

# Siringocele de Cowper

## Cowper's syringocele

Dres. Dellavedova, Tristán;  
Olmedo, José Javier;  
Ruiz, Patricia;  
Minuzzi, Gustavo.

### INTRODUCCIÓN

Las glándulas de *Cowper* o bulbouretrales están localizadas por debajo la próstata en el compartimiento perineal profundo, a cada lado de la uretra membranosa y desembocan en la uretra bulbar. Fueron descritas por *William Cowper* en 1698 y su función, en conjunto con las glándulas periuretrales o de *Littre* es la lubricación uretral, la secreción de glicoproteínas, incluido el PSA y contribuyen a la composición del plasma seminal.<sup>1,2</sup> Estas glándulas pueden ser afectadas por patología inflamatoria, neoplásica, litiásica o quística.<sup>2</sup>

El siringocele de *Cowper* es una dilatación quística del conducto de las glándulas de *Cowper*. Etimológicamente viene del griego *isyringosí*, que significa tubo y *ícelei*, dilatación. Fue descrito por primera vez por *Max Maizels* en 1983, quien publicó 8 casos de niños con esta patología.<sup>3</sup> Puede ser de origen congénito, –quiste de retención de la porción intrauretral del conducto– o adquirido, por inflamación, infección o trauma. En general, se presenta en niños o adultos jóvenes, puede ser asintomático o manifestarse con síntomas obstructivos o irritativos.<sup>4</sup>

*Maizels* clasificó a esta patología en 4 tipos: siringocele simple, imperforado, perforado y roto.<sup>3</sup> Esta distinción morfológica es difícil de establecer en algunos casos, por lo que *Bevers* propone simplificar la clasificación de acuerdo con la presentación clínica en siringocele abierto, caracterizado por goteo postmiccional y cerrado, con síntomas obstructivos.<sup>5</sup>

El diagnóstico diferencial se plantea con infección urinaria, falsa vía uretral, estenosis uretral, hiperplasia prostática benigna, divertículo uretral,<sup>5</sup> fístula o duplicación uretral.<sup>2</sup>

El manejo de los siringoceles asintomáticos y pequeños es conservador<sup>6</sup> y del resto es quirúrgico.<sup>3</sup>

### CASO CLÍNICO

Varón de 26 años que consulta por disminución del calibre miccional de 2 meses de evolución, medicado con alfabloqueantes –sin mejoría– requiriendo maniobra de *Valsalva* para orinar al momento de la consulta. Se agrega ulteriormente dolor en la raíz del pene.

El examen físico de abdomen y genitales fue normal. El tacto rectal evidenció una tumoración renitente que comprimía la cara anterior del recto. El urocultivo fue negativo y por ecografía se demostró residuo post miccional de 180 cc.

Se realizó uretrocistografía retrógrada y miccional, cistoscopia flexible, ecografía transrectal y RMN, arribando al diagnóstico de siringocele de *Cowper*, variedad

FUCDIM (Fundación Urológica Córdoba para la Docencia e Investigación Médica).  
Wenceslao Paunero 2193, Córdoba X  
5016 HPB Argentina.  
Tel/Fax: (0351) 469-9335 / 469-3207  
E-mail: fucdim@fucdim.com.ar

imperforada de *Maizels* y cerrada de *Bevers* (Figuras 1, 2 y 3).

Se efectuó destechamiento endoscópico de la lesión, sin complicaciones postoperatorias, con remisión de los síntomas obstructivos, con buena evolución post operatoria, persistiendo el goteo post miccional (Figura 4).

## DISCUSIÓN

El siringocele de *Cowper* es una patología infrecuente que se presenta en neonatos, niños y adultos jóvenes.<sup>7</sup> Clínicamente puede manifestarse con goteo post miccional, frecuencia, urgencia, infecciones urinarias recurrentes, dolor uretral, hematuria, o secreción uretral. Se ha reportado como presentación inusual, un caso de litiasis dentro del siringocele.<sup>8</sup> El diagnóstico puede ser incidental, especialmente en niños.<sup>6</sup> En este grupo



Figura 1.

etario, se ha detectado la asociación con estenosis uretral congénita o collar de *Cobbi*<sup>6</sup>, no resultando claro si es común el origen congénito de ambas patologías o si la dilatación es secundaria a la disminución del calibre uretral.<sup>9</sup>

Los métodos diagnósticos más útiles para esta patología son la uretrocistoscopia, que muestra uno o dos orificios distales al esfínter externo a ambos lados de la línea media, o la protrusión proximal al esfínter a la luz uretral y la uretrocistografía.<sup>10</sup> *Selli* propone cuatro criterios diagnósticos radiológicos<sup>10</sup>:

- Paralelismo con la uretra.
- Límite superior no supera el diafragma urogenital.
- Forma tubular.
- Posición del orificio en faz ventral de uretra bulbar.

La ecografía transrectal o perineal también puede ser incluida para el diagnóstico.<sup>11</sup>

El manejo es conservador en siringoceles asintomáticos y pequeños<sup>10</sup> y quirúrgico en los de mayor tamaño y/o sintomáticos.<sup>3</sup> En niños, aún en aquellos sintomáticos, prevalece el manejo conservador, dejando la cirugía sólo para los casos con obstrucción.<sup>7,12</sup> El destechamiento endoscópico o marsupialización con ansa de elec-

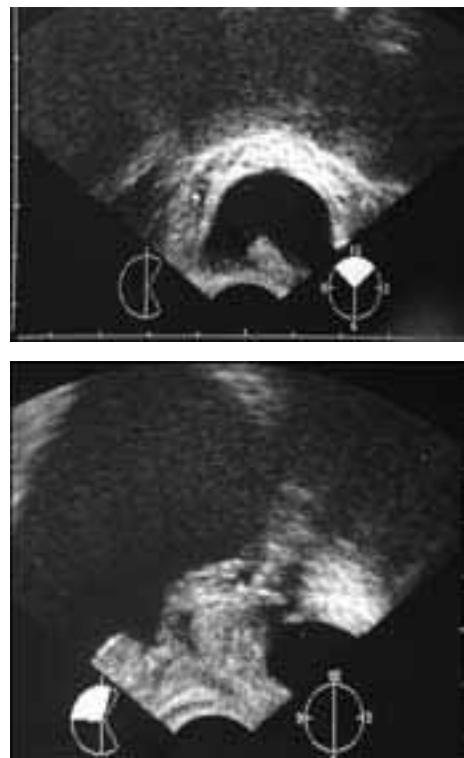
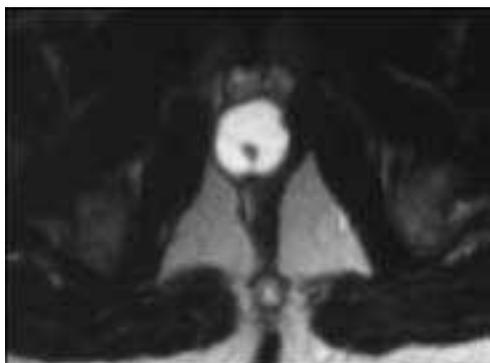
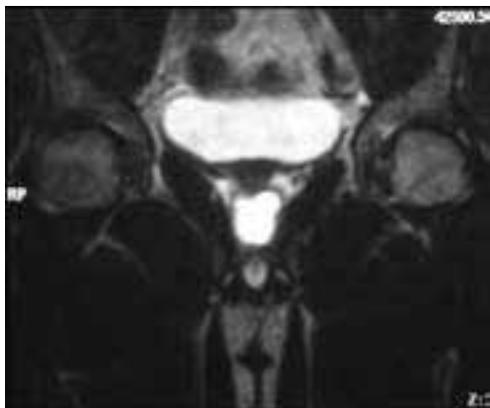


Figura 2.



trocoagulación o con ansa fría es el tratamiento menos invasivo. De esta manera, se comunica toda la cavidad del quiste con la luz uretral resolviendo la infección y la hematuria; sin embargo, como advirtió *Maizels*<sup>3</sup> los síntomas de vaciado pueden persistir. La uretroplastia abierta por vía perineal, además de drenar la obstrucción, devuelve a la uretra su calibre normal.<sup>13</sup>

Para concluir, el siringocele de *Cowper* es una patología subdiagnosticada que debe ser considerada en niños o adultos jóvenes que presenten síntomas obstructivos, irritativos o hematuria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Tanagho EA.: Anatomía del tracto urinario inferior. *Campbell Urología*, 6ª Edición, Tomo 1 pág. 52.
2. Pedron P, Traxer O, Haab F y col.: Cowper's gland: anatomic, physiological and pathological aspects. *Prog Urol* 7(4):563-569;1997.

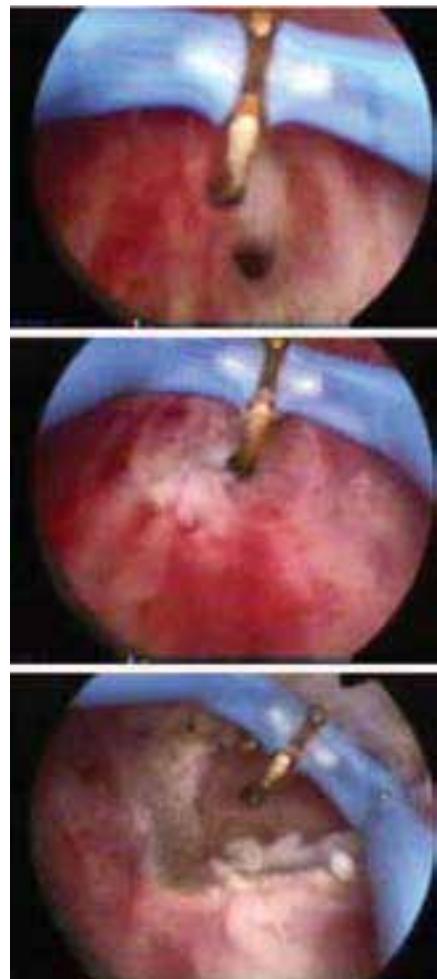


Figura 3.

Figura 4.

3. Maizels M, Stephens FD, King LR y cols.: Cowper's syringocele: a classification of dilatations of Cowper's gland duct based upon clinical characteristics of 8 boys. *J Urol* 129 (1):111;1983.
4. Ghadouane M, Alami M, Kasmaoui EH y cols.: Syringocele; à propos de 2 cas. *Progress en Urologie* 11: 354; 2001.
5. Bevers RFM, Abbekerk EM, Boon TA.: Cowper's syringocele: symptoms, classification and treatment of an unappreciated problem. *J. Urol* 163(3):782;2000.
6. Richter S, Shalev M, Nissenkorn I.: Late appearance of Cowper's syringocele. *J Urol* 160:128;1998.
7. Campobasso P, Schieven E, Fernandes EC.: Cowper's syringocele: an analysis of 15 consecutive cases. *Arc Dis Child* 75(1):71-73;1996.
8. Mutlu N, Culha M, Mutlu B.: Cobb's collar and syringocele with stone. *Int J Clin Pract* 52(5):352-353;1998.
9. Dewan PA.: A study of the relationship between syringoceles and Cobb's collar. *Eur Urol* 30:119;1996.
10. Selli C, Nesi G, Pellegrini G y cols. Cowper's gland duct cyst in an adult male, radiological and clinical aspects. *J Urol and Nephrol* 31:313;1997.
11. Pinos Paul M, Lozano Urnuela F, de Pablo Cardenas A. Syringocele of the Cowper's gland. *Arch Esp Urol* 54 (4):381-383;2001.
12. Campobasso P, Schieven E, Sica F. Cowper's syringocele in children: report of ten cases. *Minerva Pediatr* 47(7):297-302;1995.
13. Redman JF, Rountree GA.: Pronounced dilatation of Cowper's gland duct manifested as perineal mass. A recommendation for management. *J Urol* 139:87;1988.