

DIVERTICULO DE LA URETRA EN LA MUJER *

DR. CARLOS ALBORES CULEBRO

OLVIDADO, y muchas veces desconocido por los ginecólogos, descrito y estudiado principalmente por los urólogos, es más frecuente de lo que se piensa; el divertículo de la uretra de la mujer se manifiesta por un cuadro clínico muy semejante al de una cistitis crónica con brotes agudos, debido a su sintomatología casi exclusivamente urinaria. Se le diagnostica al hacer una historia detallada, una exploración intencionada y teniendo en cuenta siempre este padecimiento.

HISTORIA

Su historia íntimamente ligada a los estudios de la anatomía de la uretra femenina, hasta la fecha no existe un consenso respecto a la constitución y estructura de la uretra en la mujer.

Fue VIRCHOW⁶⁰ quien por primera vez se refiere indirectamente a los divertículos al hablar de concreciones encontradas en las "glándulas uretrales de la mujer", y dedujo al mismo tiempo que deberían ser homólogas a las existentes en la uretra posterior de la uretra masculina.

En 1889, TURNER⁵⁹ encuentra y reporta en su trabajo la existencia de glándulas en la uretra femenina.

VON BRUNN⁶¹ en 1893 describe "nidos" de células epiteliales cercanos a la uretra y que en ocasiones contactan con ella. LUBARCH supone que estos quistes o divertículos podrían ser el resultado de la necrosis central de los nidos epiteliales hallados y descritos por Von Brunn. En ese mismo año ASCHOFF hace un estudio detallado de la uretra de la mujer y no encuentra ni los nidos señalados por Von Brunn, ni glándulas.

Al estudiar uretras de fetos femeninos JOHNSON³² no encuentra glándulas en los 50 milímetros, pero halla en los 55 y 215. Estudia también uretras adultas en cortes transversales y reporta: "a nivel del cuello vesical encuentro algunas glándulas cercanas al epitelio uretral; en la parte media de la uretra existen pliegues mucosos, numerosas glándulas que penetran en la submucosa".

* Leído en la sesión del 21 de octubre de 1959.

MACKENZIE y BECK ³⁸ estudian en el año de 1936, 50 uretras femeninas adultas y encuentran dos tipos de mucosa uretral: una lisa y otra con muchas invaginaciones; algunas estructuras glandulares en la uretra anterior, pero ninguna en la posterior.

CABOT y SHOEMAKER ⁵⁰ en 1931 describió un proceso inflamatorio crónico y fibroso en la región posterior de la uretra de la mujer, que él llamó "próstata femenina", porque producía un obstáculo al buen vaciamiento de la vejiga y que él curaba por resección del cuello. Pensó que debería tratarse de elementos glandulares infectados, semejantes a los de la próstata masculina, y en los cortes histológicos que practicó, encontró glándulas. YOUNG ⁶⁴ en 1940 publica el caso de una mujer de 66 años con obstrucción urinaria que trató mediante resección de parte del cuello vesical con "cuchillo frío" y también localizó, en las secciones practicadas, glándulas periuretrales y marcada fibrosis.

El último estudio que hemos encontrado, es el de BENAVENTI, ³ en 1943. El autor estudió 21 uretras de niñas recién nacidas y algunas hasta de 14 meses, y otras dos de prematuras de 7 meses. En las primeras 7 hizo cortes longitudinales y en el resto transversales y encontró lo siguiente: las glándulas de SKENE ocupan siempre el tercio anterior y medio de la uretra, pero nunca el posterior, sus conductos se vacían siempre en el piso de la misma y muy cerca del meato; el pliegue más constante es el llamado crista uretralis; siempre encontró tejido eréctil en la submucosa uretral; en el 10% de los casos estudiados existe una estructura rudimentaria prostática con elementos glandulares que penetran al esfínter y algunas veces ocupan la parte posterior del septum uretrovaginal. En uno de los casos encontró una formación quística de origen francamente glandular y con metaplasia espinosa. Figuras 1 y 2.

Lo anterior demuestra la divergencia que existe acerca de la estructura anatómica de la uretra, ya que algunos autores afirman lo contrario de otros, hecho muy importante, ya que muchos creen que los divertículos de la uretra son glándulas periuretrales dilatadas y abiertas al canal.

FRECUENCIA

Hasta hace unos 15 años este padecimiento era poco citado, pero últimamente los reportes se han multiplicado, principalmente por urólogos, aunque siempre con casuísticas pequeñas.

DAVIS ¹⁰⁻¹¹ al revisar las estadísticas del Hospital John Hopkins solamente encuentra 9 casos en 1894 a 1935, y de esta última fecha hasta 1958 completan una serie de 121 casos que es la más numerosa en la literatura mundial.

COUNSELLER ⁸ al presentar 71 casos tratados en la Clínica Mayo, les sigue en segundo lugar en cuanto a número.

CULLEN ⁹ hace una revisión y encuentra solamente 37 casos hasta 189. Y SCHMITZ ⁵⁴ en 1939 cita 92 incluyendo 8 personales.

JOHNSON ³² revisa los archivos de un hospital y no encuentra un solo caso de divertículo uretral en la mujer en 140,000 admisiones.

En Italia, GAROFALO ²⁴ reporta 5 casos; BALBI y PITTONI, ¹ un caso.

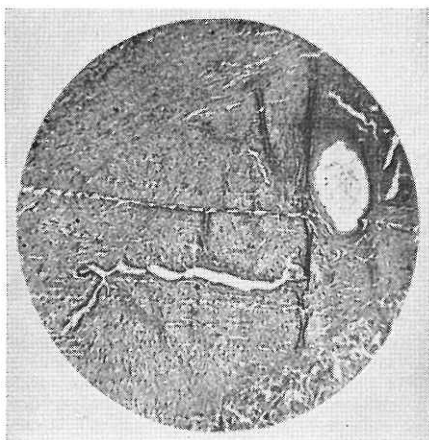


FIG. 1

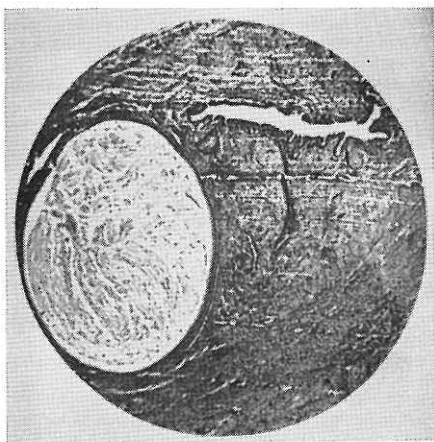


FIG. 2

En Argentina SURRA y CAARD⁵⁷ dan cuenta de 5 casos de ESCOLER¹⁸ dos casos; ROCCHI⁵⁰ recientemente publica un interesantísimo caso de divertículo en una niña recién nacida; GUIXA y OTTURI²⁵ reportan dos casos y LAVALLE y POLIAK⁸⁶ otros dos.

MUÑOZ ESCODA⁴⁴ describe un caso en España y YOUNGER⁶⁵ dos.

En México no hemos encontrado ni un solo caso citado a pesar de que hemos revisado lo mejor posible las revistas nacionales; pero hay que tener en cuenta que es difícil encontrar una hemeroteca completa y quizá pueda haber algún trabajo acerca de este tema.

Como podrá verse no es un padecimiento demasiado frecuente, o cuando menos no aparece pródigamente en la literatura.

ETIOLOGÍA

Hay un completo desacuerdo en la etiología y clasificación de los divertículos uretrales en la mujer, debido principalmente al desconocimiento que se tiene de la embriología y de la anatomía normal de la uretra femenina. Ya nos referimos en la primera parte cómo son contradictorios los hallazgos anatómicos, pues mientras unos afirman la existencia de glándulas periuretrales en toda la extensión o solamente en su tercio posterior, otros niegan la existencia de dichas glándulas. Este hecho es de gran importancia ya que, las glándulas periuretrales explican la causa del divertículo y deberían aceptarse como congénito.

Divertículos congénitos. Quienes afirman el origen congénito de los divertículos se basan en los hechos siguientes: JOHNSON³² cita un caso de divertículo de la uretra de una niña recién nacida; ROCCHI⁵⁰ acaba de publicar en 1958 otro divertículo en niña recién nacida; MOORE⁴³ descubre en un divertículo la desembocadura de un uretero ectópico. Estos casos solamente pueden explicarse como de origen congénito.

A los hallazgos anteriores debemos añadir que muchos investigadores han encontrado glándulas periuretrales, principalmente en su tercio posterior, que al dilatarse por obstrucción de su canal formarían estos divertículos. BENEVENTI en sólo 21 exámenes encontró glándulas en la uretra posterior y también un quiste que seguramente se formó por la influencia de varias glándulas como vimos en las figuras 1 y 2.

COUNSELLER⁸ dice que estos divertículos son defectos congénitos de la pared uretral, muy semejantes a los divertículos del colon o de la vejiga, que se dilatan y dan después sintomatología porque no se vacían bien debido a obstrucciones del cuello e infección añadida.

Otros autores, entre ellos PARMENTER,⁴⁰ asientan que también podrían ser restos embrionarios de los conductos de Gartner o de Wolff, o también posiblemente a quistes vaginales que se abrieran hacia la pared uretral.

Divertículos adquiridos. MCKENZIE, BECK, SHOEMAKER y CABOT y otros que niegan la existencia de glándulas uretrales y, por lo tanto, no aceptan que los divertículos sean congénitos, sino piensan que todos son adquiridos a consecuencia de lesiones traumáticas o infecciones que debilitan la pared uretral y permiten su saculación; o bien por estenosis del meato que aumentaría la pre-

sión; por cálculos pequeños que dilaten la uretra. Apoyan también su aserto en que los divertículos se presentan casi siempre en múltiparas y en ocasiones con antecedentes traumáticos (fórceps, dilataciones uretrales, etc.).

Anatomía patológica.

Los divertículos de la uretra son formaciones saculares, de forma ovoide o esférica; su tamaño varía desde medio centímetro hasta ocho de diámetro; se sitúan casi siempre en la cara posterior de la uretra, entre ésta y la pared vaginal, y pueden estar en el tercio anterior, medio o posterior, siendo frecuente este último. Comunican a la uretra por un orificio que puede ser de un milímetro hasta seis o siete de diámetro; en ocasiones se han descrito dos orificios. El orificio frecuentemente se encuentra en el tercio posterior, pero puede estar también en el anterior y medio.

Los divertículos casi siempre son uniloculares, habiéndose reportado algunos casos en que era multiloculado, y el autor culpa a esta formación el fracaso terapéutico al haberse reproducido un divertículo, que fue un lóculo no extirpado.

Se ha descubierto también la formación de cálculos en el interior del divertículo, la primera referencia hecha por VIRCHOW y la tomada de Hunner demuestra el divertículo y varios cálculos que estaban en su interior.

La constitución anatómica de la pared diverticular no es constante, en ocasiones es delgada y transparente, un falso saco y en otras se encuentran reproducidas todas las capas de la uretra y aún se ha descrito una formación esfinteriana en el orificio y cuello del divertículo; GAROFALO²⁴ lo describe así: el interior del divertículo con epitelio limitante bien definido; llama la atención el arreglo de las células de la submucosa que son febriles largas conectivas orientadas longitudinalmente, pero en el cuello siguen un arreglo de tipo esfinteriano.

Transcribimos el informe del Dr. Arnulfo Portales del estudio anatómico de uno de nuestros casos, el número 3:

Descripción macroscópica.

"El espécimen consiste en un fragmento de tejido que ha sido previamente fijado de forma ovoide, mide $40 \times 28 \times 18$ mm. Su superficie externa está revestida por mucosa que es ligeramente rugosa y de color blanquecino, el espesor de la mucosa mide 3 mm. inmediatamente por debajo del mismo se observa una capa de tejido celular subcutáneo que mide $1/2$ mm. de espesor. Su superficie interna muestra en su porción central un orificio que mide 9 mm. de diámetro y que se comunica con una estructura sacular que mide 16 mm. de profundidad la cual se encuentra revestida por mucosa. La pared de esta estructura se encuentra plegada y surcada y en los pliegues se observan pequeños concrementos de material amarillo grisáceo que semeja orina."

Al corte se observa que el saco está rodeado por una capa de tejido fibroso que varía de 5 a 10 mm.

Descripción macroscópica.

La pared del divertículo está revestida por una capa de epitelio plano estratificado no queratinizado, de grosor variable que en algunas zonas se ha destruido parcialmente y en su lugar se encuentra un exudado inflamatorio compuesto de abundantes leucocitos polinucleares neutrófilos que se extienden a

cierta distancia de la pared donde también es posible ver moderada vasodilatación y proliferación fibroblástica. En otras zonas la mucosa revela *arenas* de hemorragia. Que igualmente se extienden a cierta distancia en la misma pared la cual está constituida principalmente de tejido conectivo y fibras musculares lisas dispuestas ordenadamente y con caracteres normales, dichas fibras musculares muestran algunos vasos sanguíneos de diverso calibre. Hacia la profundidad de la pared se observa nuevamente una capa de mucosa compuesta por epitelio plano estratificado y no queratinizado, que muestra ligera proliferación de su capa basal formando algunas pequeñas papilas, que se insinúan en la submucosa la cual queda confundida con la capa muscular descrita previamente.

Cuadro clínico.

Las personas con divertículo de la uretra presentan un cuadro clínico muy semejante a una cistitis crónica o de recaídas en el que fracasan todos los tratamientos para esta infección; los síntomas principales y más frecuentes son: dolor, polaquiuria y disuria, incontinencia moderada de orina, dispareunia.

Dolor: Generalmente hipogástrico y suprapúbico; a veces vaginal con irradiación hacia el recto, o bien sensación dolorosa y pesadez en periné.

Polaquiuria, disuria y estraguria terminal es sintomatología constante y, además, se queja la enferma de no quedar satisfecha después de orinar y algunas tienen necesidad de comprimir la pared anterior de su vagina, lo que les produce alivio.

La dispareunia muy constante, también es síntoma frecuente de este padecimiento.

En buen número de casos hay hematuria y en algunos retención urinaria.

A continuación inserto el cuadro de DAVIS¹⁰ y de la sintomatología más frecuente hallada en sus 121 casos.

<i>Síntoma</i>	<i>Casos</i>	<i>%</i>	<i>Síntoma</i>	<i>Casos</i>	<i>%</i>
Polaquiuria	100	83	Incontinencia de es-		
Disuria	76	63	fuerzo	31	26
Estranguria	48	40	Dispareunia	29	24
Hematuria	32	26	Disuria Terminal	16	13
Sensación vaciado Vesic.			Retensión urinaria . . .	3	3
incompleto	32	26	Piuria	2	2

A la exploración hay dos signos de gran significación: salida de líquido purulento por el meato al hacer la expresión de la uretra: una tumoración suburetral es un signo muy importante, aunque no siempre es visible claramente, pues se confunde fácilmente con un cistocelé al parecer como un prolapso de la pared anterior de la vagina; pero el tacto nos quitará dudas, pues podremos sentir la tumoración a veces renitente y dolorosa y aun empastada cuando hay fenómenos inflamatorios alrededor del divertículo y también disminuirá de tamaño y consistencia al vaciar su contenido a la uretra.

La cistoscopia y uretroscopia, exploraciones obligadas en toda mujer que presenta fenómenos urinarios, nos dará muy buena información: casi siempre encontraremos una mucosa vesical sana o quizá signos discretos de trigonitis; pero la uretroscopia nos demostrará el orificio del divertículo y aún podremos llenar éste con el agua del panendoscopia que es el más indicado para esta exploración.

El examen radiológico también nos demuestra muy claramente el divertículo. Podemos llenarlo con aire o con medio de contraste líquido, y también llenar la vejiga con aire y el divertículo con medio opaco, como se demuestra en las radiografías tomadas por el Dr. Alcántara Carbajal.

Casos personales.

Número 1. L. M. de S., de 39 años de edad, originaria del Distrito Federal, casada desde hace 11 años. Ha tenido tres partos eutócicos y un aborto, el último hijo hace dos años. Después de este parto se inicia su padecimiento con polaquiuria, disuria, sensación de falta de vaciado completo de su vejiga, incontinencia terminal y dispareunia. Estos síntomas persisten hasta la fecha, en ocasiones se agudizan y se acompañan de fiebre y calosfríos, y aunque tienen remisiones después de algunos tratamientos, desde que principió nunca ha estado completamente libre de esa sintomatología.

Ha sido tratada durante todo su padecimiento con desinfectantes urinarios, antibióticos, lavados vesicales, dilataciones, masajes, etc., que le proporcionan ligera mejoría pasajera.

Persona físicamente íntegra y a la exploración solamente encontramos: vulva entreabierta que deja ver la pared anterior de la vagina ligeramente abombada; desgarró perineal de primer grado. Al tacto es dolorosa la pared anterior vaginal y se palpa alrededor de la uretra una masa alargada, que al comprimirla se ve salir por el meato pequeñas cantidades de pus.

Se le practica cistoscopia que es negativa, pero al retirar el panendoscopio para examinar la uretra, se vio claramente el orificio de comunicación con el divertículo que se llenó de agua y se hizo más aparente.

Fue operada el 22 de junio de 1956, extirpándosele un divertículo ovoide de 3×3 , 5×2 . Se comunicaba con la uretra en su tercio posterior.

Caso número 2. Señora C. M., de 36 años, casada hace 16, originaria de Chihuahua, ha tenido tres hijos, el último hace tres años. Su primer parto fue difícil y le aplicaron fórceps.

Se inicia su padecimiento hace año y medio con polaquiuria, incontinencia de esfuerzo y dispareunia. Estos síntomas se agudizan a cada 2 ó 3 meses, frecuentemente después de la regla, y se añade dolor en hipogastrio irradiado a la región lumbar.

Exceptuando hernia postincisional subumbilical, físicamente es normal, encontrándose el examen ginecológico: vulva entreabierta que permite ver la producción de pared anterior vaginal y ligero prolapso de la mucosa uretral. Cérvix: erosión y quistes de Naboth. Al tacto se aprecia tumoración ovoide y renitente posterior a la uretra. Al hacer la expresión se obtuvo líquido purulento por el meato.

Cistoscopia. Cavidad vesical normal. Uretra enrojecida y no se encontró el orificio de comunicación, sino hasta la segunda uretros copia en que visualicé un pequeño orificio de comunicación.

Fue operada el 7 de mayo de 1957, habiéndose extirpado un divertículo que estaba adherente a los planos vecinos y el orificio de comunicación se encontró en el tercio posterior de la uretra.

Caso número 3. P. M. B. de 44 años, originaria de Torreón, casada hace 25 años. Ha tenido 8 hijos y 4 abortos; su último parto hace cuatro años. Le aplicaron fórceps en uno de sus partos.

Hace dos años menorragias intensas que cedieron a tratamiento médico. Hace un año notó una pequeña tumoración en su vulva que le ha ido creciendo y le produce pesadez perineal, polaquiuria y disuria, así como dispareunia.

A la exploración se encuentra matriz dura, de unos 9 cm. de diámetro longitudinal, situada normalmente y de forma normal. Cuando hace esfuerzo se nota la salida de la pared anterior de la vagina, y al tacto puede palparse bien una tumoración como de cuatro centímetros, de superficie lisa, ovoide, no dolorosa y de consistencia renitente, que disminuye de tamaño después que se hace la expresión de la misma, lo que produce salida de pus por el meato.

A la uretroscopía se encuentra el orificio de comunicación muy fácilmente, como de 4 mm. de diámetro, y puede llenarse muy bien con el agua del panendoscopia.

Uretrografía. Se hace una solamente con aire, y la segunda con aire en la vejiga y medio de contraste inyectando directamente al divertículo.

Se opera el 1º de junio de 1959, extirpándose el divertículo que fue descrito al tratar de anatomía patológica.

Tratamiento.

Deberá ser quirúrgico, pues los tratamientos médicos que se han preconizado fracasan siempre. Deberá hacerse la extirpación completa del divertículo y ser meticoloso en el cierre del orificio de comunicación con la uretra, así como la reconstrucción anatómica de todos los planos, para evitar fistulización posterior.

La posición de la enferma es importante, pues aunque la usada comúnmente es la ginecológica, se facilita más la operación al usar la genupectoral modificada.

Técnica clásica.

- a) Separación y fijación de los grandes labios por medio de una puntada a la cara interna del muslo.
- b) Se colocan dos pinzas de Allis para fijar la pared vaginal que recubre al divertículo: una inmediatamente debajo del meato y la otra en el polo superior del divertículo.
- c) Incisión de la mucosa vaginal dejando una elipse a lo largo de ésta, que servirá para hacer tracción y también para evitar romper la pared diverticular. Se inicia despegamiento lateral de ambos bordes de la herida.
- d) Se toma el divertículo con pinzas de Allis precisamente de la parte donde está cubierto de la mucosa vaginal que se dejó, para hacer tracción con ellas y poder hacer más fácil la disección hasta llegar al cuello diverticular en su unión con la uretra. O bien puede hacerse también alguna de las maniobras que describiremos posteriormente.
- e) Sección del cuello del divertículo. Inspección del orificio de comunicación que podrá verse, gracias a la sonda uretral que nos ha servido de referencia.
- f) Cierre del orificio de comunicación con catgut crónico 00 y puntadas no penetrantes a la mucosa uretral. Esta sutura se refuerza con dos planos más de tejido periuretral.
- g) Se completa la hemostasis cuidadosamente, se sutura la mucosa vaginal, y se deja una sonda de retención a la vejiga que permanecerá de 5 a 7 días.

Modificaciones y detalles a la técnica.

ELLIK MILO,⁴¹ introduce una sonda de Foley a la vejiga para hacer tracción y presentar bien la tumoración; toma la mucosa vaginal, sobre el tumor, con dos pinzas de Allis muy cercanas una de la otra, hace una pequeña incisión entre las dos, y penetra al divertículo. A través de esta incisión lava con agua oxigenada la cavidad y limpia con gasa, tratando de erosionar el epitelio de revestimiento diverticular. Rellena después la cavidad con oxícel o gelfoam y cierra la herida. Deja sonda vesical a permanencia y espera que el divertículo se convierta en un tumor fibroso.

Esta técnica descrita por MILO, ya había sido usada por otros que rellenaban la cavidad con gasa no absorbible, técnica abandonada porque frecuentemente deja fistulas uretro vaginales. Sin embargo, el autor dice que ha obtenido buenos resultados, que es muy sencilla y que el tejido fibroso ocluye completamente el orificio de comunicación.

HAYAMS y HAYAMS.²⁷ Aconsejan rellenar el divertículo con gasa para convertirlo en un cuerpo duro y poderlo disecar.

FURNISS.²² Su técnica consiste en incidir la mucosa vaginal hasta abrir el divertículo; electrocoagula la mucosa, lo empaca con gasa y lo deja así. Si se fistuliza, en un segundo tiempo cierra el defecto.

MOORE.⁴³ Su técnica es igual a la clásica, pero ha ideado un artificio muy bueno para lograr la extirpación y disección del divertículo: después de hacer la disección de la mucosa vaginal que cubre al divertículo y disecarla a ambos lados, hace una pequeña incisión a través de la pared diverticular por el que introduce una sonda Foley, a la que previamente le cortó el extremo que sobrepasa al globo inflable; se cierra con jareta en bolsa de tabaco la pared del divertículo; se infla el globo, y ya tenemos un tractor y un indicador del divertículo que podrá disecarse más fácilmente.

HUNNER.³¹ El practica el "translape" de la mucosa vaginal con objeto de reforzar más la sutura de la uretra y que los planos sean más resistentes.

Complicaciones.

Las más frecuentes son: fistula uretro-vaginal, reproducción del divertículo e infecciones vesicales.

La fistulización se debe siempre a una técnica defectuosa o a infección de los planos de sutura; se presenta unos 4 a 6 días después de la operación, y el tratamiento obligado es el cierre de la misma en el tiempo apropiado.

Cuando hay reproducción del divertículo se debe a que la extirpación fue incompleta porque el cirujano se perdió en su disección y dejó una parte de pared y mucosa, o bien porque se trataba de uno multiloculado y no fue extirpado completamente.

Un postoperatorio bien llevado evitará las infecciones vesicales por la sonda a permanencia, así como algunas otras pequeñas molestias.

RESUMEN

Se presentan tres casos de divertículo de la uretra en la mujer.

Se hace una revisión de la literatura.

Se enfatiza la necesidad de que el ginecólogo piense en este padecimiento y haga una exploración intencionada cuando se presenten fenómenos urinarios en pacientes ginecológicas.

REFERENCIAS

1. Balbi, M., Pittoni, G.: *Un caso di diverticolo del l'uretra femminile, descrizione clinica e radiologica*, Minerva Urol., Tor. 10-(4), 100-1, 1958.
2. Barr, J. S.: *Urethral diverticulum in the female, a case report Mississippi*. Doctor 36(5), 94-5, 1958.
3. Beneventi, F. A.: Surg. Gynec. and obst., 76: 64-76, 1943.
4. Cabot, H.: *Proc. Staff Meet Mayo Clinic*. 11: 580, 1936.
5. Campbell, J. H., Locke, C. C.: *Dystocia secondary to a diverticulum of the Urethra with calculi* Tr. Southeast. Secth. Am. Urol. Ass. 18th Annual Meeting, 146, 1954.
6. Carson, R. B.: Bol. Asoc. Méd. de Puerto Rico 42: 475, 1950.
7. Comarr, A. E., Bors, E.: *Perineal urethral diverticulum; complication of removal of ischium*. J. Am. Ass., 168(15), 2000-3, 1958.
8. Couseller, V. S.: Am. J. Obst. & Gynec. *Urethral diverticulum in the female study*, 57: 231-236, 1949.
9. Cullen, T. S.: *Abcesses and Diverticula in the female urethra*. Jour. Urol. 33: 498, 1935.
10. Davis, D. H.: *J. Urology*, 80, 34-39, 1958.
11. Davis, H. J.: *Positive pressure urethrography*, J. Urol. 75: 753-57, 1956.
12. Delgado, R.: Bol. Soc. de Cir. de Rosario 9: 607, 1942.
13. Díaz Colodrero, A. A.: Rev. Méd.-Quir. de Pat. Fém. 16: 387, 1940.
14. Downer, I. G., and Virgilio, F. D.: *Divert of the female urethra, reviu of literature*, J. Urol. 54: 53-58, 1945.
15. Dunn, R. D.: *Urethral diverticulum in the female*. West. J. Surg. 63(11), 689-95, 1955.
16. E. and A. de la Peña: Rev. Españ. Cir. 2: 10, 1945.
17. Edwards, E. A., and Beebé, R. A.: Obst. and Gynec. 5: 729, 1955.
18. Escoler: *Div. de la uretra femenina*, Argent. Rev. de Urol., 14: 132, 1945.
19. Everett: *Gynecological and obstetric*. urology-Williams Wilkins, Co. Baltimore, 105, 11, 1944.
20. Folson, A. I., and O'Brien, H. A.: J. A. M., 128: 408, 414, 1945.
21. Folson, A. I., J. Am. M. Ass., 97: 1345-50, 1931.
22. Furniss, M. D.: *Suburethral abscesses and Diverticula in the female, Urethra*. Jour. Urol. 33: 498, 1935.
23. Gaston, E. A., and Ferrucci, A.: *Calculus formation in a urethral diverticulum in woman*. New. Eng. Jour. Méd. 221: 379-83, 1939.
24. Garofalo, F.: *I. Diverticoli del urethra muliebre*. Arch. Ital. Urol. 27: 255, 1954.
25. Guixa, K. L., Ottori, J. E.: *Contribución al estudio del divertículo de la uretra femenina*, Sem. Méd. B. Air, 107(6), 277-85, 1955.
26. Granverg, P. O.: *Svartholm, F., Urethral diverticula in the female with special reference to the roentgenographic diagnosis and the results of surgery*, Acta Chir, scand. 115(1-20), 78-88, 1958.
27. Hyams, J. A., and Hyams, M. N.: *A new operative procedure for the treatment of diverticulum of the female urethra*. Urol. and. Cut. Rev. 43: 573-577, 1939.
28. Higgins, C. C., and Rambousek, E. S., J. Urol, 53: 732-739, 1954.
28. Huffman, J. W., Am. J. Obst. and Cyneec. 55: 86, 1948.
30. Huffman, J. W.: *Clinical significance of paraurethral ducts, and glands*. Arch. Surg. 62: 615, 1951,

DIVERTICULO DE LA URETRA EN LA MUJER *

COMENTARIO AL TRABAJO DEL DR. C. ALBORES CULEBRO

DR. RAÚL LÓPEZ ENGELKING

LOS DIVERTÍCULOS de la uretra femenina son poco frecuentes; sin embargo, los casos aislados han sido objeto de numerosas publicaciones. Es posible que su frecuencia sea mayor y que la falta de un criterio clínico y cuidadosa exploración uroginecológica, sean factores decisivos en su omisión diagnóstica.

A pesar de su sintomatología predominantemente urológica, la mayor parte de estas pacientes, así como las que sufren de síntomas similares y que presentan uretrotiginitis, pólipos uretrales, carúnculas y estenosis, son tratadas por los médicos generales o aun por ginecólogos, quienes muchas veces ignoran el verdadero diagnóstico debido a la falta de exploración adecuada o por no solicitar la consulta del urólogo. Vemos con mucha frecuencia un gran porcentaje de pacientes que han sufrido por años o meses síntomas urinarios de las vías bajas, y que son portadoras de los padecimientos citados no diverticulares a quienes se les negó la oportunidad de una exploración adecuada y los médicos tratantes se conformaron con la administración de analgésicos, antisépticos, antibióticos y drogas sedantes del sistema nervioso y neurovegetativo. ¿Cuántas enfermas con síntomas similares no habrán padecido de divertículos de la uretra?

Lo anterior explica el por qué de la cita acertada del Dr. Albores en el sentido de que la mayor parte de los casos que se relatan, han sido publicados por urólogos. Cuando tales casos llegaron a manos del especialista o persona conocedora del problema, el diagnóstico y el tratamiento adecuado se impusieron.

Es de felicitarse al ponente por el diagnóstico y tratamiento adecuado de los casos que presenta; demuestra su maestría clínica y conocimientos quirúrgicos.

El trabajo que el Dr. Albores Culebro nos presenta, es interesante, bien documentado y ampliamente ilustrado; sus casos clínicos muy bien manejados y resueltos satisfactoriamente; la publicación de su trabajo enriquecerá la literatura internacional y abrirá camino a la nacional. Como él mismo lo indica, no

* Leído en la sesión del 21 de octubre de 1959.

existen publicaciones de este padecimiento en nuestro medio, a pesar de que varios de nosotros hemos observado casos aislados. Quevedo (3 casos); Aguirre (3 casos); López Engelking (2 casos) (Fig. 1).

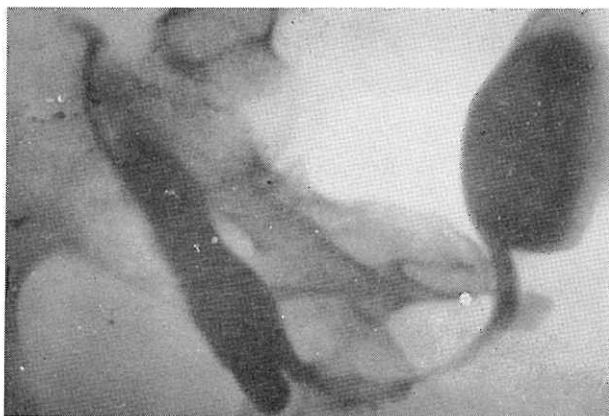


FIG. 1. Divertículo de Uretra Femenina Uretro-cistograma.

Aunque la revisión bibliográfica efectuada por el Dr. Albores es muy amplia, tendríamos que agregar otros casos no mencionados por él y que se indican en el cuadro siguiente:

CUADRO NUMERO I

Shivers	1934	1 caso
Everett y Brack	1953	4 casos
Gray & Prigelton	1957	13 casos
Brocato & Bradley	1957	51 casos
Peterson-Papiernick & Solomon	1957	18 casos

Los casos de Shivers y Kane se encontraban complicados con litiasis intra-diverticular. Un caso observado por mí en el Hospital General se complicaba con un cálculo gigante.

Los divertículos de la uretra femenina pueden ser también asiento de, y causa de, carcinoma uretral diverticular. Estos cánceres, son como los de la uretra, de origen epitelial o glandular. Los epiteliales pueden ser de tipo estratificado escamoso o de células transicionales, según el grado de la lesión. Los glandulares son adenocarcinomas.

Durante los últimos años han aparecido publicaciones, no incluidas en el trabajo del Dr. Albores, de casos de divertículos de la uretra complicados con tumores malignos. El cuadro número II, resume el número de casos, autor y tipo histológico tumoral.

CUADRO NUMERO II

TUMORES IMPLANTADOS EN DIVERTICULOS DE URETRA FEMENINA
DATOS DE LA LITERATURA

<i>Autor</i>	<i>Fecha</i>	<i>Tipo histológico</i>
Hamilton & Leach	1951	Adenocarcinoma
Wishard & Nourse	1952	Carcinoma de células transicionales
Ritter	1953	Carcinoma de células escamosas
Roth	1955	Carcinoma de células transicionales
Brown	1956	Adenocarcinoma
Wishard Nourse & Mertz	1959	Carcinoma de células escamosas (1 caso)
		Carcinoma de células transicionales (1 caso)
Seybold, H. M.	1959	Adenocarcinoma
Faulknew	1959	Carcinoma de células transicionales
Resumen		
Adenocarcinomas		3 casos
Carcinomas de células transicionales		4 casos
Carcinomas de células escamosas		2 casos

Es interesante tener conocimiento de la posibilidad de esta complicación, ya que la exploración y tratamiento denotarán problemas especiales de diagnóstico clínico, endoscópico, radiológico, oncológico y anatomopatológico, que obligarán, en cada caso, a una juiciosa valorización terapéutica, muy diferente a la de los casos diverticulares similares. En estos carcinomas diverticulares uretrales, se requerirá meditar el tipo de cirugía a emplear, radical o parcial y tipo de derivación de orina; si el procedimiento radical ha sido escogido.

En los casos no sujetos a cirugía, el tratamiento paliativo podrá ser por radioterapia, radiumterapia o aplicación de isótopos.

Como el trabajo del Dr. Albores es completo y casi exhaustivo sobre el tema, poco puede agregarse a lo anotado por él en sus partes clínica y terapéutica, únicamente quiero insistir en minucias de terminología urológica y detalles de la exploración.

Pienso que el término de estranguria debe substituirse por el de *dolor miccional* y el de disuria terminal por el de *tenesmo terminal*. Disuria es un término que aunque pretende indicar dolor, en realidad puede significar toda clase de alteraciones de la micción.

Deseo insistir que en la exploración endoscópica de estos casos, así como los de otros problemas de uretra, debe realizarse tanto por Cistoscopia como Panendoscopia y que debe olvidarse el término de Uretroscopia, pues hemos aban-

donado el instrumento así denominado. La panendoscopia debe ser muy minuciosa y en muchos casos repetida; creo que el tacto vaginal, además de efectuarse digitalmente deberá ser bimanual y que en muchos casos el paso de una sonda metálica por la uretra, facilitará la exploración del divertículo. También es conveniente recordar las diferentes sensaciones que los divertículos pueden dar a la palpación; si son de tipo quístico, la masa será fluctuante; si existe un proceso inflamatorio crónico, la pared sacular será de consistencia fibrosa; si la situación se ha complicado con litiasis, la consistencia del divertículo será dura y la exploración muy dolorosa y, finalmente, si existe un carcinoma encontraremos empastamiento, fijeza del tabique uretrovaginal, nódulos y hasta invasión del fondo de saco vaginal.

Para terminar el presente comentario deseo manifestar que al extraviarse en nuestro Servicio los datos clínicos relativos a los 2 únicos casos de divertículo de la uretra en la mujer, observados por mí en el Hospital General quiero aprovechar la oportunidad que se me ha brindado al comentar el trabajo del doctor Albores, para presentar ante ustedes gráficamente, un caso de divertículo congénito de la uretra masculina recientemente tratado y que espero sea del interés de este selecto auditorio.

(ESTE CASO DE DIVERTICULO EN EL HOMBRE SERA OBJETO DE PUBLICACION ESPECIAL)

REFERENCIAS

1. Brocato, J. M. & Bradley, T.: *Diagnosis and treatment of urethral diverticulum in female patients*. J. Louisiana M. Soc: 85-90, March, 1957.
2. Brown, Edwin, W.: *Diverticulum of the female urethra. Report of 23 cases with adenocarcinoma in one*. Southern Med. Jour. 49: 982, 1956.
3. Fagan, G. E., & Hertig, A. T.: *Carcinoma of female urethra, Review of literature: Report of 8 cases*. Obstetrics & Gynecology, 6, July, 1955.
4. Gray & Pingelton: *Pathologic Lesions of female Urethra*. J.A.M.A. 162, 1361, Dec. 8, 1956.
5. Hamilton, John and Leach, W. B.: *Adenocarcinoma arising a diverticulum of the female urethra*. A.M.A. Archives of Path. 51: 90, 1951.
6. Kane John Timoty: *Stones in urethral diverticulum*. New York J. Med. 57: 3989, Dec. 1957.
7. Roth, A. A.: *Carcinoma of the Female Urethra*. Ohio M. J. 51: 872, 1955.
8. Ritter, Dale: *Primary Malignancy of the Female Urethra*. Western Journal of Surgery 61: 420, 1953.
9. Wishard, Wm Niles, Jr.; Nourse, Myron, H.: *Carcinoma in Diverticulum of Female Urethra*. J. Urol. 68: 320, 1952.
10. Wishard, Wm Niles, Jr., & Nourse, Myron, H., & Mertz, John, H. O.: *Diverticulum of the Female Urethra: With Special Reference to Diverticulum Carcinoma*. Southern Med. Jour. 72: 890, 1959.
11. Seybold, H. M.: *Adenocarcinoma arising from a diverticulum of the Female Urethra*. Case report with a review of the Literature. (Clinical Case presented at the 38th annual meetig of the South Central Section of the American Urological Association-Denver Col. Sept. 27-30, 1959.