

DIVERTICULO URETRAL EN LA MUJER (*)

Dr. Jorge Lockhart

Afección poco frecuente en nuestro medio,

Bottaro, Stajano, Crottogini, Tarigo, Achard han presentado casos y recientemente Giampietro ha realizado un estudio exhaustivo sobre el tema (trabajo inédito correspondiente a la adscripción de Ginecología).

El caso que vamos a mostrar corresponde a una señora de 36 años, que consulta por molestias y dolores vaginales, con sensación de plenitud y disuria inicial, habiendo percibido la enferma una tumefacción a ese nivel: el sufrimiento databa de algunos meses y el examen físico local señalaba la existencia de una deformación redondeada, del piso de la uretra, a la altura de su tercio medio haciendo saliencia en la pared vaginal, mediana y del tamaño de una nuez mediana.

La mucosa vaginal era normal y al cateterismo uretral sin inconvenientes. La uretrocistografía demostró definitivamente la existencia de un divertículo uretral.

Intervenimos la enferma con anestesia general y por vía vaginal: incisión mediana de unos 4 cc. sobre la dilatación quística liberación amplia de la mucosa vaginal. Llegamos al divertículo que disecamos totalmente hasta su implantación uretral que era muy pequeña pero que fué fácil de encontrar por haber colocado previamente una sonda uretral.

Hicimos la sutura en 3 planos:

a) Cierre de la uretra con puntos separados con crómico N° 0.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la ½ hora previa, el día 2 de junio de 1954.

b) Cierre del tabique uretro-vaginal que presentaba a esa altura una pérdida de sustancia en puntos separados con crómico N° 0.

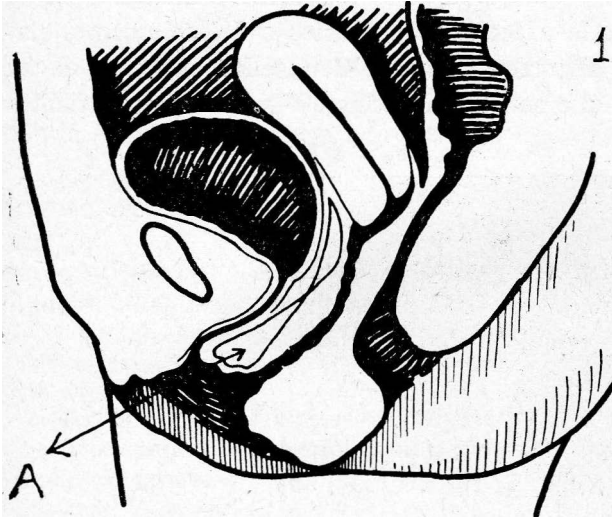


FIG. 1. — A. El tabique inter-uretro-vaginal.

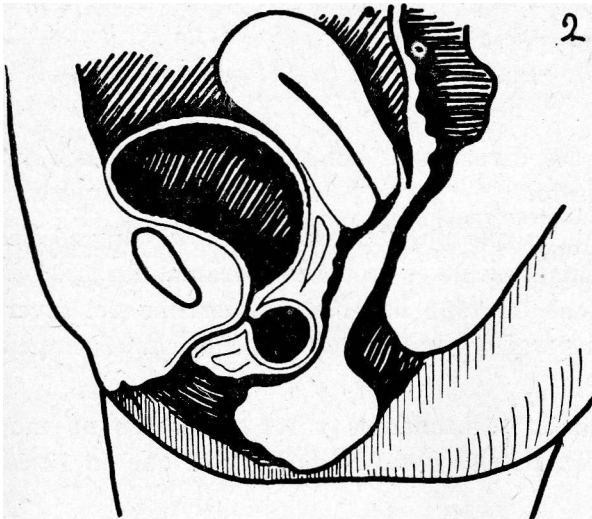


FIG. 2. — El divertículo perforando el tabique.

c) Surget de la mucosa vaginal con crómico N° 1, gasa yodoformada en la vagina durante 48 h. Antibióticos. A los 5 días se sacó la sonda uretral y la enferma curó sin incidentes.

A propósito de su afección son interesantes a señalar varios hechos:

1. La interpretación patogénica sobre la que no están de acuerdo los autores y que, aunque la mayoría se inclinan por el origen adquirido de la afección, traumático o infeccioso, nos parece más lógico la argumentación de Counseller que cree en su origen congénito y que son las infecciones y los traumatismos



FIG. 3. — El divertículo en una uretro-cistografía frontal.

como en el caso de los divertículos del sigmoide los hechos que los ponen de manifiesto.

2. Las dificultades que pueden existir en el diagnóstico siendo en general indispensable el uretro-cistograma. En la Mayo Clinic vimos a Greene en 1951 hacer el cateterismo del divertículo con sonda ureteral y después el relleno con sustancia opaca.

3. La variedad de tratamientos y los resultados no muy felices de algunas estadísticas como la de Higgins que en 12 casos tuvo 2 fístulas.

Algunos recurren a la cistostomía previa, otros se limitan a la incisión y al drenaje lo que se justifica cuando hay supuración, otros hacen electro-fulguración por vía endoscópica del orificio uretral del divertículo, etc, etc.

Consideramos que, salvo casos excepcionales, como los divertículos abscedados, con cálculos o con un neoplasma en su interior, la terapéutica quirúrgica eficaz se debe realizar por la vía vaginal con el criterio de que el *divertículo uretral es una malformación que se produce a expensas de un déficit del tejido conjuntivo que forma el tabique inter-uretro-vaginal* y que a la disección amplia de la mucosa vaginal que permite una liberación completa del divertículo debe asociarse un cierre hermético del orificio de la mucosa uretral donde se implantaba el proceso y sobre todo una sutura cuidadosa que reconstituya el tabique mencionado para terminar con el cierre del plano vaginal.

Dr. Hughes. — Tengo un caso que creo está publicado en el trabajo del Dr. Giampietro de un divertículo de la uretra femenina complicado con un cálculo a ese nivel que fué lo que hizo el diagnóstico, porque la enferma se quejaba de trastornos miccionales. El examen genital mostró lo que correspondía a un cálculo que se percibía a través de la pared anterior de la vagina. La operé más o menos como dice el Dr. Lockhart, pero le quedó a la enferma una fístula uretro-vaginal que no tuvo consecuencias porque la comunicación estaba por debajo del sistema de contención de la vejiga, pero algunas veces cuando el divertículo es un poco más alto puede plantear problemas de incontinencia.

Esa enferma no tuvo como dijimos inconvenientes con la comunicación uretro-vaginal y no hubo que corregirla porque ella orinaba por la vagina sin dificultad; pero se me ocurre que para los demás casos y desde el punto de vista teórico sería conveniente no habrirla la vagina al medio como ha hecho el Dr. Lockhart en el sentido longitudinal porque puede existir la posibilidad de una fístula; nadie puede saber si después de abrir la vagina no se abre también la uretra. La prueba es que cuando se abre la uretra en cualquier operación vaginal eso constituye una complicación. Me pregunto si no sería más lógico seccionar la vagina en su unión con la piel y con la vulva y levantar la pared de la vagina como un telón, cosa que es fácil y que hemos hecho en alguna oportunidad para hacer reparaciones de cuello vesical.

Dr. Lockhart. — Esta comunicación no pretende ser un trabajo exhaustivo sobre el tema y simplemente deseo llamar la atención sobre una afección que es rara, pero creo que debe ser más frecuente y suele escapar a un examen de rutina.

El Dr. Hughes habla de la posibilidad de una incisión transversa sobre la pared de la vagina lo que ya ha sido planteado por diversos autores.

Creo que la parte fundamental es la liberación amplia de la mucosa vaginal; disección del divertículo, cierre hermético del orificio uretral

del divertículo y sobre todo de sutura del plano fibroso intermedio que debe ser reconstruído, para terminar con el cierre de la mucosa vaginal.

El Dr. Bonnacarrere cree también en el origen congénito de la afección que inciándose como sólida terminaría por transformarse en un divertículo en comunicación con la uretra. Estoy de acuerdo y dicho origen congénito estaría confirmado por su situación en zonas de pasaje, en el lugar precisamente donde encuentra uno de los tabiques de Rathke que subdividen la cloaca primitiva.

