

Hospital Alvear. Servicio de Urología  
Jefe Interino: Dr. Héctor Berri

## GRAN CALCULO DIVERTICULAR DE URETRA FEMENINA

Por los Dres. C. COMOTTO, HECTOR BERRI y N. CARTELLI

La poca frecuencia de las observaciones publicadas sobre este tema nos lleva a traer el presente caso.

E. de P., de 49 años, nos consulta por sufrir desde cuatro meses antes de polaquiuria, a veces muy intensa, con ardor terminal y disuria que llegó en varias ocasiones a la retención completa, debiendo ser sondada para evacuar la vejiga. Tratada con lavajes vesicales y medicación calmante, sus molestias persisten con intervalos de acalmía relativa, hasta que nos es enviada por un colega del interior, donde ella habita. Nos refiere un pasado urinario muy cargado.

Doce años antes comienza a sufrir de cólicos nefríticos del lado derecho que cesaban con la expulsión de cálculos, episodios que se repetían con bastante frecuencia, hasta que hace dos años se instala un cuadro agudo, con fiebre de 38° a 39°, obligando a su internación en un servicio hospitalario, en el cual es nefrectomizada del lado derecho, con diagnóstico de pionefrosis calculosa. Reintegrada a su vida habitual queda sin molestias hasta iniciar sus trastornos actuales. En sus antecedentes y aparte de lo citado, nada de importante: casada a los 22 años tuvo cuatro hijos de partos normales.

El examen clínico general es negativo en cuanto a afecciones de otra naturaleza. Al examen somático se constata cicatriz operatoria de lumbotomía derecha con abombamiento marcado de la pared. El examen urológico nos revela: micción difícil con emisión de orinas turbias, fuertemente alcalinas y que no aclaran con el ácido. El meato uretral se presenta rojo y con pequeño ectropión de la mucosa. Invitada a pujar la enferma, se constata evidente prociencia de la pared anterior de la vagina: el tacto vaginal revela la presencia en la pared anterior de una tumoración dura, oblonga, del tamaño de un huevo de paloma, comenzando a un través de dedo del meato uretral y prolongándose hacia arriba y cuya palpación provoca tenesmo vesical y dolor. Se introduce un cateter metálico por la uretra y a unos 2 cms. se choca con un cuerpo duro, rugoso, que impide el paso del instrumento: se coloca entonces un pequeño espéculo que permite observar la superficie irregular de una concreción blanquecina, que al pretender movilizarla con una pinza se rompe desmenuzándose, dejando libre entonces la uretra al paso de la sonda, se hace posible de esa manera un examen vesical que muestra una capacidad reducida, con un proceso de cistitis difusa banal y sin que la cistoscopia revelara la presencia de cálculos. La uretoscopia con el tubo corto de Luys nos mostraba a un centímetro del meato uretral una zona muy roja y edematosa.

en la pared inferior, de cuyo centro asomaba una superficie rugosa e irregular del tamaño de una lenteja, cuya exploración con un estilete revelaba la sensación inconfundible de un cálculo; al



Figura 1  
Radiografía de frente

mismo tiempo la propulsión con el índice introducido en la vagina, sobre la tumoración que describimos más arriba, mostraba la solidaridad entre ésta y la superficie calculosa que veíamos por el uretroscopio. Con estos datos de nuestro examen teníamos hecho el diagnóstico de *cálculo*



Figura 2  
Radiografía en oblicua

*diverticular de uretra con prolongación a la luz de la misma.* Una radiografía de frente, simple (fig. 1), muestra detrás del pubis una sombra ovalada con eje vertical de casi 4 cms. por cerca de 3 cms. de eje transversal; otra toma radiográfica en oblicua muestra lo mismo con menos

nitidez. Concretando el diagnóstico y dado el tamaño del cálculo y su situación diverticular, renunciamos a la extracción por vía natural y se procede por vía vaginal. Con anestesia local y sin mayor dificultad se llega al cálculo después de incidir directamente sobre el mismo la pared anterior de la vagina y pared uretral; se lava la cavidad con Carrel y se cierra en dos planos la brecha; se deja sonda permanente, que se retira a los seis días. Sin incidentes, la enferma se va de alta con indicación de régimen ácido y antisépticos urinarios por vía oral, aliviada por completo de sus molestias.

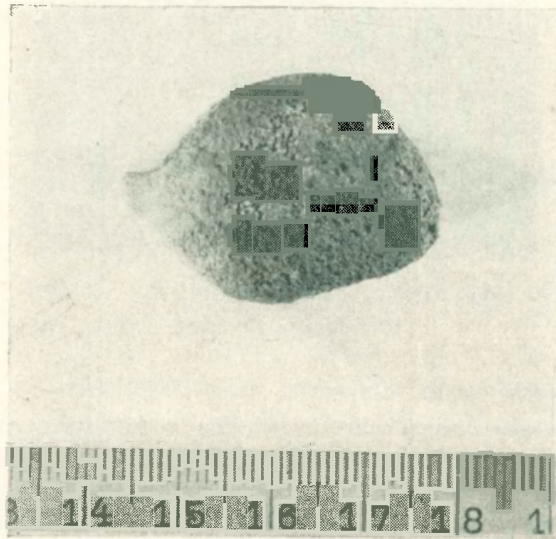


Figura 3  
Fotografía del cálculo

#### COMENTARIOS

Un interés sobre todo de casuística nos lleva a presentar nuestra observación. En efecto, los cálculos de la uretra femenina son raros. Entre nosotros la primera observación publicada pertenece al Dr. José María Caballero, en el año 1915. Sigue en el mismo año el caso del Dr. Iraeta, y otro de la Dra. Gaudino presentado en una comunicación a la Sociedad de Ginecología. Recién en 1937 encontramos otro caso del Dr. Evaristo Bottini presentado a esta Sociedad.

Las características anatómicas y funcionales de la uretra femenina hace poco factible la detención o la formación autóctona de una litiasis. Corresponde a Quenu y Pasteau en una publicación en los "Annales des Maladies des organes Genito-Urinaires" de abril del año 1896, un esbozo de clasificación, separándolos en "cálculos del conducto uretral propiamente dicho" y "cálculos suburetrales", a los que asientan en depresiones preexistentes,

como divertículos uretrales o fraguados por los mismos, y que por razones anatómicas asientan siempre en la pared uretral inferior. Nuestro caso en realidad sería mixto, pues siendo diverticular presentaba una prolongación o un apéndice que ocupaba la luz uretral.

Casi siempre estas concreciones calculosas son migradoras, por lo menos el núcleo primitivo pero también las hay de formación autóctona: las primeras son formaciones creadas en las vías urinarias superiores o en la vejiga, que al pretender franquear la uretra quedan detenidas por obstáculos anatómicos o patológicos de la misma, como ser divertículos, uretroceles o estrecheces inflamatorias o por simple enclavamiento en la pared mucosa favorecido por aristas cortantes o forma muy irregular. Alojados en la uretra pueden dar lugar a síntomas más o menos agudos de retención completa que obliguen a un sondaje de urgencia, el cual, o vuelve el cálculo a la vejiga o lo desplaza "in situ" alojándolo más profundamente en las paredes uretrales, con lo que desaparece la retención, reemplazada o no por molestias más soportables, por lo que pasan desapercibidos refiriéndose por lo general a otras causas los fenómenos que provocan.

Otras veces, tratándose siempre de cálculos migradores, pueden no causar mayores molestias en virtud de su alojamiento cómodo en amplios divertículos o uretroceles, pero no tardan en aumentar de volumen en virtud de la aposición de capas de sales provenientes de la orina estancada y casi siempre infectada, hasta que el tamaño llega a constituir un real obstáculo mecánico al que se agrega el factor infeccioso que provoca fenómenos agudos, que por lo general orientan hacia el justo diagnóstico por poca semiología que se haga. En cuanto a los cálculos de formación autóctona, más raros por lo común, toman su origen en la precipitación salina de orinas muy infectadas y estancadas en cavidades preexistentes, como divertículos o uretroceles.

Hemos seguido a los autores franceses citados en esta breve reseña etio-patogénica. En cuanto a sintomatología, es muy variada, desde la disuria más o menos intensa hasta la retención aguda completa. Otras veces incontinencia total o relativa, como en el caso del Dr. Iraeta, que era atribuido a una lesión medular. El diagnóstico por lo general es fácil y la exploración del aparato urogenital casi siempre los pone fácilmente en evidencia. El tacto vaginal, cuando son de tamaño grande, revela una tumoración de la pared anterior de la vagina cerca del meato y siguiendo la línea media y cuya presión provoca tenesmo vesical y dolor: pueden confundirse con los quistes vaginales pero éstos son más redondeados y fluctuantes, estando casi siempre lateralizados. Pero la exploración endouretral con el explorador a bola o un catéter metálico mejor, revela con toda seguridad la presencia del cálculo. La uretroscopia es

muy útil cuando la concreción es casi o enteramente diverticular y el orificio de comunicación muy pequeño. Por último el examen radiológico, que constituye la manera más práctica y cómoda para ponerlos en evidencia.

El pronóstico es generalmente benigno: a veces espontáneamente son eliminados por la uretra, después de un tiempo; otras veces por ulceración del tabique uretrovaginal cuando son diverticulares; pero hecho el diagnóstico debe extraérseles. El procedimiento para esto último depende del caso. El doctor Caballero extirpó cuatro enormes cálculos uretrales por uretrotomía externa subinfisaria de Legueu; el Dr. Iraeta para extraer cinco grandes cálculos, también uretrales, utilizó la vía uretral, dilatando digitalmente el conducto bajo anestesia general hasta darse cabida suficiente. En el caso del doctor Bottini, que como el nuestro pertenece a la variedad diverticular o sub-uretral, se optó por la vía vaginal, que creemos la más indicada en estos casos.