

## El divertículo de uretra en la mujer\*

Revisión del tema a propósito de un caso.

Dres. Roberto Huelmo \*\*, Rubí Pereira \*\*\* y Hugo Delgado \*\*\*\*.

### INTRODUCCION E IMPORTANCIA DEL TEMA

Desde el primer caso descrito por Hey en 1805 el Divertículo Uretral (D.U.) en la mujer, ha aumentado en frecuencia debido al advenimiento de nuevas técnicas de diagnóstico que utilizadas sistemáticamente, han permitido despistar pequeños divertículos que anteriormente pasaban inadvertidos o con falsos diagnósticos.

Diversos autores consideran la frecuencia entre 3-5 % de la población femenina, con un franco predominio en la cuarta década de la vida (1, 2, 11).

### OBSERVACION CLINICA

S.F., 50a. Sexo femenino. H.C.FF.AA. - Consulta

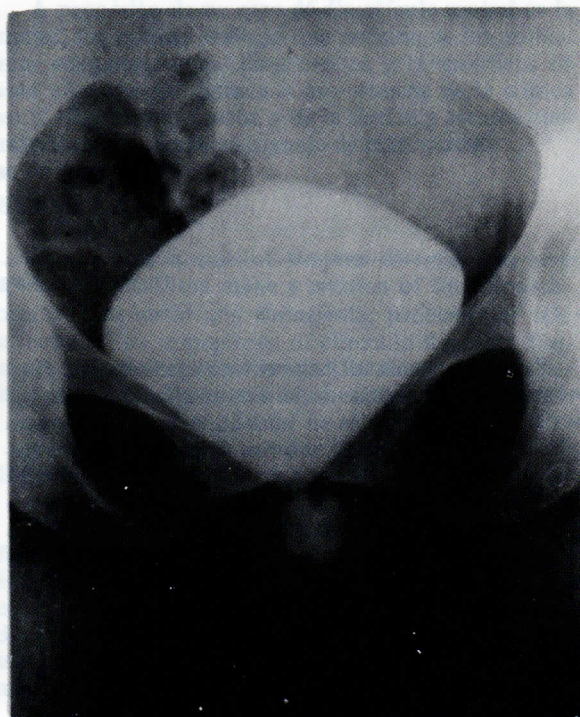
en abril/1980 por pérdida de orina seropurulenta. Ex. clínico Tacto genital: tumefacción sobre pared vaginal anterior cuya expresión produce corrimiento uretral seropurulento. Resto del ex. clínico s/p.

Uretrocistografía: Divertículo Uretral (Fig. 1 y 2).

Se opera en mayo/1980. Diverticulectomía. Cierre por planos de la brecha uretro-vaginal. Buena evolución post operatoria.

Control junio/1980. Escasa pérdida de orina por vagina.

Nuevo control agosto/1980. Moderada incontinencia de orina al esfuerzo.



\* Trabajo realizado en el Servicio de Urología del H.C.FF.AA. - Jefe Equip. May. Méd. Fabián Mendy Noriega.

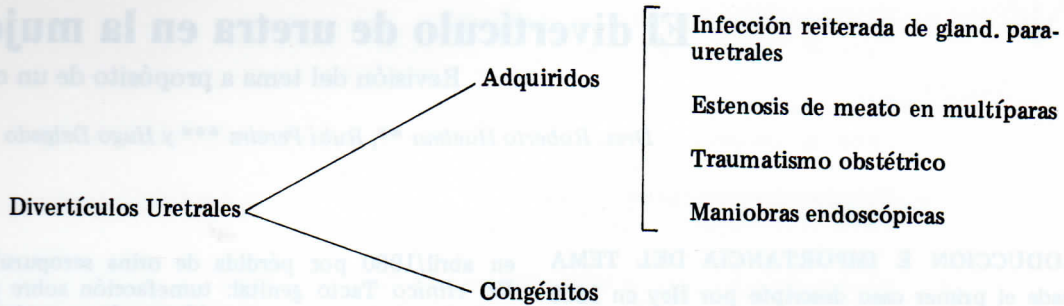
\*\* Equip. Alf. Méd. Residente del Departamento de Cirugía del H.C.FF.AA.

\*\*\* Tte. 2o. Méd. Integrante del Servicio de Urología del H.C.FF.AA.

\*\*\*\* Capitán Méd. Integrante del Servicio de Urología del H.C.FF.AA.

## ETIOPATOGENIA

Los D.U. se pueden dividir en dos grandes grupos (esquema 1).

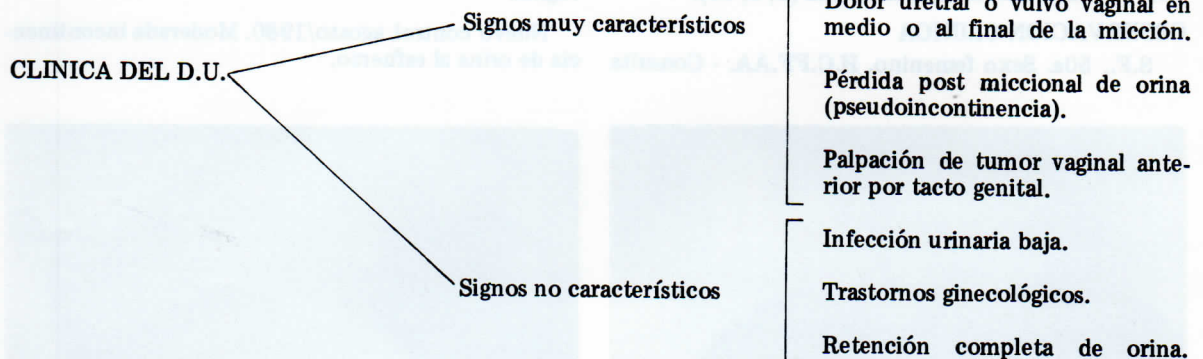


Esquema 1

## CLINICA

La sintomatología del D.U. no es específica y a fin de diagnosticarlo es preciso pensar en él (2, 7, 8,

12). Desde el punto de vista práctico interesa reunir la sintomatología en 2 grandes grupos (esquema 2): signos muy característicos y signos no característicos.



Esquema 2

Papel fundamental juega el tacto genital en el diagnóstico: la existencia de la tumoración cuyas características son variables en tamaño, consistencia o sensibilidad, sobre la pared anterior de la vagina, debe hacer pensar inmediatamente en el D.U. y orientar estudios en ese sentido. La ausencia del tumor vaginal no permite excluir el diagnóstico (3, 12). El corrimiento de un líquido variable (seroso, purulento, rara vez hemático) con la expresión del tumor es un signo casi patognomónico y debe ser siempre buscado.

Raramente se plantean diagnósticos diferenciales con otras situaciones clínicas (uretricitocole, ureterocistocele en uréter ectópicamente implantado, tumor uretral o de pared vaginal anterior) (11).

Deben sí destacarse dos diagnósticos diferenciales de importancia: la infección de las glándulas de Skene y el absceso de pared vaginal anterior; situación esta última de la mayor importancia terapéutica y pronóstica pues el drenaje intempestivo de un D.U. con el

diagnóstico de absceso de vagina conduce inevitablemente a la fístula uretro-vaginal.

## ESTUDIOS PARACLINICOS

Si bien la radiografía simple y la Urografía de Excreción eventualmente pueden orientar el diagnóstico (11), el papel fundamental para su confirmación lo tienen la uretrocistoscopia y la uretrocistografía miccional y post miccional a presión positiva con sonda de doble balón (Davies y Cian), siendo además de invaluable ayuda para una adecuada táctica operatoria, al precisar topografía, número y relaciones del ó los D.U., debiendo para ello ser hecha en varias incidencias radiológicas (4, 5, 7, 9, 11, 12).

En nuestro medio, donde aún no disponemos de la sonda de doble balón, hemos utilizado la sonda Foley introduciéndola unos 2-3 cm. en el canal uretral; una

vez adaptado el balón inflado al extremo distal de la uretra, hacemos realizar el esfuerzo miccional al paciente y tomamos en ese instante el estudio radiológico.

## COMPLICACIONES

- *Litiasis intradiverticular*. La más frecuente; su presencia no modifica en nada la conducta terapéutica.
- *Fístula uretro-vaginal*. Por apertura del divertículo uretral en la vagina. Situación poco frecuente.
- *Carinoma intradiverticular*. También es una complicación poco frecuente. Hasta 1971 sólo se han descrito en la literatura mundial 20 casos, tratándose siempre de adenocarcinomas (10).

## TRATAMIENTO

Si bien en algunos casos asintomáticos o en pacientes de alto riesgo quirúrgico, la conducta puede ser abstencionista, pensamos con la mayoría de los autores que la terapéutica de elección es quirúrgica: Diverticulectomía y cierre de la brecha uretro-vaginal. En algunos trabajos sobre el tema se citan otras conductas quirúrgicas como la marsupialización transuretral o la inyección de agentes esclerosantes en aquellos casos de D.U. multisaculares (5).

La técnica quirúrgica debe ser depurada y basarse sobre el claro conocimiento de la topografía y relaciones del cuello diverticular so pena de lesionar estructuras nobles génesis de complicaciones postoperatorias (cuello vesical, esfínter estriado de la uretra, excesiva resección de mucosa uretral) (9, 11).

Es de gran importancia el reconocimiento exacto de la patología diverticular en el momento de la cirugía; la presencia de supuración intradiverticular es formal indicación de cirugía en dos tiempos a fin de evitar las fístulas postoperatorias que ensombrecen el pronóstico de estos pacientes.

La técnica quirúrgica a aplicar puede resumirse someramente en los siguientes pasos:

- Abordaje por colpotomía anterior longitudinalmente.
- Diverticulectomía tratando de no abrir el saco.
- Plastia en tres planos utilizando material semiabsorbible o de absorción lenta (ác. poliglicólico u otros).

Con respecto a este último punto debemos citar la importancia de realizar las suturas en diferentes sentidos (uretral transversal, vaginal vertical) tal cual lo preconizó en nuestro medio Hughes, con lo cual se reduce grandemente la posibilidad de fístula postoperatoria.

Algunos autores americanos consideran debe preferirse la micro talla vesical como mecanismo derivativo de la orina frente al uso de la sonda uretral que traumatiza la zona recién suturada. La misma se deja por 10-12 días.

## COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

Las mismas pueden evitarse en su mayoría si se respetan los conceptos de táctica y técnica operatoria antes descritos. Sólo las enumeraremos dado que su tratamiento excede los fines de esta comunicación:

- Estenosis uretral
- Fístula uretro-vaginal
- Incontinencia de orina
- Recidiva diverticular
- Lesión uretral cuando el D.U. llega al trígono (excepcional)

## CONCLUSIONES

Debe evocarse la posibilidad de que una infección urinaria baja recidivante tenga un origen quirúrgico y dentro de la misma el D.U. El tacto genital y la colposcopia son elementos clínicos de gran valor en el diagnóstico positivo de esta afección que se podrá certificar por los procedimientos radiológicos ya descritos

Desde el punto de vista terapéutico queremos resaltar el hecho de que la cirugía debe adecuarse a la patología del divertículo en cada caso a fin de evitar las complicaciones posoperatorias.

## RESUMEN

A propósito de un caso de divertículo uretral en la mujer, los autores realizan una revisión de los problemas etiopatogénicos, diagnósticos y terapéuticos de esta afección. Se destaca la importancia de la clínica en el diagnóstico precoz y de la táctica y técnica operatoria para el correcto manejo de esta entidad.

## SUMMARY

Apropos of a case of ureteral diverticulum in a woman the authors make a revision of the etiopathogenic, diagnostic and therapeutic problems of this affection. The importance of clinics in the early diagnosis and of the operative tactics and technique for the correct management of this entity are emphasized.

## RESUME

A propos d'un cas de diverticule urétral chez une femme, les auteurs font une révision des problèmes étiopathogéniques, diagnostique et thérapeutique de cette maladie. Se détache l'importance de la clinique dans le diagnostic rapide et de la tactique et de la technique opérationnelle pour le correct développement de cette identité.

## BIBLIOGRAFIA

1. Andersen, M. J. F. (1967). The incidence of diverticula in the female urethra. J. Uro 102: 451-453.

2. **Benjamin, J.; Elliot, L.; Cooper, J. F.; Bjornson, L. (1974).** Urethral diverticulum in adult female: clinical aspects, operative procedure and pathology. *Urology* 3,1.
3. **Delgado, H.** Comunicación personal.
4. **Davies, H. J. y Cian, L.G. (1958).** Positive pressure urethrography: a new diagnostic method. *Journal of Urology*. 80: 34.
5. **Davis, B.L.; Robinson, D.G. (1970).** Diverticula of the female urethra: assay of 120 cases. *J. Urol.* 104: 850-853.
6. **Gray, L. A. (1968).** Urethrovaginal fistulas. *Am. Jour. of Obst. and Gynec.* 101, 28.
7. **Hermanowicz, M.; Serment, G.; Letreut, P.; Emmonot, M.; Coulange, C.; Ducasou, J.** Le diverticule de l'urethre. *J. Urol. et Nephrol.* 1979. 85: 776-778.
8. **Hoffman, M. J.; Adams, W. E. (1965).** Recognition and repair of urethral diverticula: a report of 60 cases. *Amer. J. Obst. Gynec.* 92: 106-111.
9. **Mattingly, R.; Borkowj, H.** En "Lesiones operatorias agudas de la porción inferior de las vías urinarias". *Clinics Obstet. and Gynec.* 1978. 1: 119-121.
10. **Ney, Ch.; Miller, H. L.; Ochs, D. (1971).** Adenocarcinoma in a diverticulum of the female urethra: a case report of mucous adenocarcinoma with a summary of the literature. *J. Urol.* 106: 874-877.
11. **Suhler, A.; Masson, J. C. (1975).** Le diverticule de l'urethre chez la femme. *Ann. Urol.*; 9 (1), 25-29.
12. **Ward, J. N.; Draper, J. W.; Tovell, H. M. M. (1967).** Diagnosis and treatment of urethral diverticula in the female. *Surg. Gynec. Obst.* 125: 1293-1300.