. Gram positivo y estafilococos en regular cantidad.

Operación: 27/V/44. Anestesia con Pentothal sódico. Previa tracción de los labios mayores, se aborda la pared vaginal anterior, se coloca una sonda uretral para poder reparar mejor la uretra, y en el sitio donde se hace saliencia el quiste, se traza una incisión mediana de unos 4 cms. y se llega así, seccionando la mucosa vaginal, hasta el quiste. Con disección cuidadosa se diseña el quiste, que está bastante adherido a los planos vecinos, llegando en esta forma hasta el cuello del divertículo que se lo secciona circularmente. Se colocan 3 puntos separados de catgut que toman la pared uretral, respetando la mucosa, suturando así el orificio diverticular. Se colocan 3 puntos que toman una fascia no bien individualizada y que recubren la sutura vaginal. Sonda uretral a permanencia. Se deja un taponaje de gase yodoformada en la vagina.

P. O. Evoluciona sin temperatura. Se deja su sonda uretral colocada 12 días a perma-

nencia, debiendo reemplazarla en dos oportunidades, al cabo de dicho tiempo se saca la sonda y actualmente 17 días después de la intervención, es dada de alta con orinas claras (31/VI/44).

La herida vaginal presenta buen aspecto. La enferma desde entonces orina sin dificultad. En este momento se efectúa la siguiente exploración radiográfica y endoscópica.

Uretrocistoscopia: Con el Pan-endoscopio de Mac Carthy se visualiza la uretra y la vejiga. Vejiga de aspecto normal. Cuello normal. En uretra, y a un cm. del cuello se llega a la zona operatoria, donde se demuestra una discreta dilatación de la uretra en base a su pared posterior, dilatación que se continúa con la uretra, sin que exista un borde neto de demarcación. Resto de la uretra normal.

Uretrorradiografía: En la zona donde se visualizaba en la radiografía anterior el diver-

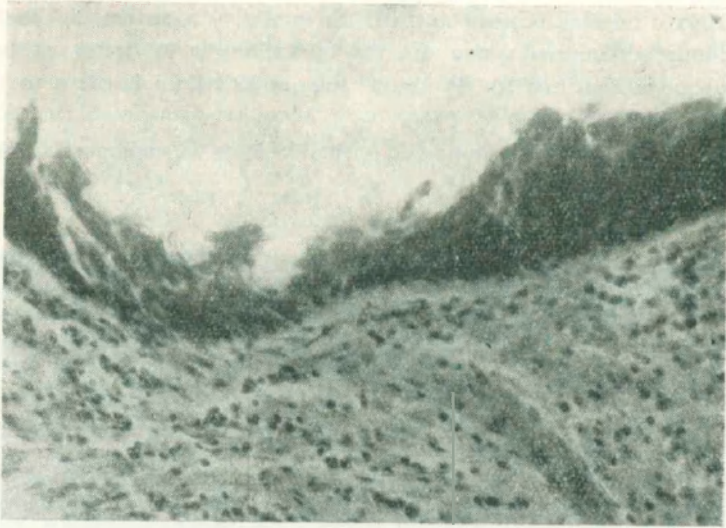


Obs. N^o 4. — Fotografía del divertículo extirpado.

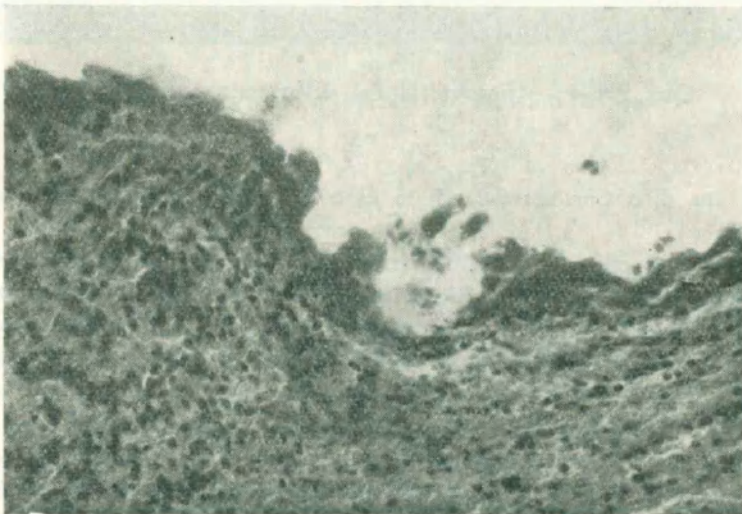
tículo, se observa una dilatación marcada de la uretra, que se continúa con uretra y vejiga de aspecto normal.

Examen de la pieza operatoria: El divertículo tiene un diámetro transversal de 3 cms. por 2 cms. y es de paredes de unos 2 mm. de espesor. El examen histopatológico efectuado por el Prof. Dr. Tomás Ocaña, dice: "Se ha tomado para el examen histológico un trozo de la pared del divertículo, vecino al ostium de comunicación con la uretra. El examen detallado pone de manifiesto:

A. Epitelio de revestimiento: En partes el epitelio de revestimiento está medianamente conservado, como para identificarlo bien. Podemos apreciar un epitelio pavimentoso estratificado, típico de la uretra. En otros sectores se pierde la integridad de dicho epitelio por aflojamiento de las células y eliminación más o menos profunda de las capas superficiales, de tal modo que en ciertos sectores queda únicamente la capa basal, constituida por células irregularmente cuboides. En otro sector resulta ya difícil identificar esta capa de células basales en un revestimiento de células aplanadas que se mezclan con el exudado subyacente muy rico en elementos inflamatorios, en los cuales identificamos gran riqueza de polinucleares, vasos embrio-



Microfotografía que muestra una porción del divertículo donde se puede apreciar el revestimiento epitelial pavimentoso estratificado, con su membrana vítrea y por debajo el infiltrado celular inflamatorio.



Obs. Nº 4. — Microfotografía de una porción del divertículo ulcerado en cuya superficie pueden verse restos de células epiteliales en vías de descamación y por debajo el mismo proceso inflamatorio.

narios y células de tipo linfo-monocíticas. En este sector podemos decir que prácticamente el tejido de granulación arriba mencionado se pone en contacto con la superficie ulcerada. En las zonas donde el epitelio es bien identificable, puede apreciarse también con claridad una membrana vítrea basal.

B. Corion submucoso: En la zona donde el epitelio queda visible hay un discreto exudado celular a predominio linfocitario, mezclado con abundante cantidad de hematies. Constituye más bien, en líneas generales, un exudado hemorrágico en napas, sub-mucoso. En las zonas ulceradas el exudado celular se hace mucho más abundante y denso, mezclado con vasos embrionarios, con una napa superficial a naturaleza piógena, constituyendo un verdadero tejido de granulación. Hacia la profundidad puede apreciarse un tejido fibrocolágeno denso, con algunos fascículos lisos, que van sufriendo evidentemente la metaplasia fibroconjuntiva. Esta pared fibroconjuntiva se encuentra marcada por vetas del exudado inflamatorio, más o menos hemorrágico según las zonas.

En resumen, el divertículo tiene un revestimiento pavimentoso estratificado análogo al de la uretra. Esta parcialmente ulcerado y su pared es asiento de un proceso inflamatorio crónico que ha determinado la transformación de los fascículos de fibras musculares lisas en tejido conjuntivo fibroso.

Múltiples son las causas que se han citado para justificar la formación de estos divertículos. Ellas pueden ser congénitas o adquiridas, pudiendo mencionar entre las primeras las originadas en el conducto de Gaertner, en los conductos para-uretrales, en restos del conducto de Wolff, quistes vaginales, etc.

Los divertículos adquiridos dependen fundamentalmente de factores infecciosos o traumáticos. La supuración de una glándula uretral, conservando su comunicación con la uretra o abriéndose secundariamente en la luz del canal, justificaría la formación de un divertículo adquirido. La estrechez uretral actuaría como factor mecánico y por la infección concomitante. En otros casos podría pensarse en un traumatismo, ya sea por instrumentación de la uretra, por el pasaje de un cálculo, o más frecuentemente por el traumatismo del parto, factores todos que originarían un debilitamiento de la pared, favoreciendo así la instalación del divertículo.

Para algunos autores, (Hohne, Fromme, Jarecki y Jhonson, citados por Schmith y Nelson), todos los divertículos tendrían una base congénita, siendo la infección o los traumatismos, los factores que condicionarían la instalación definitiva de los mismos. Para sustentar esta teoría, Jhonson cita una observación en un recién nacido y refiere además que Cabot ha demostrado que no existen normalmente glándulas en los $\frac{2}{3}$ posteriores de la uretra, lo que invalidaría en cierta medida el origen de los divertículos en la supuración de dichas glándulas uretrales.

Otros autores suponen que estos divertículos serían adquiridos, de acuerdo con los mecanismos ya mencionados y en apoyo de esta hipótesis, citan el hecho de que casi todos los casos se observan en mujeres casadas, y en un porcentaje elevado con hijos. Se conoce solamente una observación en una virgen (Jarecki) y la ya referida de Johnson en un recién nacido.

Los divertículos uretrales han sido clasificados en verdaderos y falsos, encontrándose en los primeros que todas las capas de la uretra entran en su constitución, mientras que en los falsos, falta la capa muscular. Interiormente se encuentran recubiertos por un epitelio pavimentoso o cúbico, el que en algunos casos no existe o ha desaparecido como consecuencia de la supuración.

La presencia de un cálculo en el divertículo, como en nuestra observación N° 3, no es excepcional, pudiendo citar entre nosotros la observación de Bottini. - Gaston y Ferrucci, citados por Higgins y Roen, reunieron en el año 1939, 34 casos de la bibliografía, a los que Higgins y Roen, en el año 1943, agregan una observación personal y 4 casos más publicados, lo que hace un total de 39 observaciones de esta complicación de los divertículos, recopilados por los citados autores.

Sintomatología y diagnóstico: Los síntomas más comunes de los divertículos, directamente referibles al aparato génito-urinario son dolor, pollaquiuria y ardor al orinar. En general la enferma nota inmediatamente después de la micción, la pérdida involuntaria de una pequeña cantidad de orina, que es la que ocupa el divertículo, y en algún caso excepcional, como en nuestra observación N° 2, incontinencia de orina.

El diagnóstico es fácil de hacer si se procede a un examen cuidadoso de la uretra y de la vagina. En muchos casos, 3 de nuestras observaciones, es posible, con la expresión de la uretra al través de la vagina, vaciar la bolsa diverticular, ocupada generalmente con orina purulenta y observar entonces cómo desaparece el relieve que provoca el divertículo en la pared vaginal anterior. Una sonda introducida en la uretra puede penetrar en el divertículo y quedar detenida en él, hecho que hemos aprovechado en nuestra observación N° 4, para rellenar el divertículo con la substancia de contraste en la obtención de la radiografía.

La uretro-radiografía es el elemento más gráfico para el diagnóstico, ya que determina el tamaño del divertículo y sus relaciones con la uretra, pero tiene el inconveniente de ser una exploración un poco engorrosa en la mujer. Quiero en cambio destacar el valor de la uretroscopia, que considero debe ser una exploración de rutina en la exploración de la uretra en estos casos y que sin embargo, se pasa por alto con frecuencia, ya que en muchas publicaciones sobre el tema ni se la cita. En este sentido nos parece que el instrumento que mejor permite la visualización del conductor uretral en la mujer, es el panendoscopio de Mac Carthy, con el cual hemos podido observar en todos nuestros casos la localización precisa del orificio diverticular, e inclusive en uno de ellos, completar el tratamiento, haciendo la electrocoagulación de los bordes del orificio diverticular, para conseguir un drenaje franco del mismo a la luz de la uretra.

Tratamiento: El tratamiento radical consiste en la extirpación del divertículo que debe hacerse naturalmente al través de una incisión vaginal y que consistirá en la liberación del mismo hasta su implantación en la uretra, y luego en la sutura de la brecha uretral en dos planos, tal cual la hemos efectuado con éxito en 3 de nuestras observaciones. No consideramos necesario efectuar la derivación hipogástrica de las orinas, ya que ella se hace sin inconvenientes por medio de una sonda uretral a permanencia.

Es natural que el riesgo en estos casos sea la fístula uretro-vaginal post-operatoria, complicación que se ha producido en algunas de las observaciones publicadas y que exige una operación posterior para su tratamiento. Con el objeto de evitar esta complicación, Murray describe una técnica original, que consiste fundamentalmente, previa una incisión semicircular de la vagina, en la interposición por delante de la uretra del diafragma uro-genital. No ha conseguido, sin embargo, dicho autor el objeto que se propusiera, pues en el único caso que ha operado con su técnica, se produjo una fístula uretro-vaginal, que fué necesario tratar con una segunda intervención.

Si fuéramos a juzgar por nuestra experiencia de 3 casos operados con todo éxito, podríamos decir que el procedimiento de elección es el ya mencionado en un principio, es decir, la simple extirpación del divertículo, con sutura sobre sonda del orificio diverticular.

En los divertículos pequeños podría intentarse agrandar el orificio de comunicación con la uretra, tal cual se hace en la diverticulosis de la prostata, y con el objeto de evitar la retención en el mismo, cosa que se puede efectuar por vía encoscópica con el instrumento de Mac Carthy, como hicieramos en nuestra observación N° 3. Llamamos la atención sobre las posibilidades de esta terapéutica conservadora, sobre la cual no se ha insistido hasta la fecha.

BIBLIOGRAFIA

- Appelgren.* — Harnröhren divertikel bei einer Frau. Zentralblatt für Gynakologie. T. 63. 1939. Pág. 2273.
- Bottini B.* — Litiasis diverticular de uretra en la mujer. Rev. Arg. de Urología. T. V. 1936. Pág. 152.
- Dawson Furnis H.* — Sub-urethral abscesses and diverticula in the female urethra. J. of Urology. XXXIII. 1935. Pág. 498.
- Díaz Colodtero A.* — Divertículo de la uretra en la mujer. Rev. Médica de patología femenina. T. 15. 1940. Pág. 387.
- Engel W. J.* — Diverticulum of the female urethra. J. of Urology. XLV. 1941. Pág. 703.

- Jhonson C. M.* — Diverticula and cyst of the female urethra. *J. of Urology*. XXXIX. 1938. Pág. 506.
- Murray E.* — Diverticulos de la uretra femenina. *Bol. de la Soc. de Obstetricia y Ginecologia de Bs. As.* 1942. Pág. 331.
- Parmenter F. J.* — Diverticulum of the female urethra. *Jo fo Urology*. XLV. 1941. Pág. 479.
- Schmith y Nelson.* — Sub-urethrel abscesses, urine pockets and diverticula en the female urethra. *Am. J. of Obs. and Gyn.* XXXVIII. 1939. Pág. 707.