

DIVERTICULOS DE LA URETRA FEMENINA

Por los Dres. R. DE SURRA CANARD y J. IRAZU

Dentro de la patología del aparato urinario de la mujer existe una entidad clínica conocida la cual fué designada con nombres diversos. Por su estructura y forma sacular se la denominó divertículo de la uretra, porque se localiza ya superficialmente en la mucosa uretral, en la submucosa o en la profundidad del tabique uretro vaginal.

Su asiento en las glándulas periuretrales o en formaciones quísticas análogas a las de la uretra del hombre hablan en favor de la etiología congénita de nuestras observaciones clínicas.

Participan de esta teoría los antecedentes alejados y el hecho de comprobar la debilidad del tabique uretro-vaginal, que en su sitio de implantación del divertículo sólo está protegida la mucosa uretral por fibras lisas. Por nuestra parte no hemos hallado restos embrionarios en los exámenes anatómopatológicos de los divertículos, observando en cambio disposición anómala de los elementos glandulares.

La mayoría de los autores invocan como frecuentes las infecciones y traumatismos del parto y para dilucidar la cuestión mencionaremos sus opiniones basadas en exámenes anatómoclinicos y pruebas experimentales que sobre divertículos han emitido.

Así Murray, en su documentado trabajo que recomendamos como texto de verdadera consulta, hace una detallada síntesis con una interesante puesta al día del tema.

Hemos creído interesante reproducir algunos párrafos del reciente trabajo de Deter Coldell y Folson, quienes se han abocado al estudio del sistema glandular de la porción yuxta-cervical de la uretra femenina.

Según ellos, "hay escasez de documentación sobre la embriología de la uretra femenina y gran disparidad de opiniones entre los varios autores que se ocupan del tema".

De acuerdo a la revisión que hacen los autores mencionados, el estudio de la embriología en la uretra femenina a través del tiempo ha tenido por objeto determinar la existencia de glándulas y explicar la homología que éstas tienen con estructuras análogas bien desarrolladas en el hombre.

Nuestro interés sobre este tema está fundado en el hecho para nosotros evidente que toda patología diverticular de la uretra femenina tiene como fundamento ya sea el desarrollo secundario por condiciones patológicas hacia el divertículo de un elemento que fuera glandular o bien un desarrollo aberrante embrionario que creara el divertículo.

Los estudios de Eratt citados por los D. C. y F. en 1910 le llevan a la conclusión que "no puede haber dudas que el órgano glandular que rodea la total longitud de la uretra femenina es el duplicado de la totalidad de la uretra prostática del hombre".

Para Johnson, citado por D. C. y F., "la uretra femenina corresponde únicamente con esa porción de la uretra prostática del hombre que se extiende desde el cuello de la vejiga hasta el orificio del utrículo-prostático. El resto de la uretra masculina, creen, está presentado en la mujer por el vestíbulo.

Según Johnson, "la total homología de la próstata en la mujer consiste en:

1º) Las glándulas uretrales, que son las homólogas de aquellas glándulas prostáticas del hombre que yacen por encima del utrículo prostático (por consiguiente, verdaderas glándulas uretrales).

2º) Conductos de Skene, que son el homólogo de las glándulas prostáticas en el hombre que yacen por debajo del orificio del utrículo (por consiguientes, glándulas del seno urogenital). De acuerdo a este concepto las glándulas de Bartolino y las de Cowper son verdaderos homólogos.

Las glándulas de Littré están representadas en la mujer por unas pocas y mal desarrolladas glándulas vestibulares menores."

Según Petrowa, citado por D. C. F., "en lo que se refiere al embrión femenino no está establecido de manera conocida que forma la uretra (final) terminal. Se sabe que la uretra primitiva y los conductos de Müller se abren en el seno urogenital. Las relaciones topográficas pueden explicarse de tres maneras:

1º) La parte distal de los conductos de Müller y de la uretra primaria no se desarrolla en forma completa, pero se escinde longitudinalmente formando el vestíbulo.

2º) La parte superior, anterior del seno urogenital, forma la uretra definitiva como consecuencia de la formación de una pared divisoria y la escisión de la parte baja para formar vestíbulo.

3º) La uretra primitiva misma se extiende en una sección distal en una extensión variable, pero la totalidad del seno urogenital se escinde formando el vestíbulo.

Para Petrowa la explicación 3ª es la más convincente, es la única lógica que explica la presencia de glándulas parauretrales separadas de todo el sistema glandular del propio canal uretral. En otras palabras, el sistema glandular de la parte anterior de la uretra femenina definitiva junto con las glándulas parauretrales constituye una próstata rudimentaria.

Las experiencias de "Kovenchevsky, citado por D. C. y F., que buscan la hipertrofia de las glándulas homólogas a la próstata en las uretras de animales hembras con hormonas masculinas", no aclara la embriología de la uretra femenina, ya que en aquellos animales sólo se hipertrofian y únicamente las glándulas uretrales posteriores."

El estudio de D. C. y F. se ha limitado a los 1½ a 2 ctms. próximos a la vejiga de la uretra.

Han encontrado gran variedad en cantidad y grado de desarrollo del punto, dividiéndolo en 4 grupos.

18%, grado I: Cantidad mínima de tejido glandular; 1-2 glándulas uretrales simples.

29%, grado II: Glándulas uretrales simples, extendidas.

28% grado III: Glándulas uretrales simples y glándulas complejas, algunos acinos con cuerpos amiláceos.

17% grado IV: Glándulas complejas con epitelio acinoco y secreción del tipo prostático, rodeado de conectivo.

8% grado V: Sin glándulas.

Nuestra experiencia recogida a través del examen endoscópico de gran número de uretras femeninas y de la pequeña serie de observaciones con lesiones diverticulares nos han llevado a la conclusión clínica de la necesidad de establecer, como lo confirman quienes han estudiado prolijamente la embriología e histología de la uretra femenina, que este tramo del aparato urinario de la mujer, a pesar de su brevedad, tiene un segmento yuxta cervical (cuello de vejiga) que posee los caracteres equivalentes de la uretra prostática del hombre y un segmento inferior con los caracteres de la uretra balánica (región vestibular).

HISTORIAS CLINICAS

Obs. I. — Señora de V. Por pedido del Dr. E. Thwaites Lastra, asistida por una uretritis recidivante de naturaleza gonocócica compartida con el marido en quien existía un proceso focalizado. El examen endoscópico ejecutado en período de acalmia permitió verificar la existencia de focos en la uretra que la reinfectaban. Estos focos eran de distinta índole. En la vecin-

dad del meato, en la vertiente endouretral derecha e izquierda próximo al límite orificial, la desembocadura aberrante de los canales de las glándulas de Skene. ausentes por otra parte de su sitio normal de implantación. En la porción media de la uretra en su cara posterior un orificio diverticular cuyo tamaño pequeño análogo al de una laguna de Morgagni comunicaba con un divertículo cuyo volumen aproximado era comparable a una munición patera. No se palpaba el divertículo por tacto vaginal pero sí se lograba exprimir su contenido purulento.

Tratamiento. — Instilaciones de líquidos antisépticos concentrados y modificados en los canales de Skene y debridamiento con bisturí eléctrico del orificio del divertículo con lo cual se logra hacer desaparecer la ectosia y comunicar ampliamente la cavidad diverticular con la uretra. (Curación mantenida hasta la fecha, 10 años.)

Obs. II. — Señora de C. Examinada por pedido del Dr. Echevarría por padecer desde tiempo atrás de una sintomatología subjetiva de cistitis rebelde a la medicación oral y local con períodos de acalmía relativa y de exacerbación trigonitis granulosa crónica que cede al tratamiento instituido con ese fin sin lograr, sin embargo, la sedación completa de su sintomatología subjetiva. El examen uretrrocópico pone en evidencia la existencia de dos pequeños orificios diverticulares en la cara posterior de la porción media de la uretra a ambos lados de la línea media divertículos pequeños no palpables por tacto vaginal pero con contenido purulento (grumos no especificados).

El debridamiento a radio bisturí del orificio permite establecer una amplia comunicación de las cavidades con la uretra y observar que el divertículo del lado derecho termina una cavidad doble por bifurcación divergente como se observa en la cavernosis prostática. Se obtiene la curación con maniobras endoscópicas desde hace 3 años.

Obs. III. — Señora de C. Examinada por pedido del Dr. E. Thwaites Lastra por sintomatología que simulaba un proceso inflamatorio de vejiga con hipersensibilidad de la vejiga al frío (necesidad imperiosa y polaquiuria). El examen ginecológico permitió verificar que la expresión de la uretra producía una pequeña cantidad de pus a microbios banales. La endoscopia de la uretra permite observar orificios parameáticos internos, algunos orificios glandulares semejantes a los del hombre en la cara posterior y en la porción mediana 2 orificios pequeños de sendos divertículos con contenido purulento. El debridamiento orificial exterioriza cavidades y de las restantes cavidades parameáticas logran limpiar la uretra de focos re infectantes y se obtiene con ello la desaparición de los trastornos subjetivos desde hace 2 años.

Obs. IV. — Señora de A., esposa de un colega cuya sintomatología se establece a raíz del cambio de estado con el doble padecimiento: trastornos de vejiga del tipo cístico y dispareunia. El examen genital (Dr. Picardo) permitió de inmediato establecer la existencia de un proceso inflamatorio de naturaleza quística localizado en el fondo del saco anterior por debajo de la zona correspondiente al cuello de la vejiga. Sorprendía además que la expresión diera pus. Repetidos exámenes fueron necesarios para poder encontrar el orificio de salida implantado en la cara inferior de la uretra a 3 ó 4 milímetros del meato y lograr cateterizar el largo canal que lo unía a la bolsa quística. Se pudo obtener la radiografía que agregamos no por uretrografía directa sino por cateterismo con aceite yoyado. Hecho el diagnóstico se establece la indicación operatoria de cuyos resultados tenemos noticias parciales. Sabemos que la operación fué ejecutada por un ginecólogo y que dejó una secuela en el curso del primer postoperatorio pero no volvimos a ver la enferma porque fuimos (uno de nosotros) responsabilizados de los males que sobrevinieron.



Obs. IV. — Diverticulograma de frente.



Obs. IV. — Diverticulograma de perfil.

Obs. V. — Historia R. G. 287.640, R. I. 22.850, 1944. Maternidad Sardá. Vda. G. E. L. de G. La historia refiere que durante el parto se evacua un absceso de la vulva que pareció en ese momento tener comunicación con la uretra, motivo por el cual solicitan el examen urológico para saber si existe un divertículo. Al tacto un quiste del tamaño de una ciruela en la pared anterior de la vagina que engloba la uretra. La expresión del mismo da abundante pus, cuyo cultivo reproduce colibacilos. Evacuado el contenido queda una cavidad.

Obs. VI. — Historia R. I. 1.133, 1942. Maternidad Sardá. Señora P. L. Es enviada del consultorio de ginecología por haber descubierto al examen un tumor en la región de la uretra, cuya expresión da salida a pus por el meato. Al examen gran absceso periuretral comunicante y abierto en uretra. Se posterga el examen endoscópico hasta tanto se enfríe la lesión. La enferma se pierde por espacio de cinco meses. Un primer examen endoscópico permite observar la salida de pus en la vecindad del meato pero no es posible localizarlo; otro examen endoscópico tres meses más tarde localiza la salida de pus de varios orificios de canales parameáticos. No hemos tenido más noticias de la enferma.

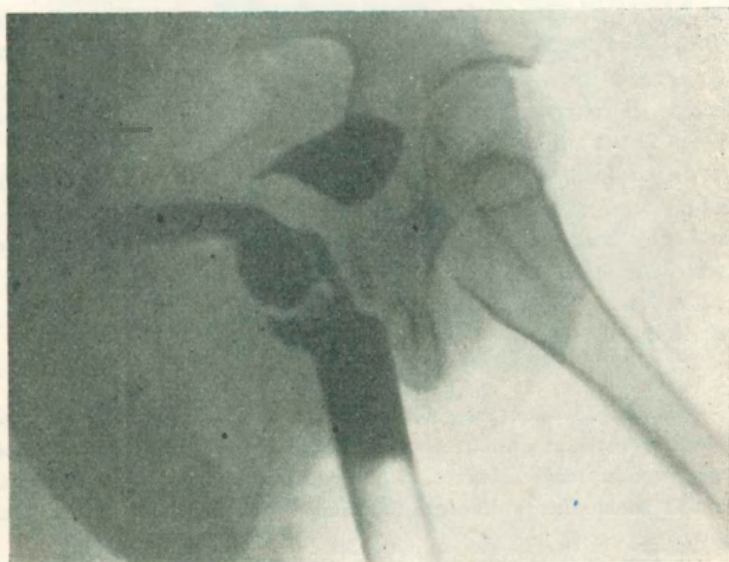
Obs. VII. — Historia R. G. 2.798 (bis), Maternidad Sardá. Señora C. S. de B. Primípara, con ocho meses de gestación. En forma espontánea una hematuria cuyos caracteres no explica. Al tacto un pequeño tumor quístico en la pared anterior de la vagina, cuya expresión da salida a pus por la uretra. Sitoscopia negativa, salvo deformaciones características producidas por el embarazo. Uretroscopia: orificio diverticular rodeado de edema por debajo del esfínter en la cara lateral derecha de la uretra, de donde mana pus a colibacilo. Enfriada la lesión con medicación local se repite el examen; se observa pus a nivel de la región diverticular, el orificio principal de la cavidad amplio y el divertículo mismo en forma de palangana en cuyo fondo existen dos pequeños orificios que corresponden a sendos canales cateterizables, el uno en una extensión de $\frac{1}{4}$ ctm. y el otro 1 ctm.; por los dos sale pus en pequeña cantidad; al retirar el tubo endoscópico se descubre entre el borde de la gran caidad diverticular y la uretra un puente de mucosa dispuesto en forma de válvula congénita. Se dispone postergar el tratamiento para después del puerperio. No vimos más a la enferma.

Obs. VIII. — Historia R. G. 4.981. Maternidad Sardá. Señora C. H. de U. Es enviada del consultorio ginecológico por tener la enferma una lesión quística de la pared anterior de la vagina del tamaño de una guinda, cuya expresión da salida a pus por la uretra. Al examen endoscópico orificio diverticular a 1 ctm. del meato. La radiografía N° 1.249 le pone en evidencia en forma categórica. Se indica tratamiento quirúrgico. Operación: cirujano Dr. Thwaites Lastra (día 9 de junio de 1938). Diagnóstico: Divertículo de uretra. Incisión longitudinal de pared vaginal anterior sobre una tumoración quística del tamaño de una avellana que se extirpa. Se imbrican los bordes de su inserción uretral por sutura longitudinal. Se reseca el borde de la mucosa vaginal distendida y se sutura la misma con puntos de catgut crómico separados, sobre sonda uretral que se deja en permanencia. Anestesia: Eucodal-Escopolamina. Un año más tarde concurre nuevamente la enferma agregando trastornos vesicales producidos por una trigonitis granulosa que cura con el tratamiento local. La revisión de la uretra prueba el buen resultado de la operación quística referida contra el divertículo.

Obs. IX. — Historia N° R. G. 947. R. I. 833, 1935, cama 103. Señora C. G. de S. Embarazada de 7 meses. El tacto vaginal descubre en la pared anterior un tumor fluctuante que no se desplaza y que se extiende desde la parte media de la uretra hasta por atrás de la vejiga.



Obs. VIII. — Diverticulograma de frente.



Obs. VIII. — Diverticulograma de perfil.

Examen endoscópico, cistoscopia, vejiga normal. Al exprimir el tumor el medio vesical se enturbia con grumos de pus que proviene del cuello de la vejiga en su porción lateral izquierda. Con visión directa la uretra se ve mal por la cantidad de pus que mana de la región yuxta cervical de la uretra. Con visión indirecta se ve claramente el orificio de un divertículo a $\frac{3}{4}$ cm. de la vejiga por debajo del cuello que da salida a pus cuando la enferma puja por orinar. Se aconseja tratamiento operatorio después del parto.

Ob. X. — Historia N° 5.329. Maternidad Sardá. Señora M. A. de G., es atendida en el C. E. de Ginecología por una cervicitis, como se queja de incontinencia diurna y nocturna de orina. Al tacto se percibe en la pared anterior de la vagina un tumor quístico del tamaño de una uva: la presión del mismo es dolorosa y da salida a pus por la uretra. *Endoscopia*: buena continencia de orina, residuo nulo, orina vesical límpida, vejiga sana en toda su extensión, salvo el trigono que tiene una modificación de la mucosa que podría clasificarse de preleucoplásica, orificio diverticular en la cara inferior de la uretra, en su porción media catetirizable. Pielografía excretora (N° 2.110 normal). Tratamiento quirúrgico del divertículo y local de la trígortitis. El control endoscópico de la uretra permite ver en el sitio donde estaba el divertículo una depresión de la mucosa de escasa profundidad. La incontinencia ha desaparecido. Se da de alta.

Obs. X. — Historia N° R. I. 697. 1945. Maternidad Sardá. Señora R. C. de A. Sufre desde hace muchos años de trastornos vesicales, disuria polaquiuria (micción imperiosa, tenesmo, hematurias terminales) y en ocasiones coágulos. Atendida en un servicio de cirugía general de mujeres: examinada su vejiga en repetidas ocasiones se le hicieron pielografías excretoras y de relleno que no aclaran el diagnóstico, persistiendo la sintomatología. Pasó luego a un servicio de urología, donde se la sometió a investigaciones análogas y a un tratamiento local de la vejiga, inclusive una electrocoagulación excesiva del labio inferior del cuello de vejiga. No siendo posible estudiar el examen radiográfico anterior, se repite, dando un sistema urinario superior indiferente, salvo un vicio de rotación del riñón derecho. Vejiga con capacidad excelente (200 c.c.), mucosa sana, eyaculaciones uretéricas normales labio superior del cuello con una mucosa como si fuera reseca, discreta trígortitis. En la uretra a nivel del meato una carúncula y por debajo del cuello de vejiga a la derecha de la línea media en la cara posterior justo por debajo del cuello de la vejiga el orificio ancho de un divertículo con contenido purulento: las maniobras combinadas destinadas a valorar su profundidad muestran la existencia de cuerpos extraños que se consigue enuclear y hacer caer en la vejiga para luego extraerlo de la cavidad vesical con pinzas endoscópicas sin poder evitar triturarlo parcialmente: la vecindad inmediata del cuello vesical y la amplia comunicación con la uretra hicieron que se optase por tratamiento local no quirúrgico.

Obs. XII. — E. Z., 23 años, casada, enviada por el Dr. A. Parada. Después de su único parto, siente molestias dolorosas durante el coito y padece de polaquiuria. Su dolor lo localiza en la zona vulvar que comprende el meato, el que está congestionado. Al tanto existe una pared vaginal anterior, una zona saliente dolorosa del tamaño de un guisante, cuya presión da salida a pus por la uretra.

Uretroscopia: cuello y trigono vesical congestivo en uretra, zona inflamatoria edematosa en región próxima al cuello que presenta un orificio diverticular en la parte media, con electrobisturí se agranda el orificio completando su curación con instilaciones.



Obs. XII. — A la inspección se observa el divertículo separando los labios de la vulva.



Obs. XII. — Cateterismo del divertículo a través de la uretra para exteriorizar el mismo fuera de la vagina.

Obs. XIII. — G. S. C., 45 años, casada, 3 partos. Enviada por el Dr. A. Parada. Refiere que ha sufrido trastornos tipo cititis a repetición, tiene poliuria y disuria con sensación subjetiva de pesadez genital. Al tacto pequeña tumoración de pared vaginal anterior como avellana que duele y da por expresión pus por el meato. Los gérmenes hallados son estrepto y estafilococo, cistoscopia: trigonitis granulosa, uretoscopia: mucosa uretral congestiva edematosa en porción yuxta vesical izquierda, orificio diverticular se localiza por la salida del pus que se lo abre con electro-bisturi, y la paciente cura.

Obs. XIV. — Historia Nº 4.983. Hospital Argerich. M. L. de A., 50 años, casada, enviada por el Dr. Parada. Refiere que un año después de su último parto comenzó a tener disuria, ardor, con frecuencia tenesmo. Al tacto una tumoración dolorosa en pared anterior de vagina que aumentaba de tamaño y que crecía progresivamente. A la inspección es visible entre los labios de la vulva, a los que separa y está cubierta por mucosa vaginal pálida (Fig. 1). Su tamaño, el de una nuez, dolorosa al tacto. La expresión da salida por el meato a pus abundante y fétido, con contenido de estafilo estre. Uretoscopia: en la vecindad del cuello vesical existe un orificio diverticular que permite la entrada del cistoscopio y es único y situado hacia la derecha.

Radiografía: Con aceite yodado muestra su tamaño y situación (Fig. 2). Operación: Operador Prof. A. F. Landívar. Extirpación del divertículo por vía vaginal y liberación y resección del cuello diverticular, extirpación del tejido de granulación y cierre imbricado sobre sonda uretral en dos planos, sonda permanente durante diez días y retirada la misma hay micción espontánea y curación.

Las variedades anatómicas de nuestra causística nos permiten diferenciar diverticulitis agudas de sintomatología ruidosa. Durante este período raramente concurren las pacientes al examen médico, haciéndolo en la faz de la diverticulitis crónica. En esta variedad la sintomatología es persistente y no fugaz y recidivante como en los casos agudos. Entre los procesos agudos hemos observado la modalidad catarral de las diverticulitis purulentas con formación de absceso, y a las lesiones crónicas pertenecían las observaciones restantes y que comprende algunos divertículos congénitos; formaciones quísticas que después de la eclosión e infección se convierten en nuevas dilataciones saculares de la uretra.

En la sintomatología que lleva al diagnóstico podemos observar que la lectura de nuestras historias clínicas pone en evidencia las diversas manifestaciones sintomáticas de un divertículo, de acuerdo a su situación en la uretra, tamaño y tiempo de evolución.

En su comienzo esta sintomatología se confunde con lesiones inflamatorias de otros órganos y nada tienen de patognómico, haciendo recordar el tipo de cititis y se traducen más comúnmente por polaquiuria, disuria e incontinencia post-miccional.

Por lo tanto tal sintomatología subjetiva para confirmar el diagnóstico debe estar acompañada de signos objetivos como ser el tumor de la pared vaginal anterior.

La palpación con expresión de la uretra dando salida a cierta cantidad de pus es de gran valor y permite el examen bacteriológico de la infección causal.

Como lesiones locales del meato hemos notado en muchos casos congestión y lesión de los conductos donde desembocan las glándulas de Skene.

Entre los puntos esenciales del diagnóstico con fines terapéuticos lo fundamental es el examen endoscópico de los casos que no se evidencian espontáneamente, localizando la entrada del divertículo, el número de orificios, el estado de la cavidad y el contenido mucoso ulcerado o no de la misma.

La uretrografía por contraste nos proporciona ideas en cuanto al tamaño y localización, como podemos observar en los divertículos gramas obtenidos en las observaciones clínicas que motivan esta comunicación.

El tratamiento médico ha sido empleado con éxito en la diverticulitis catarral aguda, empleando medicación local y masaje de uretra seguido de instalaciones modificadoras. La endoscopía es el recurso habitual para el tratamiento de los divertículos pequeños o medianos y con ella podemos ampliar a electrobisturí la cavidad del divertículo acelerando su curación. Los divertículos grandes deben ser tratados por la extirpación quirúrgica.