

RELATO DE CASO: DIVERTÍCULO URETRAL ABORDADO CIRURGICAMENTE NO HOSPITAL REGIONAL DE SANTA MARIA (HRSM)

CASE REPORT: URETHRAL DIVERTICULUM SURGICALLY APPROACHED AT SANTA MARIA REGIONAL HOSPITAL (HRSM)

LEANDRO MARTINS GONTIJO^{1*}, STEPHANIE DA SILVA FERNANDES¹, MATHEUS PAIVA DE SOUZA¹, CARLOS HIROKATSU WATANABE SILVA², JOÃO PAULO FIGUEIREDO CAMARGO², RODRIGO BUENO ROSSI^{3**}, HEVERTON RAMOS DOS SANTOS³

1. Residente de Cirurgia Geral da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS); 2. Urologista do HRSM; 3. Urologista do HRSM, Preceptor do Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral da ESCS e autor docente.

* SCRN 702/703 Bloco B Edifício Benvenuto, 404, Brasília, Distrito Federal, Brasil. CEP: 70720-620. leandromgontijo@gmail.com** buenorossi@gmail.com

Recebido em 08/12/2019. Aceito para publicação em 06/03/2020

RESUMO

Divertículos de uretra são patologias raras na urologia, com relatos na literatura informando incidência que varia de 0,6 a 5%. A ocorrência prevalece no sexo feminino, no qual apresenta correlações com trauma infecção uretrais. A sintomatologia apresenta, dentre vários sintomas disúria, dispáurenia e infecção recorrente de trato urinário. Ao exame físico, nota-se abaulamento em região anterior de vagina, sentida pelo toque, além de saída de secreção purulenta pelo orifício. O tratamento é cirúrgico, por meio da ressecção completa do divertículo. No caso relatado, temos um divertículo uretral de 15,2 cm³, com evolução há 7 meses. O procedimento cirúrgico foi executado, de maneira que não houve complicações pós-operatórias como, dentre elas, a fístula uretrovaginal. Desta maneira, conclui-se que se trata de uma patologia de difícil diagnóstico e com abordagem cirúrgica específica.

PALAVRAS-CHAVE: Divertículo de uretra, trauma uretral, infecção urinária.

ABSTRACT

Urethral diverticula are rare pathologies in urology, with reports in the literature reporting incidence ranging from 0.6 to 5%. The occurrence prevails in females, in which it correlates with trauma urethral infection. The symptomatology presents, among several symptoms, dysuria, dyspareunia and recurrent urinary tract infection. On physical examination, it is noted bulging in the anterior region of the vagina, felt by the touch, and outflow of purulent discharge through the orifice. Treatment is surgical by complete resection of the diverticulum. In the reported case, we have a 15.2 cm³ urethral diverticulum, with evolution for 7 months. The surgical procedure was performed, so that there were no postoperative complications such as the urethrovaginal fistula. Thus, it is concluded that it is a pathology that is difficult to diagnose and has a specific surgical approach.

KEYWORDS: Urethral diverticulum, urethral trauma, urinary infection.

1. INTRODUÇÃO

Divertículos de parede uretral apresentam incidência entre 0,6 e 5%^{1,2}. O diagnóstico geralmente ocorre pela história clínica com episódios repetidos de cistite, dor uretral e sintomas de irritação miccional³; e pelo exame físico com a palpação de abaulamento em parede anterior vaginal que elimina pus do orifício uretral quando aplicada pressão. Apresenta o mnemônico dos 3 Ds: dribbling, dyspareunia e dysuria⁴. A maioria dos casos é provavelmente secundária a trauma uretral obstétrico ou grave infecção uretral.

O primeiro caso de divertículo de uretra foi descrito por Hey em 1805⁵, que tratou a condição com uma incisão transversal e embalou o tecido com fios de sutura. Apenas em 1875, Tait⁶ descreve o primeiro tratamento como incisão completa. Entre 1894 e 1953 há apenas 17 casos descritos na literatura. Em 1953, Novack⁷ afirma se tratar de uma condição rara e que nenhum ginecologista veria mais do que uma pequena quantidade de casos em toda a vida.

Anatomicamente, na uretra tem-se glândulas peri-uretrais, localizadas na submucosa uretral. Estas são superficiais a uma rica rede de tecido esponjoso vascular. Apresenta a função de secretar mucina que atua como selante, contribuindo para a continência. Sua localização é entre 3 e 9 horas e situada predominantemente nos dois terços distais da uretra feminina, terminando nas glândulas para-uretrais de Skene. Existem de seis a 30 ductos para-uretrais que se esvaziam no terço distal da uretra. O mecanismo etiológico proposto é o de infecção em glândula periuretral ou glândulas com obstrução sequencial, formação de abscesso suburetral e subsequente ruptura da cavidade infectada no lúmen da uretra que epitelializa⁸.

A maioria dos divertículos é histologicamente benigna. Trata-se de um epitélio escamoso e tecido fibromuscular frequentemente ulcerado e inflamado com metaplasia escamosa ocasional, porém sem

displasia ou malignidade⁹.

2. CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 40 anos, encaminhada ao serviço de urologia do HRSM por história de abaulamento em parede vaginal próximo a uretral, há 7 meses. Refere sintomas de disúria, dor, dispareunia e secreção uretral purulenta. Episódios recorrentes de infecção do trato urinário (cerca de 2 por mês). Nega história de trauma local. G3P3C0A0.

USG endovaginal: Presença de imagem cística, anecóica com debris finos, contornos regulares limites precisos, paredes finas, medindo 3x2,6x3cm. Volume 15,2cm³ (Figura 1).



Figura 1. Ultrassonografia endovaginal. **Fonte:** própria

Descrição cirúrgica: Passagem de cistoscópio evidenciando presença de orifício de drenagem na uretra, em terço médio, às 5 horas (Figuras 2 e 3).

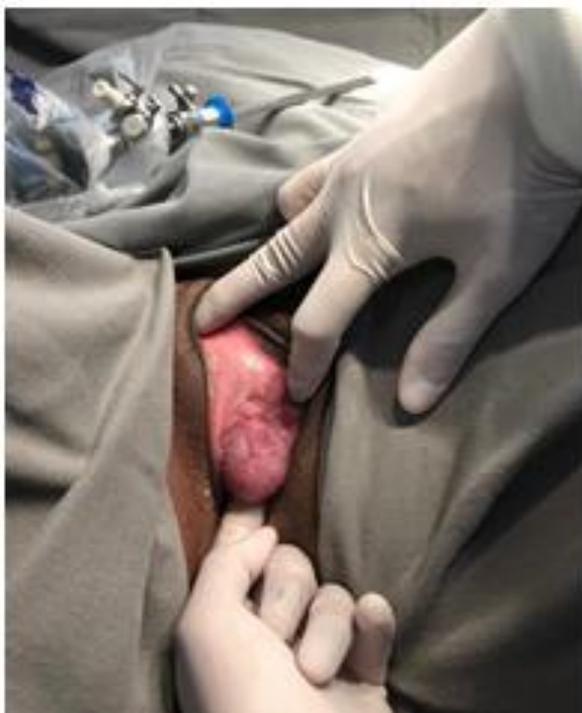


Figura 2. Divertículo uretral. **Fonte:** própria.



Figura 3. Exposição com meato uretral. **Fonte:** Própria

Realizado incisão em “U invertido” da mucosa vagina. Presença de intenso processo inflamatório e difícil dissecação do cisto parauretral. Ressecção completa deste até o colo (Figura 4).



Figura 4. Ressecção do divertículo uretral. **Fonte:** própria

Abertura do cisto (Figura 5) e sondagem com sonda número 6. Síntese por planos e colocação de tampão mucoso.



Figura 5. Ressecção completa do divertículo uretral. **Fonte:** própria.

Paciente apresentou boa evolução clínica, com apenas a formação de pequeno hematoma em parede vaginal. Recebe alta hospitalar no 2º dia pós-operatório (DPO). Retorna ao ambulatório no 23º dia pós-operatório. Encontra-se, na ocasião, assintomática. Retirado sonda vesical de demora. Não apresentou novos episódios de infecção urinária ou sintomatologia de disúria, dispaurenia e outros. O exame histopatológico confirmou epitélio escamoso, com processo inflamatório crônico, porém sem sinais de malignidade.

DISCUSSÃO

Divertículos uretrais são patologias raras da urologia e mais prevalente no sexo feminino. Maioria localiza-se ventralmente sobre as porções média e proximal da uretra, correspondendo à área da parede vaginal anterior de 1 a 3 cm do intróito¹⁰. Ainda neste estudo, das mulheres, 36 (61,9%) apresentaram incontinência urinária como sintoma de apresentação e 20 (31,7%) apresentaram incontinência como única queixa. Suspeitou-se de divertículo em 57 casos (90,5%) com base na presença de massa periuretral durante o exame pélvico.

EAS e urocultura devem ser realizadas. O organismo mais comum isolado é a *Escherichia coli*^{2,3}. No entanto, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia* spp., estreptococos e estafilococos podem estar presentes³.

É necessário um alto índice de suspeita quanto à possibilidade de divertículo uretral para o diagnóstico, principalmente quando as investigações sobre as possibilidades presumidas de cistite intersticial, carcinoma in situ ou bexiga hiperativa são negativas. O diagnóstico diferencial também deve incluir um ceco-ureterocele ectópico (ceco = cego) no septo uretrovaginal e, portanto, uma imagem do trato superior para excluir um sistema duplex é uma precaução válida. A doença inflamatória pélvica e a endometriose devem ser consideradas no diagnóstico diferencial, assim como as condições da parede vaginal

do cisto do ducto de Gartner e do abscesso do ducto de Gartner⁴.

As mulheres são frequentemente diagnosticadas após anos de sintomas e tratamentos malsucedidos. Um destes é o reparo anterior para prolapso de órgão pélvico percebido no compartimento anterior¹¹.

A manifestação clínica e o exame físico da paciente corroboram para o quadro de divertículo uretral. O diagnóstico se complementa com: A) Uretrocistoscopia; B) Urodinâmica para aqueles com incontinência urinária ou disfunção miccional significativa, sendo útil para documentar a presença ou ausência de incontinência urinária de esforço antes do reparo (aproximadamente 50% das mulheres com DU demonstrarão incontinência urinária aos esforços); C) Uretrocistografia contrastada; D) USG transvaginal; e E) RNM de pelve.

A imagem pré-operatória recomendada é a ressonância magnética sagital pós-esvaziada e o uso apropriado da avaliação urodinâmica na linha de base⁹.

A visão adequada durante a cirurgia é claramente de extrema importância. A posição prona fornece isso de forma mais eficaz do que a posição supina padrão.

O tratamento consiste na remoção do saco através de incisão na parede vaginal anterior, com cuidado para não ferir a musculatura esfinteriana uretral. O saco diverticular é completamente removido, o defeito na uretra reparado e a principal complicação é a fístula uretrovaginal¹². No caso, a paciente retorna assintomática, demonstrando sucesso no diagnóstico e na terapêutica adotada.

3. CONCLUSÃO

O divertículo de uretra é uma patologia de difícil diagnóstico haja vista a baixa prevalência. Por vezes, a paciente procura atendimento médico por diversas vezes decorrente de quadros de infecção urinária de repetição. Portanto, trata-se de um diagnóstico diferencial a ser levantado. Além disso, outros dados da história clínica e do exame físico levantam a suspeita de um divertículo uretral, como trauma genital, dispaurenia, disúria, irritação miccional e outros. O diagnóstico por meio de exames de imagem corrobora para a suspeita, além de estipular tamanho e volume. O tratamento é cirúrgico, de maneira a realizar cuidadosa dissecação do divertículo a fim de se evitar lesões adicionais, sendo, dentre elas a mais comum a fístula uretrovaginal. No caso relatado, após meses sem diagnóstico definido, a paciente procurou atendimento especializado e foi submetida ao procedimento cirúrgico com completa ressecção do divertículo e sem apresentar complicações pós-operatórias.

AGRADECIMENTOS

Singelos agradecimentos aos pacientes que nos sempre proporcionam um aprendizado rico e valioso, bem como ao corpo de médicos e enfermeiros que permitem o sucesso no manejo diagnóstico e cirúrgico.

REFERÊNCIAS

- [1] McDougal W, Wein A, Kavoussi L, Partin A, Petters C. General Urology. 11^o ed. Philadelphia: Elsevier; 2019; 624p.
- [2] El-Nashar SA, Bacon MM, Kim-Fine S, Weaver AL, Gebhart JB, Klingele CJ. Incidence of female urethral diverticulum: A population-based analysis and literature review. *Int Urogynecol J.* 2014; 25(1):73–9.
- [3] Zerati Filho M, Nardoza Júnior A, Reis RB. *Urologia fundamental*. 1^aed. Miguel Zerati Filho, Archimedes Nardoza Júnior RB dos R, editor. São Paulo: USP; 2010; 422 p.
- [4] Foley CL, Greenwell TJ, Gardiner RA. Urethral diverticula in females. *BJU Int.* 2011; 108(2):20–3.
- [5] Howard FM, Perry CP, Carter JE, El-Minawi AM. Urethral Diverticulum. In: Howard FM CPP, editor. *Pelvic Pain Diagnosis & Treatment*. 1^a ed. Philadelphia; 2000; 514p.
- [6] Tait L. Saccular Dilatation of the Urethra: Removal; Cure. *Lancet.* 1875; 2:1–5.
- [7] Novack R. Editorial Coments. *Obstet Gynecol Surv.* 1953; 8:423.
- [8] Antosh DD, Gutman RE. Diagnosis and management of female urethral diverticulum. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2011; 17(6):264–71.
- [9] Reeves FA, Inman RD, Chapple CR. Management of symptomatic urethral diverticula in women: A single-centre experience. *Eur Urol [Internet].* 2014; 66(1):164–72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2014.02.041>
- [10] Ganabathi K, Leach GE, Zimmern PE DR. Experience with the Management of Urethral Diverticulum in 63 Women. *J Urol.* 1994; 5(152):1445–52.
- [11] Faerber GJ. Urethral diverticulectomy and pubovaginal sling for simultaneous treatment of urethral diverticulum and intrinsic sphincter deficiency. *Tech Urol.* 1998; 4(4):192–7.
- [12] Ingber MS, Firoozi F, Vasavada SP, Ching CB, Goldman HB, Moore CK, Rackley RR. Surgically corrected urethral diverticula: Long-term voiding dysfunction and reoperation rates. *Urol [Internet].* 2011; 77(1):65–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2010.06.004>