

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

DIVERTICULO CONGENITO DE LA URETRA ANTERIOR

Por el Dr. RICARDO ERCOLE

Si bien es cierto que los divertículos de la uretra anterior en el hombre, como los de la uretra en la mujer, son de observación rara, su conocimiento es, sin embargo, fundamental, ya que determinan habitualmente una rica sintomatología, que puede confundirse con otras afecciones urológicas si el médico no procede a un examen cuidadoso del enfermo.

En nuestra práctica hemos tratado cuatro casos de divertículos en la uretra femenina que han sido objeto de un comentario en esta Sociedad, y en cambio solamente podemos relatar la presente observación en la uretra anterior del hombre, diferencia de porcentaje que está de acuerdo con la frecuencia relativa de esta afección en ambos sexos. En efecto, en nuestra comunicación ya citada, referíamos la recopilación efectuada por Foucher de un centenar de observaciones de divertículos de la uretra femenina hasta el año 1939 y una serie de estadísticas individuales como la de Walker, de 19 observaciones, Dawson Furniss de 10 casos, Parmenter 8 casos, etc., que elevan considerablemente el número de observaciones relatadas hasta la fecha. En cambio Lowsley y Gutiérrez (citados por Fagerstrom), reúnen hasta el año 1928, 61 casos de divertículos de la uretra anterior y después de entonces el número de observaciones individuales relatadas es reducido.

La escasa frecuencia de esta afección justifica el relato de la presente observación personal, con el fin de contribuir a la casuística del tema.

Observación personal. H. C. 743, Alberto G., 16 años, argentino. Ingres a nuestra Clínica privada el 17 de mayo de 1946.

A. personales: Sarampión y coqueluche en la infancia. Parotiditis a los 11 años. Tratado con hormonoterapia por ectopia testicular izquierda. Recibió una serie de inyecciones a los 7 años sin resultado. Otra serie a los 12 años con los que la glándula ha descendido a su



Figura 1

Ureteroradiografía de frente: En uretra perineal y comunicando con la misma hay una cavidad diverticular del tamaño de una nuez grande, de límites bien netos. Dilatación fusiforme de la uretra bulbar que corresponde inmediatamente por detrás de la estrechez.

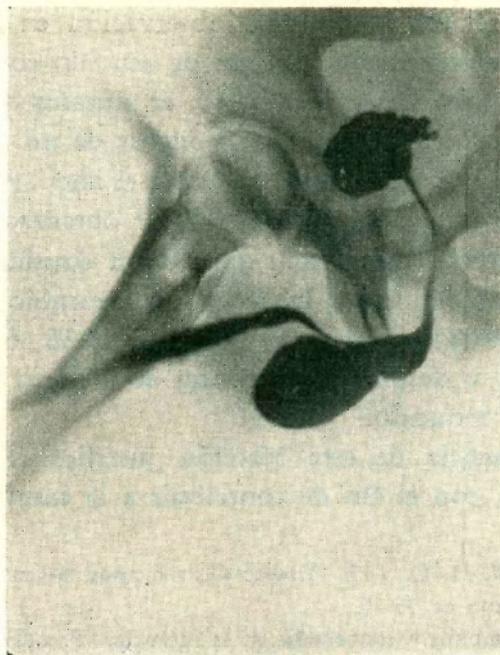


Figura 2

La misma radiografía en oblicua.

sitio normal. Padebió de enúresis hasta los 7 años, curando espontáneamente. No es constipado.

Enfermedad actual: Refieren los padres que desde niño le notaron dificultad en la micción. Nunca tuvo un chorro potente como otros lactantes o niños de poca edad. Al crecer persistió esa disuria, debiendo adoptar posiciones raras o flexiones del cuerpo previas a la micción que era difícil, prolongada, con chorro fino y de escasa proyección. Desde hacen varios meses el paciente nota un pequeño nódulo localizado a nivel del periné, que no le ocasiona molestias. Hacen 20 días se nota decaído, como febril, exagerándose su disuria, orinando gota a gota con intenso ardor y polaquiuria, que le obliga a orinar cada 30 a 45 minutos. Orina turbia, lechosa. Mejora en una semana con tratamiento médico. Hacen 12 días tiene una retención de orina por lo que es sondado en dos oportunidades.

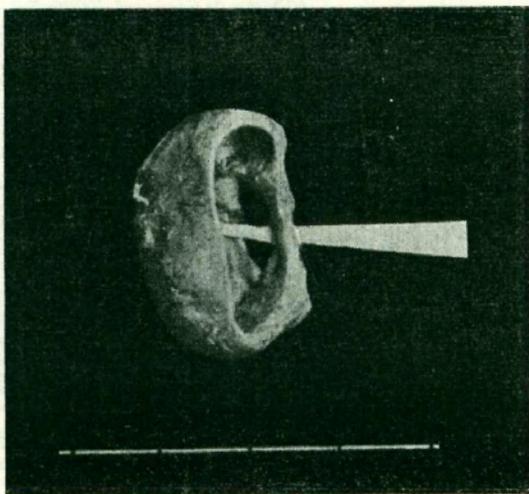


Figura 3
Fotografía del divertículo extirpado.

Desde entonces nota la salida de líquido en forma de gotas por su uretra. El acto miccional es sumamente doloroso.

En la fecha de su ingreso a la Clínica por la tarde, tiene escalofríos intensos, seguidos de unos ascensos térmicos de 40° y refiere un dolor que se irradia a lo largo de la uretra.

Estado actual: Enfermo bien constituido, de escaso panículo adiposo. Tinte de piel pálido. Tensión arterial: Mx. 12 cms.; Mn. 7 cms.

Abdomen: blando, depresible, indoloro. Hígado y bazo: no se palpan.

Aparato génito urinario: Riñones: no se palpan. No hay puntos dolorosos. Uretra: permeable. Residuo vesical de 200 cc. Orinas turbias.

En el examen del periné se constata que a nivel de la raíz del escroto hace relieve una tumoración que palpándola se calcula del tamaño de una nuez grande, lisa, regular, renitente, no adherida a los planos vecinos, dolorosa que comprimiéndola se reduce, determinando la salida de un líquido purulento por la uretra.

Próstata: al tacto rectal normal.

Exploración radiográfica: Rx. directa: negativa. Urograma por excreción: buena elimina-

ción, se dibujan ambos uréteres en toda su extensión, hasta su desembocadura en la vejiga, pero no hay dilatación de la vía excretora alta. Vejiga poco visualizada. Uretorradiografía: En uretra bulbar, y comunicando con la misma hay una cavidad diverticular del tamaño de una nuez grande, de límites bien netos. Uretra posterior normal. Vejiga normal.

Exámenes del laboratorio: 17 de mayo de 1946. *Sangre:* Hematíes: 4.400.000. Leucocitos: 7.900. Hemoglobina: 82 %. Tiempo de coagulación: 7 minutos. Tiempo de sangría: 2'50. Urea en sangre: 0,30 gr. %.

Con el diagnóstico de divertículo congénito de uretra anterior, se decide la intervención quirúrgica, resolviendo efectuar como tiempo previo una cistostomía de derivación.

1ª operación: 23 de mayo de 1946. Anestesia con pentothal sódico. Incisión mediana

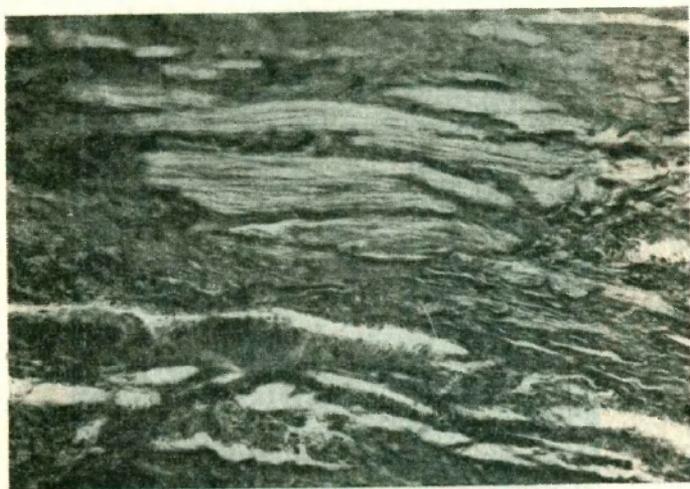


Figura 4

Corte del divertículo que pone en evidencia una pared fibro-muscular en la cual se observan en claro, con la coloración de Van Giesson, las fibras musculares lisas. Intensa fibrosis de la pared.

suprapubiana. Cistostomía amplia. Cuello vesical grueso. Poco extensible. Con el electrobisturí se hace una sección del mismo a las 6 hs. Sonda de Pezzer. Drenaje en el espacio prevesical. Lino a la piel.

Post-operatorios Sin inconvenientes. Evoluciona sin temperatura.

El estado general se repone rápidamente.

2ª operación: 11 de junio de 1946. Anestesia con pentothal sódico. Incisión perineal mediana a la altura de la raíz de las bolsas. Llegado al divertículo se lo diseca ampliamente maniobra que resulta fácil, pues hay un buen plano de clivaje. La base de implantación del divertículo corresponde aparentemente a todo el diámetro del mismo, teniéndose la impresión en el primer momento que más que un divertículo se tratara de una dilatación ampular de la uretra. Sin embargo al resecarlo circularmente y abrirlo se demuestra que efectivamente es un divertículo que tiene un orificio que comunica con la uretra en forma de ojal en sentido longitudinal, de alrededor de 1 cm. de diámetro mayor. El resto de la pared que corresponde en contacto con la uretra es muy delgada, ya que hasta se adivina por transparencia el beniqué

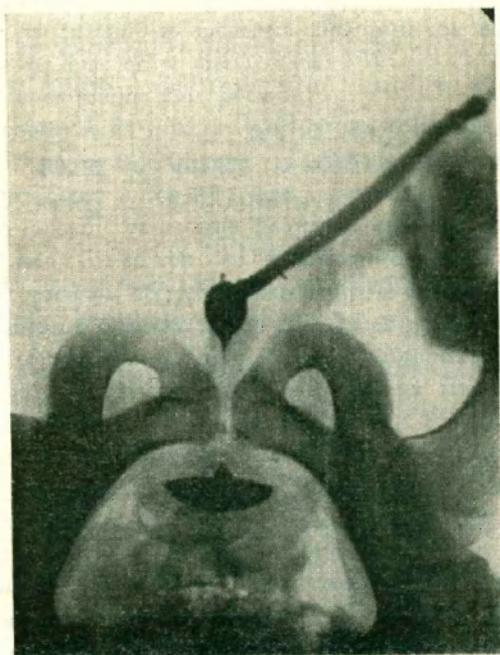


Figura 5
Uretrografia obtenida después de la intervención. No se visualiza más el divertículo, persistiendo la dilatación fusiforme de la uretra en el sector correspondiente al divertículo.

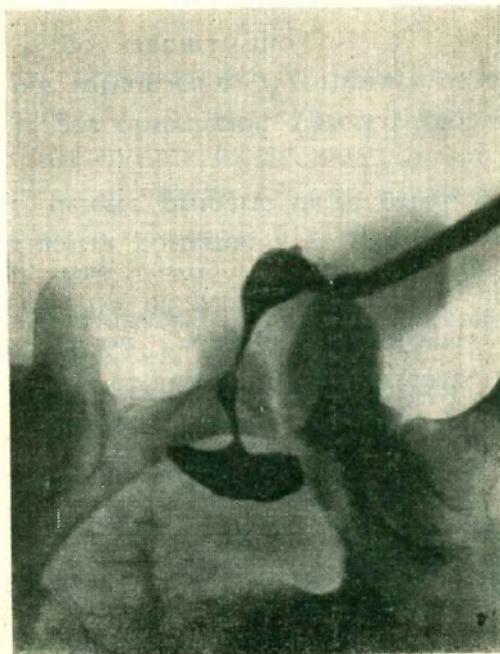


Figura 6
La misma radiografía en oblicuo.

que ha sido colocado en la uretra como punto de reparo. En cambio todo el resto del divertículo está constituido por una pared bien franca y el todo impresiona como un quiste bien limitado. En total el divertículo tiene el volumen de una nuez. Se lo reseca ampliamente. Puntos separados de catgut que no toman la mucosa, pero la aproximan y que reconstruyen perfectamente la uretra. Sulfamida local. Un guante de drenaje. Lino a la piel.

El examen de la pieza operatoria, que debemos a la gentileza del Prof. Dr. Cid, dice:

Descripción macroscópica: Formación diverticular del tamaño de una nuez con un orificio de entrada a la cavidad de 8 x 4 mm. Al corte: Espesor de la pared entre 1 y 3 mm. en parte blanca nacarada. El revestimiento interno es ligeramente granuloso con zonas congestivas.

Descripción microscópica: Divertículo cuya pared interna está muy alterada por procesos inflamatorios. La intensa fibrosis de la pared (por compresión e inflamatoria), hace difícil la identificación de los elementos musculares, en gran parte desaparecidos. Para la microfotografía se ha recurrido a la coloración del Van Giesson que es la única que por el gran contraste permite revelar las fibras musculares, en claro en las microfotografías que se acompañan.

Post-operatorio: Muy bueno. Se efectúa penicilina con carácter profiláctico. Se saca el drenaje al 3º día. La herida drena pocos días más y finalmente cicatriza en totalidad. Sonda uretral a permanencia a los 16 días, cerrándose la vejiga en 3 días. El enfermo orina bien habiendo desaparecido por completo su disuria. Polaquiuria con orinas turbias los primeros días que mejora rápidamente con sulfamida por boca.

Es dado de alta a los 21 días de la intervención.

26 de julio de 1946. El enfermo se encuentra muy bien con micciones normales y orinas claras. Le efectuamos una uretrografía de control.

Uretrografía de control: No se visualiza más el divertículo, persistiendo solamente a nivel donde asentaba el mismo, la dilatación fusiforme de la uretra que se observaba ya antes de la intervención. Uretra posterior normal. Cuello de vejiga normal.

Los divertículos de la uretra en el hombre pueden clasificarse en congénitos y adquiridos. En este sentido nos parece interesante la siguiente clasificación de Watts, modificada por Le Comte y Herschman:

A. Divertículo de uretra anterior:

- I. Congénitos: 1º defecto primario, 2º quiste primario con rotura.
- II. Adquiridos: 1º por obstrucción. A) estrechez. B) cálculo impactado.
2º por inflamación (ruptura de absceso). 3º por traumatismo.
A) perforante. B) no perforante.

B. Divertículo de la uretra posterior:

- I. Congénitos: 1º defecto primario de la pared. 2º quiste primario con rotura.
- II. Adquiridos: 1º por obstrucción (prostatismo). 2º por cálculo prostático. 3º por inflamación. A) ruptura de absceso. B) retracción cicatricial. 4º por traumatismo.

C. Divertículo anterior y posterior:

- I. Ruptura de un absceso o de un quiste de la glándula de Cowper.

Los divertículos adquiridos que responden a las causas que se mencionan en el cuadro anterior, son más frecuentes en la uretra posterior, lo que se explica por las vinculaciones de esta porción del canal con la próstata, asiento frecuente de procesos favorecedores de esta complicación, y en cambio los divertículos congénitos, son extraordinariamente raros en este sector de la uretra, y por el contrario relativamente frecuentes en la uretra anterior.

Fagerstrom, hasta el año 1942, había reunido 19 casos de divertículos adquiridos de la uretra anterior, mientras que Kretschmer, en el año 1936, recopila 21 casos de divertículos congénitos solamente en chicos.

Es necesario distinguir los divertículos uretrales verdaderos y falsos, estos últimos, en general, consecuencia de la apertura de un absceso en la uretra, incompletamente drenado. Los divertículos verdaderos se caracterizan por tener pared propia, la que está constituida por las distintas capas de la uretra, mientras que en los falsos ellas pueden faltar, no existiendo nunca capa muscular. La presencia de un epitelio de revestimiento no es un elemento de juicio concluyente, ya que en algunas circunstancias, como sostiene Le Comte y Herschman, un absceso bien drenado puede recubrirse de epitelio mientras que los procesos inflamatorios dentro de un divertículo verdadero, llegan a destruir su mucosa. En la observación que presentamos, la mucosa de revestimiento ha desaparecido, pero en cambio a pesar del intenso proceso inflamatorio que abarca toda la pared del divertículo, se aprecia la existencia de fibras musculares lisas.

No siempre es posible distinguir un divertículo congénito de uno adquirido, aunque ello, como establece Nicholson, no tiene sino que un interés científico, ya que los signos, complicaciones y métodos terapéuticos, no varían en ambos casos. Mouat, citado por Fagerstrom, dice que en ausencia de antecedentes de litiasis, y cuando no existe estrechez ni otra lesión de orden local, que pueda condicionar la formación de un cálculo uretral o periuretral, u otra lesión que lo determine, el divertículo debe ser considerado como congénito. Para Kretschmer un divertículo es congénito cuando se presenta en chicos cuyos síntomas datan desde el nacimiento. En nuestro caso, teniendo en cuenta la edad del enfermo, la falta de antecedentes, como sugiere Mouat, y la sintomatología de disuria que presenta desde el nacimiento, además del hecho de su localización en uretra anterior, nos hacen considerarlo como congénito, no dándole importancia en este caso a la ausencia del epitelio de revestimiento, dado el intenso proceso inflamatoria que presentaba en el momento de la operación.

Por lo que respecta a los factores que condicionan la formación de un divertículo congénito, es posible hacer algunas especulaciones, teniendo en

cuenta por una parte causas de orden obstructivo durante el desarrollo fetal, como puede ser un retardo en la desaparición del septum entre la uretra peneana y la glandar cuando el orificio primitivo ya se ha cerrado, lo que determina por lo menos una obstrucción temporaria y en consecuencia la dilatación de la uretra peneana y la posible formación de un divertículo (Kaufmann). También se han citado las estrecheces y las obstrucciones del meato uretral o del prepucio (Petz y Watts). Sin embargo es más lógico aceptar que el divertículo sea consecuencia de una alteración en el proceso normal de formación de la uretra, ya sea por una falta de desarrollo del tejido esponjoso de la uretra (Voillemier y De Paoli) por un cierre incompleto y anómalo del canal urogenital (Suter) o por un quiste congénito que se abre secundariamente en la uretra (Johnson).

Sintomatología y Tratamiento: El divertículo de uretra origina síntomas determinados por una parte por la acción mecánica del divertículo y por la otra por su infección, que se produce con frecuencia. Entre los primeros merece citarse la disuria que es de carácter total, chorro corto y fino, que va seguida muchas veces de la pérdida de una pequeña cantidad de orina al vaciarse el divertículo después de la micción. La infección del divertículo, que suele complicarse con la presencia de cálculos en el mismo, determina síntomas variables, según que el proceso quede limitado a la bolsa diverticular y a la uretra, o que sea el origen de una infección ascendente que se propague a la uretra posterior, vejiga o vías urinarias altas.

Teniendo en cuenta que el divertículo asienta siempre en la cara ventral de la uretra, es lógico suponer que en un número elevado de casos, como en nuestra observación, pueda palpase el divertículo al través de la uretra. La uretrorradiografía y la uretoscopia, son elementos de diagnóstico insustituibles para confirmar el diagnóstico y establecer las características anatómicas del divertículo, en lo que se refiere a su tamaño, vinculaciones con la uretra, orificio de comunicación, etc.

La extirpación del divertículo cura radicalmente la enfermedad, y si ella se efectúa como en nuestro caso, previa una cistostomía de derivación, sin la colocación de sonda uretral a permanencia, es posible esperar la curación sin temer la posibilidad de una fistula uretral post operatoria.

BIBLIOGRAFIA

1. *Campbell, M.* — Diverticula of the urethra. *J. of Urol.* Vol. 30, 193, pág. 113.
2. *Chiodin, L. y Litmanovich, M.* — Divertículo congénito de uretra. *Bol. de la Soc. de Cir. de Ros.* T. 13, 1946, pág. 33.

3. *De la Peña, A. y Hendrick, J.* — An unusual type of diverticulum of the urethra. *J. of Urol.* Vol. 39, 1938, pág. 678.
4. *Delgado, R.* — Divertículo congénito de la uretra anterior a contenido piocalculoso. *Soc. de Cir. de Ros.* Vol. 9, 1942, pág. 606.
5. *Ercole, R.* — Divertículos de la uretra femenina. A propósito de 4 observaciones personales. *Rev. Arg. de Urol.* Vol. 14, 1945, pág. 132.
6. *Fagerstrom, D.* — Etiology of acquired diverticula of the urethra anterior and its relation to the cause of post-prostatectomy incontinence. Report of two cases. *J. of Urol.* Vol. 49, 1943, pág. 357.
7. *Kretschmer, H. L.* — Diverticula in the anterior urethra in male children. *Sur. Gin. and Obst.* Vol. 62, 1936, pág. 634.
8. *Le Comte, R. M. y Herschman.* — Diverticula of the male urethra. *J. of Urol.* Vol. 30, 1933, pág. 463.
9. *McKay, R. V. y Colston, S. A.* — Diverticula of the male urethra. *Sur. Gin. and Obst.*, 1921, T. XLVII, pág. 51.
10. *Nicholson, B.* — Urethral diverticula. *J. of Urol.* Vol. 18, 1927, pág. 145.
11. *Rioseco, E. y Vargas, J.* — Congenital diverticulum of the urethra. *The Urol. and Cut. Rev.* Vol. 48, 1944, pág. 209.
12. *Waugh, J. R.* — Diverticula of urethra caused by periurethral abscess. *J. of Urol.* Vol. 28, 1932, pág. 619.

DISCUSIÓN

Dr. Gorodner. — *A pesar de que se trata de una afección congénita, sería interesante ver si en una nueva urografía excretoria existe modificación de las vías altas, como suele ocurrir en las afecciones del cuello.*

Dr. Bernardi. — *Es evidente que por tratarse de un enfermo de 16 años, las anomalías del aparato urinario son extraordinarias. Le pediría al Dr. Ercole, tenga la bondad, de mostrar nuevamente las urografías.*

—Las muestra.

Dr. Bernardi. — *Da la impresión de que el riñón no está completamente rotado, especialmente el derecho. La pelvis está un poco por fuera de la línea media. El cuello de la vejiga, evidentemente, está hipertrófico. Le preguntaría al doctor Ercole si el enfermo no presenta estenosis de la uretra anterior, porque en las primeras fotografías se nota una estenosis. Eso justificaría la existencia del divertículo de la uretra en un enfermo con un terreno esclerótico preparado. No hace divertículo quién quiere sino quién puede.*

Dr. Ercole. — *No hay estenosis de la uretra. A la uretrografía, aparente-*

mente, existe una estrechez, pero he explorado este paciente y he podido pasar toda clase de instrumentos. La uretra es perfectamente permeable.

Le diré al doctor Bernardi, asimismo, que yo no interpreto esto como una rotación del riñón. Me parece una figura renal normal.

Al doctor Gorodner le diré que lamento no contar con la documentación a que ha hecho referencia. El enfermo ha evolucionado bien, pero no hemos hecho una exploración del aparato urinario superior.
