

## DIVERTICULO CONGENITO DE LA URETRA FEMENINA

Por el Dr. ERNESTO MATTOS

La escasa frecuencia de los divertículos de uretra ha motivado el presente trabajo, con el fin de contribuir a la casuística del tema.

En 1908 Ehrlich estudió 70 casos publicados, clasificando 36 en adquiridos y 34 en congénitos.

Campbell, en 1933, había encontrado hasta la fecha 131 casos, los cuales se relacionaban con niños.

Kretschner, en 1936, recopila 21 casos y Abeshouse, en 1951, revisando la literatura, encontró 94 casos de divertículo congénito, incluyendo un caso propio y 120 adquiridos conteniendo 3 observaciones personales.

Creemos que entre las diversas clasificaciones propuestas, una de las más convenientes es la 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 absceso, B) retracción cicatricial; 4º traumatismo.

### C. *Divertículo anterior y posterior:*

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

Nos parece interesante destacar que los divertículos de uretra son más frecuentes en la mujer que en el hombre, así como también es más común hallarlos en el piso inferior de la uretra anterior.

Según Campbell, los divertículos congénitos pueden estar localizados por orden de frecuencia en: 1º uretra pendular, 2º unión penoescrotal, 3º región del frenillo y 4º uretra bulbar.

Alguien también ha dividido los divertículos en verdaderos y falsos, siendo estos últimos, generalmente, consecuencia de la apertura de un absceso en la uretra, incompletamente drenado; por el contrario, el verdadero es aquel que posee una pared propia formada por las distintas capas de la uretra.

Pensamos que la presencia de un epitelio de revestimiento, no es un dato concluyente, ya que según Le Comte y Herschman, un absceso bien drenado también puede recubrirse de epitelio, mientras que en un divertículo verdadero en el cual asiente un proceso inflamatorio, éste puede llegar a destruir su mucosa. Tal como en el caso referido por Ercole, en el cual, a pesar de tratarse evidentemente de un divertículo congénito, la mucosa de revestimiento había desaparecido, aunque existían fibras musculares lisas.

Si bien el origen y patogénesis del mayor número de los divertículos adquiridos puede ser establecido, no ocurre lo mismo con los congénitos, cuya etiología exacta es desconocida aún, pues no hay una opinión unánime con respecto a las alteraciones embriológicas que son responsables de la formación del divertículo.

Sin embargo, existen algunas teorías que pretenden explicar el origen de este tipo de divertículo; por ejemplo, la de Voilleimier (1868), que cree que al igual que el hipospadia, el divertículo se debe a la oclusión defectuosa de los pliegues uretrales, radicando la diferencia en que en el hipospadia el defecto se extiende a la piel; en cambio, en los divertículos está afectada la uretra.

De Paoli (1885) atribuyó la formación del divertículo a una hipoplasia del cuerpo esponjoso de la uretra. Petz (1900) considera la existencia de una formación estenosante congénita. Watt, en 1906, atribuye el origen a lesiones obstructivas de la uretra en la vida intrauterina. Johnson (1923) cree que los divertículos pueden ser debidos a la persistencia de restos embrionarios.

En algunas oportunidades se han observado, concomitantemente con los divertículos congénitos de uretra, otras anomalías del tracto urinario que no hemos observado en nuestro caso.

Podemos afirmar, a pesar de no contar con el examen anátomo-patológico, que nuestra observación se trata de un divertículo de etiología congénita, pues su diagnóstico fué realizado en una edad muy temprana y por otra parte sus padres notaron la anomalía pocos días después de su nacimiento.

*Sintomatología:* Los divertículos de uretra, ya sean congénitos o adquiridos, pueden manifestarse, especialmente si son de la uretra pendular, por la presencia de una tumefacción piriforme o sacular, blanda, colapsable, la cual se despliega a lo largo del trayecto de la uretra durante el acto miccional.

Podemos observar también un goteo lejos de la micción, haciéndose en algunos casos el diagnóstico erróneo de eneuresis.

En estos divertículos, pronto o tardíamente, y en mayor o menor grado, asienta un proceso inflamatorio, pues luego de cada micción alguna orina queda dentro del divertículo, pudiendo ser esto el comienzo de un proceso infeccioso; atribuyéndose la intensidad del mismo al grado de retención diverticular y a la naturaleza de los agentes infectantes.

En muchos casos, una piuria persistente nos puede llevar a hacer un examen exhaustivo y comprobar que el origen de la misma es un divertículo uretral.

No es infrecuente encontrar cálculos dentro del divertículo, especialmente si en éste asienta un proceso infeccioso.

Por otra parte, la infección puede determinar síntomas variables, relacionados éstos con la magnitud y la extensión del proceso hacia la uretra posterior, vejiga o vías urinarias altas. Si en cambio el proceso se circunscribe a la cavidad diverticular, las manifestaciones clínicas serán diferentes.

La disuria es un síntoma determinado por la acción mecánica del divertículo y no es raro el observarla.

Cuando el divertículo asienta en la uretra pendular, el diagnóstico puede presumirse con la simple inspección, al visualizar la distensión del saco. Además podemos palparlo, pero creemos que la uretrografía y la uretroscopia son elementos indispensables para conocer sus principales características, tales como su forma, tamaño, localización, relaciones con la uretra, etc.

*Pronóstico y tratamiento:* Cuando realizamos un diagnóstico temprano y practicamos la extirpación del divertículo podemos obtener con ello un excelente resultado, desde el punto de vista funcional y estético.

La intervención es más fácil cuando el divertículo asienta en la uretra pendular o perineal. Realizándose una incisión longitudinal sobre el divertículo, el saco se aislará en todo su contorno de los tejidos vecinos hasta llegar a la comunicación entre uretra y divertículo. Cuando la comunicación entre el divertículo y la uretra es amplia, se incidirá el mismo, reseccándolo parcialmente y suturando en varios planos los tejidos periuretrales.

*Historia Clínica N° 4502.* — Nombre: A. N. S. Edad: 1 año. Sexo: Masculino. Nacionalidad: Argentino.

*Antecedentes hereditarios:* Padre y madre vivos y sanos. Una hermana de 10 meses, sana.

*Antecedentes personales:* Nacido de embarazo normal y parto distócico, con fórceps. No pudo ser alimentado por su madre debiéndolo hacer artificialmente.

*Enfermedad actual:* Pocos días después de su nacimiento los padres notan una tumefacción en la cara ventral del pene, ligeramente lateralizada hacia la izquierda, en el tercio anterior de la uretra pendular. Asimismo notan que se distiende durante el acto miccional. En algunas oportunidades su madre ha observado un goteo intermiccional. Refiere asimismo no haber tenido ninguna dificultad para orinar.

*Estado actual:* Paciente en decúbito indiferente. Psiquismo libre. Buen estado general. *Cráneo:* Normocéfalo. *Ojos:* Pupilas simétricas. Reflejos pupilares conservados. *Boca:* Mucosas bien coloreadas. Presenta casi todas las piezas dentarias en buen estado de conservación. *Itsmo de las fauces libres.* *Cuello:* Tiroides no se palpa. No existen adenopatías. No se observan latidos arteriales ni venosos.

*Aparato cardiovascular:* Ruidos cardíacos normales. Presión arterial Mx. 90. Mn. 60-P. 84' con sus caracteres normales.

*Aparato respiratorio:* Tórax a la inspección, auscultación, palpación y percusión: sin particularidades. Bases excursionan bien.

*Abdomen:* Simétrico. Presenta hernia umbilical. Blando, depresible e indoloro. Hígado y bazo no se palpan.

*Examen urológico:* Orinas claras. Riñones: No se palpan. Puntos ureterales: costomusculares, costovertebrales: indoloros. Puño percusión: negativa. Genitales externos. *Pene:* se observa una tumoración de tamaño menor que el de un huevo de paloma, situada en cara inferior y lateral izquierda.

Es blanda, se distiende durante el acto miccional colapsándose después del mismo. A la palpación impresiona como una formación diverticular. La piel es de caracteres normales en esta zona. El prepucio no cubre completamente el glande y al retraerlo no lo hace en forma total. *Testículos y bolsas:* se palpan ambos testículos con caracteres normales, descendidos en las bolsas. Uretra permeable.

*Urograma excretor:* Radiografía directa negativa. Urograma con buena eliminación. Imágenes pielocaliciales normales en ambos lados. Cistograma con caracteres normales.

*Uretrografía:* (Preoperatoria). En la de frente se observa imagen de tipo diverticular en el tercio anterior de la uretra peneana. En la de perfil se observa imagen diverticular.

*Protocolo operatorio:* 15 de abril de 1958; Cirujano: Dr. J. Dotta; Ayudante: Dr. E. Mattos; Anestesia: éter.

Incisión ventral longitudinal sobre el pene, disección del saco en forma vertical y apertura longitudinal del mismo. Se comprueba en este momento que el divertículo constituye una verdadera eventración o saculación de toda la cara ventral de la uretra anterior, en una extensión de 5 cms. a partir del surco bálano prepucial. Resección parcial del saco diverticular y sutura de

la uretra en dos planos. Por arriba de esta sutura aproximación de los planos superficiales. Sutura de la piel con capitonaje de un tubo de goma, sonda ureteral a permanencia.

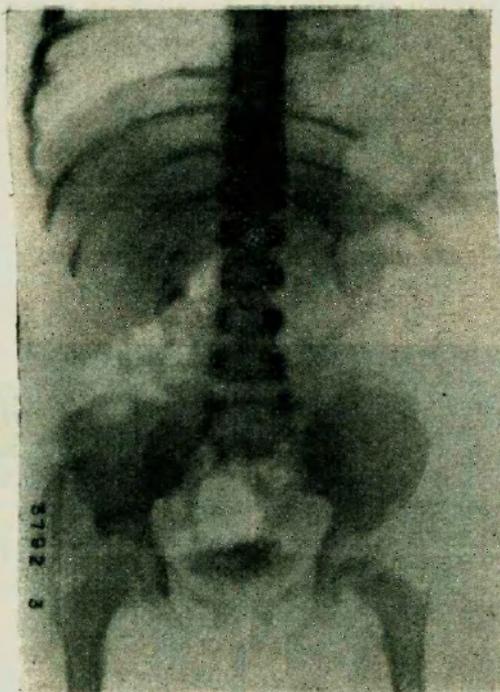
*Diagnóstico:* Divertículo de uretra anterior (pendular).

*Operación:* Diverticulectomía.

*Post-operatorio:* Al cuarto día se retira el capitonaje. La evolución local de la herida es buena excepto en un punto. Se retira la sonda al octavo día y se quitan los puntos al séptimo día.

Examinado en consultorio externo se observa que existe una falla de sutura; es internado nuevamente para reparar la fistula.

*Operación:* 19 de mayo de 1959. Sección circular de la piel alrededor del orificio fistuloso y resección del trayecto, separación de la piel del plano uretral, liberándola lo más amplia-



Urograma excretor a los 30'.

mente posible. Se coloca un punto no perforante para cerrar el orificio uretral, dos puntos en la piel.

*Diagnóstico:* Fistula uretro cutánea.

*Operación:* Resección de la fistula.

*Post-operatorio:* Normal.

*Uretrografía:* (Post-operatoria). De frente: se observa la desaparición de la bolsa diverticular, siendo la uretra ligeramente fusiforme a nivel del divertículo. En la de perfil tampoco se observa la formación diverticular, estando la uretra ligeramente ensanchada.

*Informe anatomopatológico:* No se ha podido obtener por haberse extraviado la pieza operatoria.

### CONCLUSIONES

- 1) El divertículo congénito de uretra masculina es una afección rara de observar.
- 2) Ante una piuria persistente, cuya etiología no es clara, tener en cuenta los divertículos de uretra.
- 3) La uretografía y la uretroscopia son elementos muy valiosos para realizar el diagnóstico de divertículo de uretra y además para conocer sus características.
- 4) Realizado el diagnóstico, el tratamiento quirúrgico debe ser practicado, pudiendo obtener con el mismo, excelentes resultados desde el punto de vista funcional y estético.