

**CASO CLÍNICO****Divertículo uretral femenino. Presentación de tres casos**

Rodríguez Collar TM,¹ Gil del Valle Y,² Ramírez Simonó MR,³

RESUMEN

El divertículo uretral femenino es una entidad nosológica infrecuente y constituye la causa de una variada sintomatología urinaria baja en la mujer, en muchas ocasiones, de curso crónico. Se presentan tres pacientes a las cuales se les diagnosticó divertículo uretral, tanto por sus manifestaciones clínicas, como por la confirmación ultrasonográfica transvaginal. A todas se les realizó la exéresis del divertículo vía vaginal, teniendo una evolución satisfactoria. Se demostró que es una patología en la que tenemos que pensar más a menudo como causa de morbilidad urológica femenina, y que el ultrasonido transvaginal es un excelente medio imagenológico para su diagnóstico positivo, localización topográfica y seguimiento evolutivo posoperatorio.

Palabras clave: divertículo uretral femenino, ultrasonido transvaginal, diagnóstico, tratamiento.

SUMMARY

The female urethral diverticulum is an infrequent nosologic entity, which constitutes the cause of a varied low urinary symptomatology in women, with a chronic course on many occasions. Three patients with a diagnosis of urethral diverticulum as much by their clinical manifestations as by the transvaginal ultrasonography are presented. The vaginal excision of the diverticulum was performed on all of them having a satisfactory evolution. It was shown that this is a pathology we have to think more frequently about as the female urological morbidity cause, and the transvaginal ultrasonography is an excellent imagenologic means to ensure its positive diagnosis, topographic localization and postoperative evolutionary follow-up.

Key words: female urethral diverticulum, transvaginal ultrasonography, diagnosis, treatment.

¹Especialista de segundo grado en Urología; profesor asistente, Hospital Universitario "Dr. Carlos Finlay, La Habana, Cuba; ²Residente de tercer año en Urología, Hospital Universitario "Dr. Carlos Finlay, La Habana, Cuba; ³Especialista de primer grado en Imagenología, Hospital Universitario "Dr. Carlos Finlay, La Habana, Cuba

Correspondencia:
Hospital Universitario Dr. "Carlos J. Finlay."
Calle 114 y Avenida 31. Marianao. Código Postal 11500.
Ciudad de La Habana, Cuba.
email: bhfinlay@infomed.sld.cu

INTRODUCCIÓN

Según Hoffman y Adams,¹ las primeras descripciones de los divertículos uretrales corresponden a Sir Charles Mayfire Charke en 1786, las de Hey en 1805 y las de Lowson Tait en 1890, quien además aportó, por primera vez, la técnica quirúrgica para el tratamiento de los mismos.

Su incidencia en la población femenina adulta es baja, reportándose cifras de 1-5% por Dmochowski² y de 0.5-6% por Triana.³ La edad media de aparición oscila entre los 20 y los 60 años.^{2,4-6} Son adquiridos en 90% de los casos y, en su formación, la mayoría de los autores coinciden en plantear la obstrucción con infección y la subsecuente ruptura de las glándulas periuretrales a la luz uretral, con la posterior epitelización de la cavidad.^{2,4,5}

Son causantes de sintomatología urinaria baja, muy variada, en las pacientes. Las molestias más frecuentes son disuria, polaquiuria y dispareunia,^{2,6} aunque también se han reportado la descarga de pus a través de la uretra, hematuria e incontinencia urinaria.^{2,7,8} En el examen físico se describe la presencia de una masa en la pared anterior de la vagina, que duele al ser comprimida y emana orina o pus por el meato uretral.² El número de diagnósticos aumenta cada día, de acuerdo con el avance de las técnicas de imágenes, como el ultrasonido y la resonancia magnética nuclear.⁹⁻¹²

El tratamiento de elección es el quirúrgico, realizándose la exéresis del divertículo por vía transvaginal con buenos resultados,^{2,4,8,13} aunque se describe la resolución de unos pocos casos con sólo tratamiento antibiótico.^{5,14} Las complicaciones más frecuentes después de la cirugía son la fístula uretrovaginal y la estenosis uretral.¹⁴

En nuestro medio, sólo existen dos reportes sobre este tema,^{7,8} lo que nos motivó a la presentación de estos casos, de larga evolución clínica, y a la revisión de la literatura.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

CASO 1. Paciente EGL de 43 años de edad. Presentaba incontinencia de orina y salida de pus por la uretra. Por este motivo había sido intervenida quirúrgicamente, realizándosele colporrafia anterior. Después de tres años de evolución, se mantenía con la uretrorrea, por lo que asistió a nuestro hospital. En el examen vaginal se constató aumento de volumen ovoide de unos tres centímetros en uretra proximal, y a su expresión digital postero-anterior se obtuvo pus por el meato uretral, con cultivo positivo a *Escherichia coli*. Se le indicó uretrocistografía miccional que fue normal. Se le hizo entonces ultrasonido uretral transvaginal (Figura 1), y se



Figura 1. Ultrasonido transvaginal en corte sagital (CS), donde se aprecia la vejiga (V), el divertículo (D) y la uretra.

constató la presencia de lesión ecolúcida de 2.7 por 2.5 cm en proyección de la uretra proximal y hacia la izquierda.

CASO 2. Paciente AJR, de 56 años de edad. Asiste a consulta por presentar goteo posmiccional, motivo por el cual ya se le había operado hacía un año en otro centro hospitalario por vía vaginal. El examen vaginal no reveló tumor en la zona uretral pero, al comprimirla de atrás hacia adelante, salió orina turbia por el meato; en esa orina se le aisló *Escherichia coli*. Se le indicó la cistografía miccional, la cual fue negativa y, en el ultrasonido transvaginal (Figura 2), se observó una zona ecolúcida de 3.1 por 2.8 cm en el tercio medio de la uretra.

CASO 3. Paciente AIG, de 46 años de edad. Asistió a consulta externa por infecciones urinarias bajas a repetición en los últimos dos años y, recientemente, dolor en la zona uretral durante el coito. En el examen vulvar se observó un tumor hacia el tercio medio de la uretra, que al comprimirlo provocó salida de pus por el meato uretral, con cultivo positivo a *Escherichia coli*. Con la sospecha de un divertículo uretral, se le hizo la cistografía miccional, la cual fue normal y, con posterioridad se le realizó el ultrasonido transvaginal (Figura 3), donde se constató la lesión ecolúcida de 2.3 por 1.8 cm, a la izquierda de la porción media de la uretra.



Figura 2. Ultrasonido trasvaginal en corte sagital (CS), donde se visualiza la vejiga (V), el divertículo (D) y la uretra.

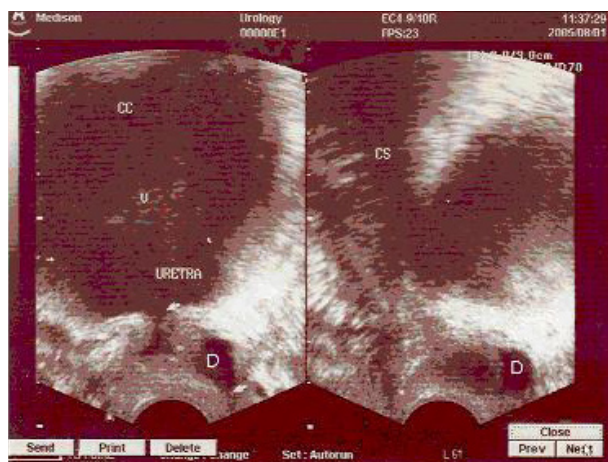


Figura 3. Ultrasonido trasvaginal en cortes coronal sagital (CC) y coronal (CS), donde se define la vejiga (V), el divertículo (D) y la uretra.

A las tres pacientes se les hizo la diverticulectomía vía vaginal, suturándose el orificio uretral residual con ácido poliglicólico 4-0, después un segundo plano con la fascia periuretral con el mismo material y también a puntos separados; la mucosa vaginal se cerró con catgut cromado 2-0. Se les colocó sonda uretral Foley 20 Fr. como derivación urinaria durante dos semanas. Como antibioticoterapia utilizamos 500 mg de ciprofloxacino cada 12 horas por espacio de 21 días.

Fueron evaluadas a los tres meses de la intervención, estando asintomáticas y con ultrasonido trasvaginal de seguimiento normal.

DISCUSIÓN

Los divertículos uretrales son infrecuentes; más aún, si tenemos en cuenta que en muchas ocasiones no se piensa en ellos en aquellas pacientes que asisten repetidamente a la consulta por sintomatología irritativa baja, que recuerda a la cistitis o la uretritis crónicas.^{2,5,6}

Nuestras tres pacientes tenían edades que oscilaban entre la quinta y la sexta décadas de la vida, coincidiendo con los autores consultados^{2,4,6} respecto a la edad media de su aparición.

Las manifestaciones clínicas de estas pacientes son similares a las reportadas en los trabajos revisados,^{2,6-8} en donde observamos la presencia de incontinencia de orina, uretrorrea purulenta, goteo posmiccional, disuria crónica y dispareunia; además, en todas se detectó la salida de pus u orina al comprimir la uretra en sentido posteroanterior, detectándose una masa uretral, al examen vaginal, en dos de ellas.

La *Escherichia coli*, también reportada como uno de los gérmenes más frecuentes, encontrados en el material obtenido de dichas cavidades^{2,5} estuvo presente en los tres casos, lo que explica la sintomatología irritativa crónica que presentaban todas.

Para la confirmación diagnóstica imagenológica, nos fue muy útil la utilización del ultrasonido uretral trasvaginal el cual, desde el primer reporte de Baert y cols en 1992,⁹ ha demostrado con el paso de los años su gran utilidad, ya que además de confirmar la presencia del divertículo, lo ubica con bastante precisión topográfica. Esto último ayuda mucho en el momento mismo de la intervención quirúrgica.^{2-4,6,11,14} En este trabajo se utilizó también el ultrasonido trasvaginal para la evolución posquirúrgica de las pacientes, siendo un medio fácil y seguro para valorar la efectividad del tratamiento.

Con lo anterior no negamos el valor de la uretrocistografía miccional y de la uretrografía con sonda de Te Linde-Davis, sólo que, en nuestros casos, la primera no nos demostró la imagen diverticular, y no

tenemos disponible en nuestro centro la sonda de referencia.

El tratamiento quirúrgico aplicado a nuestras pacientes es similar al reportado en otras series respecto a la vía de abordaje,^{1-8,13,14} siendo la vía vaginal la de elección, con la resección total del divertículo, con el cierre de su cuello en la uretra, tratando siempre de no producir un defecto extremo en la misma para evitar la aparición de una fístula uretrovaginal, una de sus principales y más frecuentes complicaciones.^{2,6,13,14} El cierre del orificio uretral se realizó con ácido poliglicólico 4-0 y la fascia periuretral con este mismo material, para garantizar más tiempo de permanencia de la sutura y una mejor y eficaz cicatrización.

Preferimos la derivación urinaria por sonda uretral y no por cistostomía, como reportan algunos autores consultados,^{2,5} ya que consideramos que es menos traumática, se cumple el mismo objetivo, y la sutura empleada, al ser de absorción lenta, facilita una cicatrización más segura.

La cobertura antibiótica en estas pacientes, tanto pre como posoperatoria, es obligatoria^{2,3,5,6,10} y las fluoroquinolonas orales –como el ciprofloxacino utilizado en esta serie– han demostrado ser eficaces contra la *Escherichia coli*.

Al finalizar este trabajo concluimos que el divertículo uretral femenino es una patología que debemos tener presente ante pacientes con sintomatología urinaria baja crónica, de origen no precisado y que el ultrasonido uretral trasvaginal es un medio de diagnóstico imagenológico seguro para confirmar su presencia primero y, para el seguimiento evolutivo posquirúrgico, después.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hoffman E, Adams EE. Recognition and repair of urethral diverticula. *Surgical Gynecology* 1955;70:1214-20.
2. Dmochowski R. Surgery for vesicovaginal fistula, urethrovaginal fistula, and urethral diverticulum. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan Ed Jr., Wein AJ (Eds). *Campbell's Urology*. 8th Ed. Chapter 35 [CD-ROM]. Philadelphia. Saunders; 2003.
3. Triana MG. Divertículos de la uretra femenina. *Arch Esp Urol* 2001;54(5):441-4.
4. Gousse A, Lorenzo-Gómez MF, Lebouef L. Divertículo uretral femenino. A propósito de un caso. *Actas Urol Esp* 2003;10:814-21.
5. Rock JA, Horowitz IR. Situaciones quirúrgicas de la vagina y la uretra. En: Rock JA, Thompson JD (Eds). *Ginecología quirúrgica de Te Linde*. 8va Ed. Argentina; Editorial Médica Panamericana; 1998. p. 953-8.
6. Canovas Ivorra JA, Prieto Chaporro L, Rodríguez Fernández E, López López C, Quilez Fenoll JM, Romero Maroto J. Tratamiento quirúrgico del divertículo uretral femenino. Nuestra experiencia. Revisión de la literatura. *Arch Esp Urol* 2005;58(1):4-8.
7. Álvarez Quiñones A, Aguilar Labrada G, Valverde Medel M. Divertículo uretral en la mujer. *Rev Cub Cir* 1983;22:650-7.
8. Suárez Falcón E, Ochoa Urdangarain O, González Guerra O. Divertículo uretral femenino. *Rev Cub Cir* 1985;3:264-70.
9. Baert L, Willemsen P, Oyen R. Endovaginal sonography: new diagnostic approach for urethral diverticula. *J Urol* 1992;147:464.
10. Rufford J, Cardozo L. Urethral diverticula: a diagnostic dilemma. *BJU Int* 2004;93(7):1044-7.
11. Yang JM, Huang WC, Yang SH. Transvaginal sonography in the diagnosis, management and follow-up of complex paraurethral abnormalities. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005;25(3):302-6.
12. Blander DS, Rovner ES, Schnall MD. Endoluminal magnetic resonance imaging in the evaluation of urethral diverticula in women. *Urology* 2001;57:660.
13. Porpiglia F. Preoperative risk factors for surgery female urethral diverticula. Our experience. *Urol Int* 2002;69(1):7-11.
14. Orejas López V. Divertículos uretrales femeninos. *Arch Esp Urol* 2002;5:1137.