

PRESENTACIÓN DE UN CASO DE DIVERTÍCULO URETRAL: HALLAZGOS EN RESONANCIA MAGNÉTICA

Autores: Santoyo Medina Anthony
César, Martino Darío, Castro Carolina
Noeli, Wulf María Inés.



Presentación de caso:

Paciente femenina de 41 años de edad, consulta por hallazgo en ecografía de control, imagen heterogénea en la pared antero-inferior de la vejiga, con importante flujo doppler de baja resistencia, impresiona de origen uretral. En 2017 se realizó uretroplastia, niega ningún otro antecedente de relevancia.

Se realizó RM en nuestra institución, se realizaron agregado de secuencias ponderadas T2 al protocolo de pelvis con contraste, los cortes fueron angulados a la uretra para su correcta valoración de la imagen mencionada en estudio sonográfico.

Hallazgos imagenológicos:

Los hallazgos por RM, fueron a nivel de la porción media de la uretra (Fig.1C y 2 A-B asterisco), imagen hiperintensa recubierta por epitelio uretral (Fig.1 A-B-C y 2C flecha blanca), de intensidad de señal heterogénea en secuencia T2, con presencia de un nivel probablemente en relación a contenido hemático (Fig.1 A-B-C y 2 C flecha negra), presentaba tabiques en su interior (Fig.1 B-C y 2C cabeza de flecha), sin evidenciar refuerzo significativo luego de la inyección de contraste paramagnético endovenoso (Fig.2 A-B flecha blanca). Dichos hallazgos sugerente de un divertículo uretral.

Fig.1

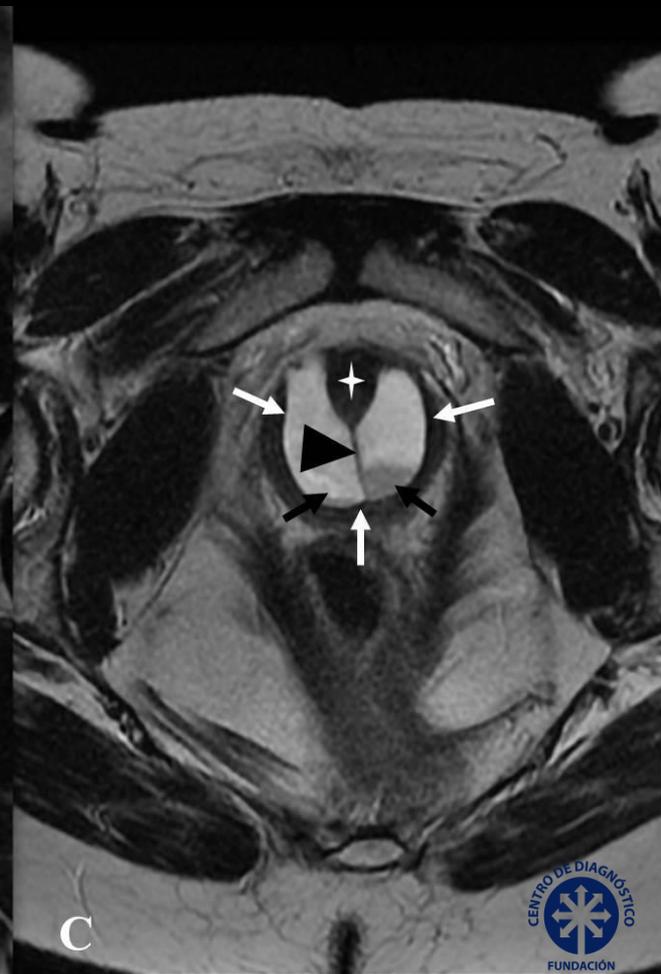
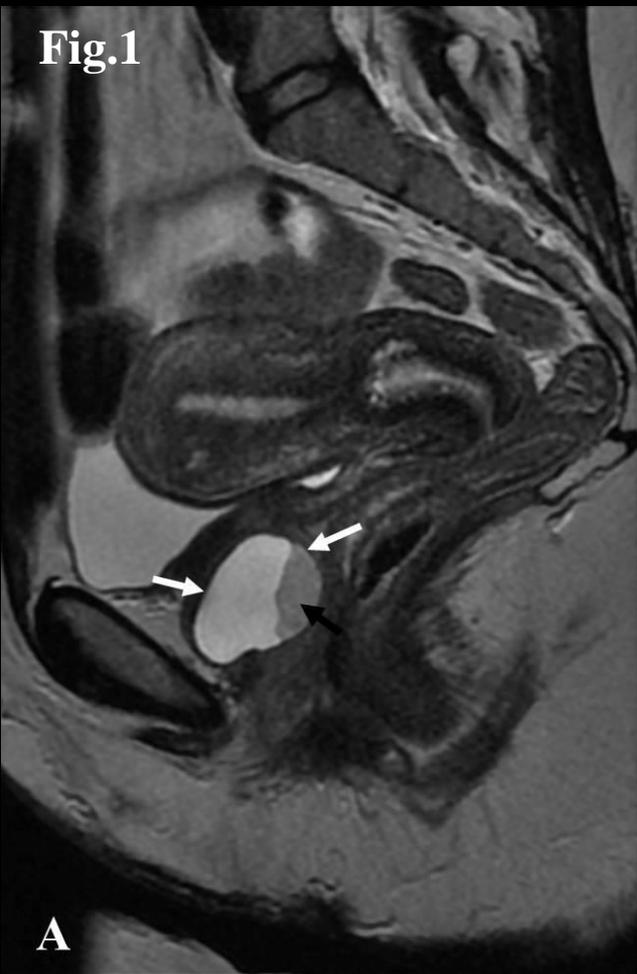
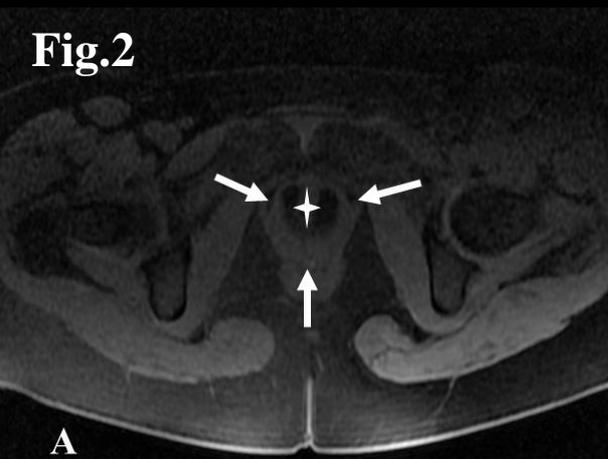


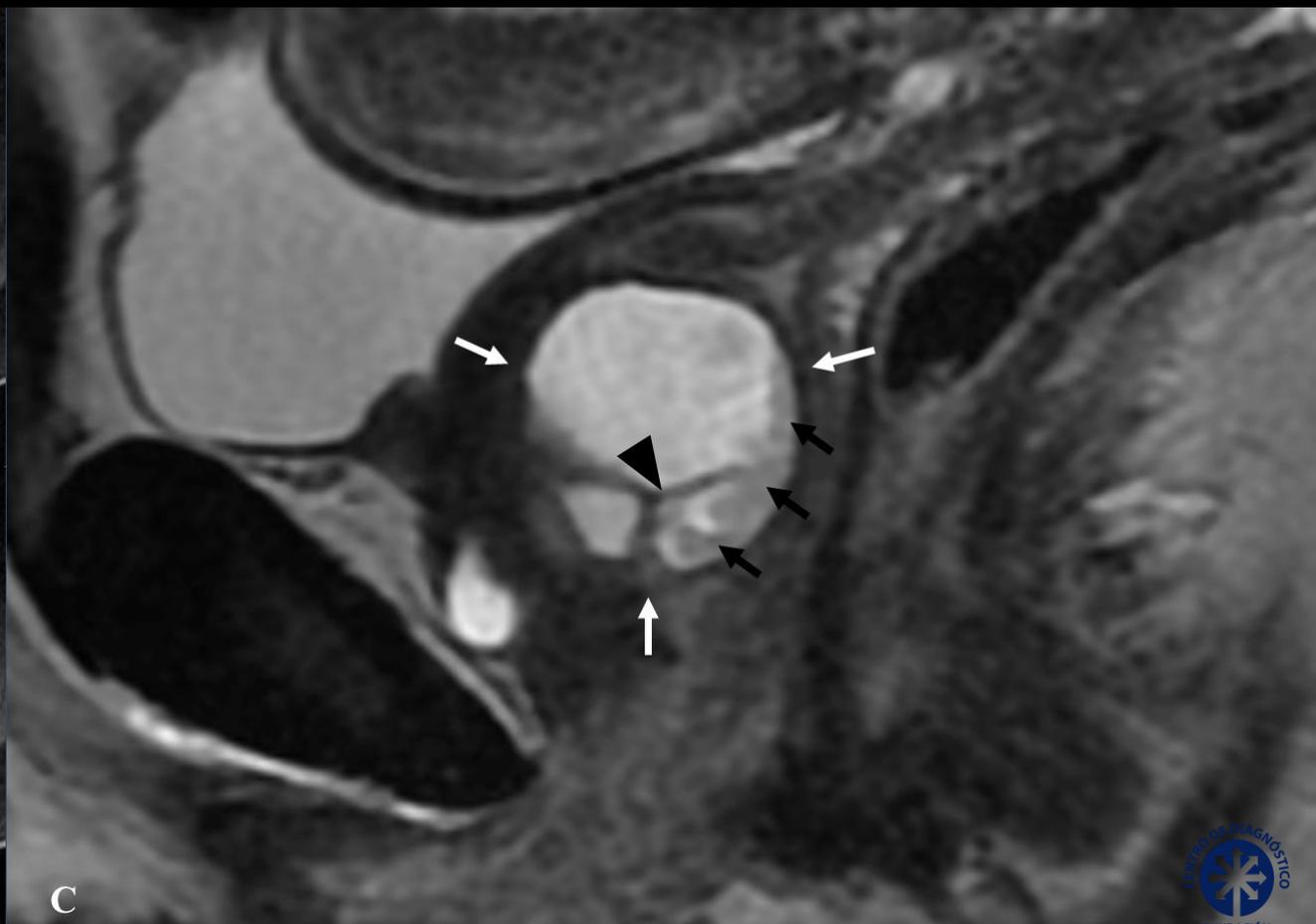
Fig.2



A



B



C

Discusión:

Los divertículos uretrales son poco frecuentes, dentro de este espectro son más frecuentes en mujeres y su incidencia es de 0.6 a 6 % entre los 30 y 50 años (1). Los factores de riesgo asociados son el traumatismo, procedimientos periuretrales, multiparidad e infecciones causadas por agentes etiológicos más frecuentes: *escherichia coli*, *gonococcus* y *chlamydia* (2-8).

Los podemos clasificar en congénitos y adquiridos, estos últimos son los más comunes. Los congénitos son causados por remanentes embriológicos con un pico de incidencia en la primera década de vida. La localización más frecuente es la unión vesico-uretral (3). En cuanto a los de origen adquirido, se presume que las infecciones a repetición generan crecimiento e inflamación de las glándulas periuretrales, que forman un absceso suburetral, que fistuliza hacia la luz y da lugar a un saco (4).

Hay que tener presente que la anatomía de la uretra femenina es angosta y mide aproximadamente 3-5 cm, y se extiende desde el orificio interno hacia el cuello vesical a través del diafragma urogenital y el meato uretral externo en frente del vestíbulo vaginal (5). Asimismo múltiples glándulas periuretrales brindan lubricación a la uretra. La mayoría de estos conductos de las glándulas mencionadas desemboca en la porción media y distal de la uretra, cerca de hora 3 y hora 9 y todos confluyen en los denominados conductos de Skene (6). Existen acerca de 6 a 30 conductos parauretrales que desembocan en el tercio distal de la uretra. La tercera parte proximal de la uretra está cubierta por epitelio transicional y las dos terceras partes distales están recubiertas por epitelio escamoso estratificado (6). El esfínter de musculo estriado brinda refuerzo en el orificio externo, así como ligamentos uretropelvicos brindan soporte a la uretra (6-7).

La mayoría de los divertículos uretrales se localizan en el tercio medio de la uretra femenina, y comprometen la pared posterolateral. La presentación clásica en el examen físico es encontrar: quiste duro pétreo en la pared anterior de la vagina, hallazgo en la tercera parte de las pacientes con diagnóstico de divertículo. Además la tercera parte de las pacientes con divertículo uretral, presentan múltiples o divertículos complejos (5-6-7).

La clásica presentación es básicamente incontinencia urinaria, disuria y dispareunia (8).

Conclusión:

Los divertículos uretrales pueden simular otros trastornos del suelo pélvico. El radiólogo cumple un rol fundamental para diferenciar dichas entidades y brindar una adecuada precisión diagnóstica, para el correcto tratamiento y pronóstico.

En un 86-100% de los casos el tratamiento quirúrgico es exitoso, logrando una buena calidad de vida de las pacientes.

Bibliografía:

- 1.-Chen-Pin Chou, Robin BL, Khaled ME, Yih-Huie Lin y et all. Imaging of female urethral diverticulum: An update. *Radiographics*.2008; 28: 1917-1930.
- 2.-Prasad SR, Menias CO, Narra VR y et all. Cross-sectional Imaging of the female urethra: Technique and result. *Radiographics*. 2005; 25: 749-761.
- 3.-Porten Sima y Kielb Stephanie. Dianosis of female diverticula using magnetic resonance imaging. *Hindawi Publishing Corporation Advances in Urology*. 2008; 8: 1-4.
- 4.-Bennett GL, Hecht EM, Tanpitukpongse TP y et all. MRI of the uretra in women with lower urinary tract symtoms: Spectrum of findings at static and dynamic imaging. *AJR*. 2009; 193: 1708-1715.
- 5.-Patel AK y Chapple CR. Female urethral diverticula. *Current opinion in urology*. 2006; 16:248-254.
- 6.-Greiman AK, Rolef Jennifer y Rovner RS. Urethral diverticulum: A systematic review. *ARAB Journal of Urology*. 2019; 17: 1, 49-57.
- 7.-Kumar Ishan, Verma Ashish, Pandey Vaibhav y et all. MRI detection of posterior urethral diverticulum following surgical repair of anorectal malformations. *The Egyptian Journalof radiology and Nuclear medicine*. 2017; 48: 729-732.
- 8.-Kawashima Akira, Sandler CM, Wasserman NF y et all. Imaging of urethral disease: A pictorial review. *Radiographics*. 2004; 24: S195-S216.