

IMAGEN 3-2012: ESTENOSIS URETRAL



Hospital San Juan de Dios, San José, Costa Rica. Fundado en 1845

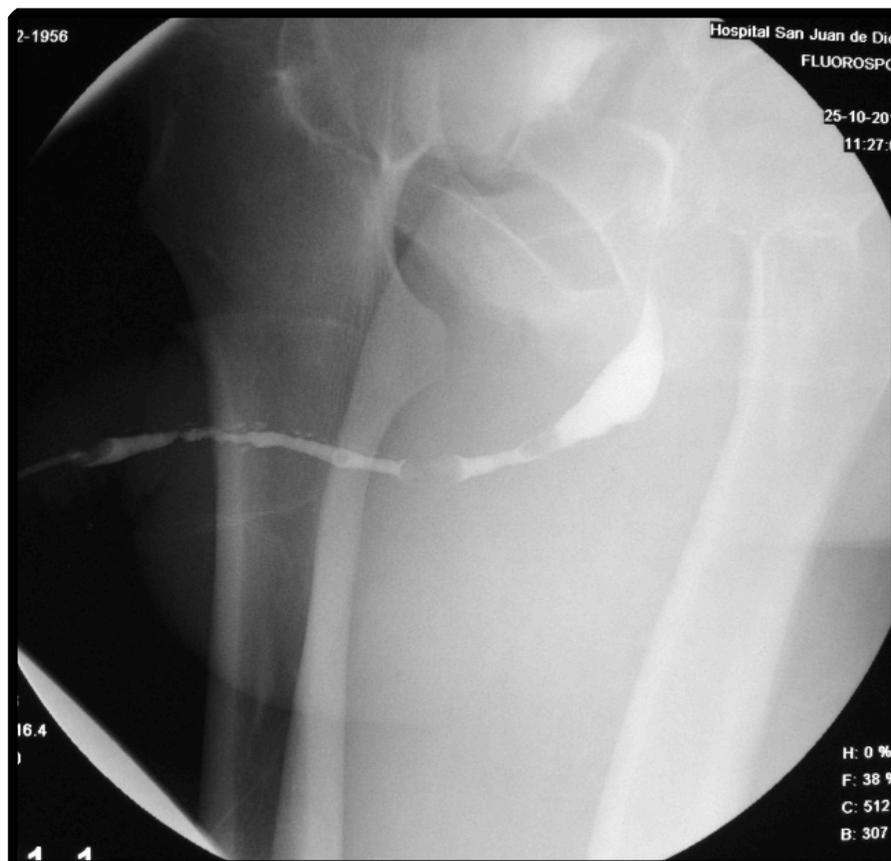
ISSN
2215-2741

Recibido: 19/02/2012
Aceptado: 14/03/2012

Herman Morera Hidalgo¹
Wilbert Araya Vargas²

¹ Médico Residente en Radiología e Imágenes Médicas, SEP, UCR-CENDEISSS. Hospital San Juan de Dios. drmorera@gmail.com

² Especialista en Radiología e Imágenes Médicas. Asistente del Servicio Radiología. Hospital San Juan de Dios. Profesor Escuela de Medicina de la U.C.R. warayav@gmail.com



CARACTERIZACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 54 años, con antecedente de uretritis gonocócica, sin otros antecedentes médicos o quirúrgicos de relevancia, quien se presenta al Servicio de Emergencias Quirúrgicas del Hospital San Juan de Dios con cuadro de una semana de evolución de infección del tracto urinario, asociado a retención aguda de orina.

A la exploración física se documenta próstata grado I, adenomatosa y pene con olor fétido. Se le realizan varios intentos de dilataciones uretrales sin éxito.

Se realiza una uretrografía retrograda en la que se observa una estrechez difusa de la uretra peneana de aproximadamente 12 cm de longitud, de contornos irregulares, observando el menor diámetro de 2 mm a 4 cm del meato urinario (Fig. 1), evidenciando paralelo a la uretra peneana glándulas de Littre abscedadas (Fig. 2), se logra visualizar escaso paso del medio hasta vejiga. Hallazgos en relación a cambios de uretritis crónica. Se observan algunos defectos de llenado de bordes regulares, bien definidos, que cambian de forma, e relación a burbujas de aire. No se observaron fugas del medio de contraste ni trayectos fistulosos.

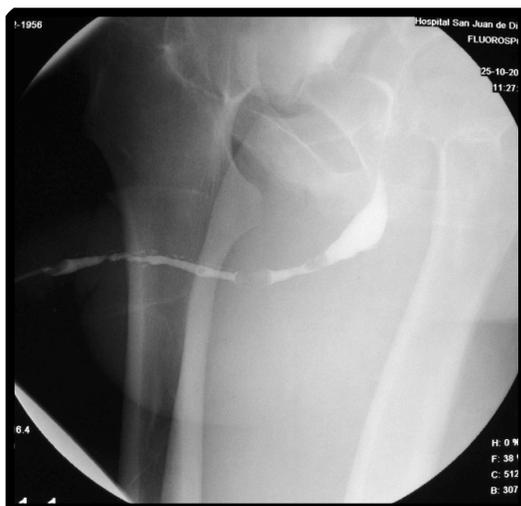


Figura 1. Uretrografía retrograda, se observa estrechez difusa de la uretra peneana.

Después de el estudio el paciente es llevado a sesión de Urología y se decide llevar a sala de operaciones donde se intenta realizar cistoscopia y uretrotomía pero sin éxito. Finalmente se efec-

túa una uretroplastía de Johanson en dos tiempos y uretrotomía perineal, actualmente con sonda a nivel perineal.



Figura 2. Uretrografía retrograda, se observan glándulas de Littre abscedadas.

DISCUSIÓN

La estenosis uretral se refiere a un estrechamiento de la luz uretra debido a tejido cicatricial o tumor. Radiológicamente se define como un estrechamiento focal de la uretra con dilatación proximal en la uretrografía.

Se presenta a cualquier edad, pero su incidencia aumenta con la edad y se presenta más frecuente en el sexo masculino.

Su presentación clínica se caracteriza por síntomas de obstrucción, como disminución de la fuerza del chorro, disminución en el caudal de la orina, micción prolongada y frecuente.

El traumatismo de uretra es la etiología más común, entre ellos los traumas iatrogénicos como la instrumentación, catéter uretrales o procedimientos quirúrgicos (resección transuretral de próstata, uretroplastía, etc.). Las infecciones constituyen una causa frecuente, entre ellas las uretritis por *N. gonorrhoea*, *T. pallidum* y *M. tuberculosis*. Menos frecuente, las neoplasia de uretra y las estenosis congénitas.

La mejor prueba de imagen para valorar una estenosis uretral es la uretrografía retrógrada y uretrografía miccional, combinadas para evaluar estenosis proximales y distales. Los hallazgos radiológicos corresponden desde muescas focales

asimétricas hasta largas constricciones segmentarias, tubulares, o en cuenta de rosario; desde un marcado estrechamiento a ligera irregularidad de la pared uretral inmediatamente proximal y/o distal a la estenosis principal. En casos mas severos, abscesos de las glándulas de Littré, altamente asociado con infección o inflamación. El engrosamiento de las paredes de la vejiga refleja la obstrucción de las vías urinarias inferiores. Los hallazgos ecográficos se usan principalmente en la evaluación de las estenosis anteriores, para valorar la longitud de la estenosis y la estadificación de estenosis complejas o preoperatorias.

Dentro de las complicaciones más frecuentes, podemos mencionar obstrucciones, abscesos o fistulas.

Los principales diagnósticos diferenciales corresponden al traumatismo uretral y carcinoma uretral. Presentándose con mayor frecuencia los traumas por fracturas pélvicas, donde evaluamos presencia de extravasación por desgarro parcial o completo. El carcinoma uretral primario es raro, los más frecuentes corresponden al carcinoma de células escamosas de las porciones bulbar o bulbomembranosa.

El manejo incluye uno o más procedimientos, dilataciones con catéteres ondas de choque o balón, uretrotomía interna o externa, reconstrucción quirúrgica y endoprótesis endoluminales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Federle M. Diagnóstico por imagen: Abdomen. Marbán. Madrid, España. 2da Ed., 2011
2. Kawashima A, Sandler CM, Wasserman NF, LeRoy AJ, King BF y Goldman SM. Imaging of Uretral Disease: A Pictorial Review. *RadioGraphics* 2004, 24: S195-S216.
3. Reed Dunnick. Textbook Of Uroradiology. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, USA. 3ra Ed, 2001.
4. Elkin, M. Radiology of the Urinary System. Little Brown, USA. 1ra Ed., 1980