

EPITELIOMA METAPLASICO ESPINOCELULAR DE URETRA BULBAR

Por los Dres. ARMANDO TRABUCCO y BELISARIO OTAMENDI

Traemos ante ustedes un caso de epiteloma metaplásico espinocelular de uretra bulbar que creemos de interés relatarlo por dos razones: la primera de ellas es la rareza de esta afección y la segunda es la forma de presentación que simulaba una periuretritis supurada.

Historia clínica. -- J. B. C., de 48 años, de profesión joyero, concurre porque presenta una disuria.

Nos relata que hace ocho meses, debido a una estrechez de uretra, que el enfermo relaciona con una blenorragia antigua, le comienzan hacer dilataciones y que luego de la cuarta cesión aparece pus por el extremo uretral, suspendiendo entonces el tratamiento e indicándosele lavajes, baños de asiento y penicilina.

El paciente continuó con su disuria, disminuyendo paulatinamente la secreción purulenta.

A los dos meses de esto presenta una uretrorragia que dura 48 horas y entra en retención aguda.

Es internado en un hospital, donde se logró colocarle una bujía N° 7 y a las seis horas evacuó espontáneamente su vejiga.

Se descubre en ese entonces en la región perineal una tumoración dolorosa, del tamaño de una nuez y es enviado a nosotros para su tratamiento.

Antecedentes personales. -- Blenorragia hace 21 años.

Estado actual. -- Enfermo en buen estado general.

A la inspección se observa un tumor que hace relieve en la región perineal, inmediatamente detrás de la inserción del escroto y sobre la línea media.

A la palpación es muy doloroso, tiene el tamaño de una nuez, no se desplaza y se encuentra adherido a la piel.

El pene es normal.

En la uretra se puede introducir un explorador hasta la región del bulbo donde se detiene. Las bujías, aun las más finas, no pasan de esta región.

La próstata es normal.

Radiografías. -- Uretrocistografía. Se procede a inyectar yoduro de sodio al 8 %, debiéndose hacer gran presión para que pase el líquido.

En la radiografía de frente nos muestra que la uretra anterior se llena normalmente. El líquido opaco al llegar a la región bulbar llena una cavidad del tamaño de una castaña de paredes anfractuosas, continuándose con una uretra posterior normal.

La radiografía de perfil nos permite comprobar que antes de esa cavidad anfractuosa existe una zona de uretra, aproximadamente 1 cm, estrechada, que no se visualiza en la de frente por haber una superposición de sombras.

Con los antecedentes del enfermo y el estudio radiológico, se pensó en una periuretritis supurada, procediéndose hacer como primer tiempo una cistostomía, impidiendo de esa manera el pasaje de orina por la zona afectada.

El enfermo soportó perfectamente esta primera intervención, procediéndose a los diez días a extirpar el supuesto tumor urinoso.

Operación. — Anestesia: raquídea. Se hace una incisión en periné en forma de Y invertida, se secciona piel y la aponeurosis superficial y se llega al tumor que se trata de disecar. Al hacer estas maniobras se abre, saliendo un pus amarillento verdoso, con olor propio de coli.

Se termina de liberar el tumor seccionando la uretra en una extensión de 3 cm.

Se procede a abocar ambos extremos de la uretra a piel.

La cavidad resultante se tapona con gasa yodoformada.

Postoperatorio. — El postoperatorio fué accidentado. La cicatrización no progresaba en



Figura 1

Figura 2

la forma debida, siendo la herida netamente atónica y fácilmente sangrante, por lo que se comenzó a pensar en un tuberculoma de uretra.

A los 12 días aproximadamente de la operación se produjo una uretrorragia muy abundante, por lo que fué necesario hacer transfusiones al paciente y además un ingurgitamiento de los cuerpos cavernosos con una dureza marcada de los mismos a unos 5 cm de la cabeza del glande.

Mientras tanto el estudio anatomopatológico de la pieza extraída estaba en marcha.

Examen anatomopatológico. — Obsérvanse núcleos epiteliales de tipo espinoso de forma irregular con degeneración de heleidina en su interior que lo transforma en globos córneos. Rodeando estas masas infiltrativas y sin basal se observa tejido fibroso con marcada inflamación crónica. Obsérvanse en el borde interno glándulas uretrales de tipo mucoso parecidas a las de Cowper.

Diagnóstico. — Epitelioma metaplásico espinocelular. Se procede entonces hacer una cirugía radical.

Operación. — Se hace una incisión que partiendo del pubis bordea por ambos lados al pene y a las bolsas, terminando en periné.

Se seccionan los planos superficiales y se ligan los cordones espermáticos. Se secciona el ligamento suspensor del pene. Se extirpan todos los órganos genitales externos, quedando una cavidad anfractuosa que hacia arriba llega hasta los huesos del pubis, que se encuentran carcomidos, procediéndose con el electrobisturí a reseca y electrocoagular en la mayor extensión posible.

En la región posterior la pared de esta cavidad se encuentra espesada y dura, extendiéndose hasta el recto, resecaándose con el asa del electrobisturí la mayor cantidad de tumor posible.

Las paredes laterales se pierden entre los tejidos vecinos, no pudiéndose delimitar su extensión.

Se deja un tapón de gasa yodoformada y se cierra la piel con puntos de algodón, quedando un triángulo de 5 cm de lado de piel que es imposible unir y por donde sale al exterior el extremo del tapón.

La pieza extraída está compuesta por la piel del escroto y pene, ambos testículos y el pene en total.

Obsérvanse las siguientes características: En la línea media inferior una gran masa

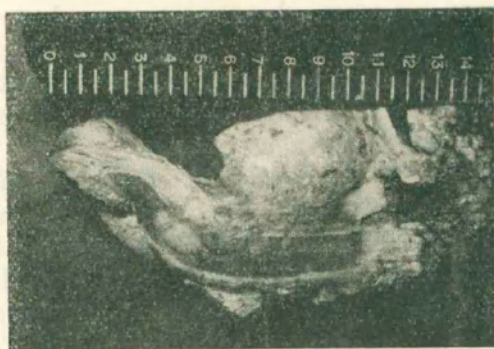


Figura 3

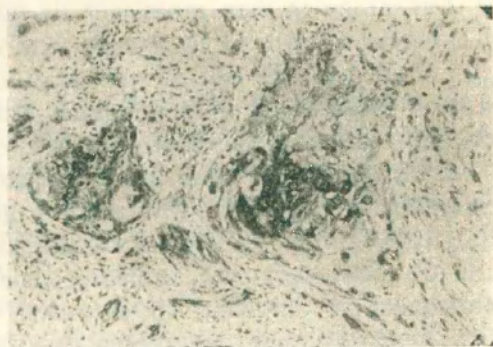


Figura 4

tumoral que se dirige hacia arriba, tomando contacto con el cuerpo esponjoso. A la altura del periné está ampliamente abierta y llena de mamelones friables que se desprenden fácilmente.

Por debajo de dicha zona se puede observar tejido celular subcutáneo al parecer sin invasión.

Abierta la pieza en dos se observa el cuerpo esponjoso que forma parte de la masa tumoral en la zona posterior bulbar y que a su vez está en íntima relación con los cuerpos cavernosos, pudiéndose observar que la tumoración engloba los cuerpos eréctiles en dicha zona en forma total, aunque aparentemente con una zona de delimitación anterior.

El proceso tiene un tamaño aproximado de una naranja y se confunde con los tejidos vecinos, salvo con la piel del escroto y el contenido escrotal.

Puede observarse también la presencia de una serie de tumores aparentemente aislados que ocupan diversas zonas de los cuerpos cavernosos y del cuerpo esponjoso. El tamaño de estos procesos oscila entre un grano de pimienta y una habichuela. Son todos de consistencia dura y toman íntimo contacto con los cuerpos eréctiles, sin cápsula limitante.

COMENTARIOS

Hemos manifestado al principio de esta Historia Clínica que el enfermo fué intervenido la primera vez para extirpar un tumor urinoso periuretral. Efectivamente en ese entonces, no pensábamos en que estábamos en presencia de una neoplasia de la uretra bulbar. Los cargados antecedentes de complicaciones blenorragicas que el enfermo manifestaba haber padecido de tiempo

atrás, nos han hecho pensar de que el proceso existente era nada más que una de las tantas complicaciones de las estrecheces comunes de la uretra acompañado a posteriori con todo el cortejo de lesiones periuretrales cuya patogenia no vale la pena recordar.

Si pensamos además de que para certificar el diagnóstico y determinar el sitio exacto de la estrechez hemos hecho una uretrografía que nos reveló la existencia de una cavidad por arriba de la estenosis no quedaba otro diagnóstico factible que el que nosotros hicimos y la indicación terapéutica no podía ser otra que extirpación del tumor urinoso con abocamiento de los extremos uretrales proximal y distal a la piel para rehacer a posteriori una uretra con tejido epidérmico.

La evolución del enfermo nos llamó a la realidad cuando a varios días de extirpado el proceso y estando tallado no veíamos progreso alguno en la cicatrización de la herida.

Pensamos en este momento de que podía tratarse de una estenosis de origen tuberculoso con la formación concomitante de la necrosis tisular.

La sorpresa la obtuvimos cuando hicimos el examen anatómopatológico de tumor extirpado. Las imágenes eran evidentemente de un epiteloma espinocelular con mitosis múltiples que indicaban relativa actividad.

Hecho el diagnóstico anatómopatológico no quedaba otra terapéutica que el vaciamiento total de los órganos genitales incluidos los testículos, aunque nada tuviesen que ver con la circulación linfática del periné máxime que en la evolución postoperatoria inmediata de la primera intervención trajo complicaciones de tal gravedad en el orden local que indicaban un reagravamiento de la predisposición cancerígena del sujeto en general y de la zona en particular tales como los trombos neoplásicos que induraron e ingurgitaron los cuerpos cavernosos produciendo las hemorragias graves del 12 día.

Nosotros creemos que el epiteloma espinocelular de este paciente ha sido a nacimiento netamente uretral. Su estructura histológica no es la de uretra en sí, puesto que la uretra tiene epitelio paramalpighiano, pero estamos acostumbrados a ver que cuando existe un proceso irritativo del epitelio paramalpighiano uretral o vesical y si este proceso irritativo es lo suficiente prolongado se produce una metaplasia epitelial transformando el epitelio estratificado común de estas regiones en un epitelio del tipo epidérmico, epidermoide para ser más exacto, pues nunca tienen capas granulosa, pero sí son netamente espinosos.

La iniciación del tumor de la uretra bulbar en este caso puede tener dos puntos de partida; o ha existido antes un epiteloma papilífero paramalpighiano o ha habido una estenosis inflamatoria que ha producido a posteriori la transformación metaplásica secundaria que se ha cancerificado.

Nos inclinamos a la segunda interpretación sobre todo basándonos en los antecedentes del sujeto.

La presencia de glándulas mucosas intactas no hacen más que apoyar la etiología que sustentamos.