

Hospital Italiano Gaibaldi. Rosario
Serv. de Uología. Jefe: Dr. José S. Dotta.

CARCINOMA DE LA URETRA FEMENINA

Por los Dres. JOSE S. DOTTA y TOMAS V. DELPORTE
(de Rosario)

Afección relativamente poco frecuente, habiéndose descrito en la literatura 338 observaciones hasta 1950, habiéndose relatado el primer caso en 1833 por *Boivin y Duges*. En el Pondville Hospital, centro dedicado por entero al tratamiento de enfermedades cancerosas, sobre 19.000 mujeres, durante un plazo de 14 años, sólo se registraron 10 casos (1941). Su rareza es desconocida ya que no existen razones particulares que la explique; podrá suponerse que el constante lavaje de la mucosa por la orina sería un factor protector, pero esto no explica la razón por lo cual prevendría el crecimiento de estos tumores en el fondo de las criptas y glándulas uretrales o en las capas más profundas de su epitelio.

Sobreviene en general en personas que han sobrepasado la quinta década, aunque existen excepciones, tales como la de *Watson*, 27 años, *Legueu*, 26 años, *Mc Murthy* 26 años (*L. Herman*).

Las causas predisponentes no parecen tener mayor importancia, tal como la estrechez uretral, habiéndose citado la leucoplasia como factor de más valor. Puede tener importancia el hecho que la mayoría de las enfermas han tenido por lo menos un embarazo. Sería un elemento predisponente la carúncula de meato; sin embargo hay una discordancia entre la frecuencia de este proceso, por cierto bastante frecuente, y el cáncer de uretra.

El divertículo de uretra podría también ser considerado, aunque su rareza es extrema; *Niles Wishard* y *M. H. Nourse* presentaron la única observación mundial en 1952 en una mujer de 39 años.

Desde el punto de vista *anátomo-patológico*, la mayoría de los carcinomas se originan en el meato uretral a nivel de la unión entre el epitelio de transición de la uretra y el epitelio escamoso estratificado de la vulva, siendo según *Halban* este tipo el más frecuente, a diferencia del que se origina propiamente a nivel de la mucosa uretral. Para distinguirlos *Ehrendorfer* (así como *Whitehouse*) llama a los primeros carcinomas de tipo vulvo-uretral y a los segundos carcinomas uretrales, sosteniendo *Brack* y *Farber* que estos últimos son los verdaderos carcinomas.

El tipo de carcinoma vulvo-uretral se inicia generalmente como una ulceración a nivel del meato y en especial, de la carúncula, progresando luego a lo largo de la mucosa vestibular, a tal punto que en etapas posteriores es imposible distinguirlo del carcinoma del clítoris o de la vulva; puede también progresar a lo largo de la mucosa uretral, hacia el orificio vesical, percibiéndose así toda la uretra espesada e indurada.

Estos tumores de tipo vulvo-uretral pueden presentarse bajo distintos aspectos:

a) Como una formación papilomatosa, irregular, purpúrea, que sangra fácilmente a todo contacto y que puede interpretarse como un simple pólipo o carúncula.

b) Como una ulceración a la altura del piso vestibular, presentando los caracteres habitualmente malignos, con un borde irregular, indurado y friable que compromete rápidamente el vestíbulo y se extiende a los labios menores.

c) Como una induración que rodea al meato, libre de toda ulceración y proliferación; se desarrolla lentamente y clínicamente es un escirro.

La forma menos frecuente se origina a nivel de la misma mucosa uretral por encima del meato, teniendo a veces, macroscópicamente un aspecto papilar y excepcionalmente polipoideo, que puede emerger del meato y simular así pólipos benignos. La mayoría de los autores sostienen que este tipo de carcinoma uretral infiltra con más rapidez y profundamente los tejidos que la forma precedente, haciendo metástasis inguinales más precozmente. Macroscópicamente se caracterizan por presentar la uretra uniformemente aumentada de tamaño, la que se presenta transformada en un tubo rígido, llegando a tener el grosor de un dedo y aún más.

Al examen uretroscópico se aprecia, a nivel de la mucosa, una ulceración alargada e irregular, ubicada de preferencia en el piso de la uretra y en su porción distal, con tendencia a progresar más hacia el meato que hacia el cuello vesical. Puede también presentarse como una induración periuretral que sólo se ulcera tardíamente constatándose clínicamente una tumoración que compromete toda la uretra, tendiendo a obstruirla, siendo su crecimiento lento y es del tipo del escirro.

Microscópicamente la mayoría de los carcinomas uretrales son del tipo a células escamosas, siendo una variedad rara la del tipo mucoide descrito por *Menville y Counseller. Brack y Farber*, al hacer el estudio anátomo-patológico de sus 10 observaciones destacan que 7 son del tipo vulvo-uretral y 3 del tipo uretral, siendo todos diagnosticados como carcinomas epidermoídeos.

Lavenant, al presentar 3 observaciones de pólipos de la uretra degenerados, piensa que muchas de las formas de los cánceres vestibulares ulcerados o infiltrantes no son más que transformaciones de pólipos aparentemente benignos y a menudo pequeños, que sólo se ven en su etapa ulcerativa. Por eso destaca que no debe afirmarse nunca la benignidad de todo proceso polipoideo sin antes tener un estudio anátomo-patológico.

El sarcoma es una variedad extremadamente rara, habiéndose descrito sólo 11 casos hasta 1940 (*L. Herman*), y puede presentarse bajo los aspectos histológicos de un mixosarcoma, fibrosarcoma, sarcoma a células redondas, linfosarcoma o carcinosarcoma, de acuerdo con su aspecto histológico.

Aproximadamente un tercio de estos tumores extirpados como sarcomas son del tipo melanótico, de extrema malignidad, ya que son de evolución rápida, siempre fatales y con metástasis precoces. *Long, Counseller y Dockerty* de la Mayo Clinic, en 1946, presentaron 3 observaciones: de las 700.000 mujeres examinadas en dicha clínica desde 1907, hallaron esos casos sobre un total de 77 carcinomas uretrales primitivos, destacando que toman personas de más de 60 años, que se inician en la porción distal de la uretra, son de evolución rápida, aunque no llegando a producir obstrucción uretral. Su gravedad se pone

de manifiesto por las metástasis tanto en las regiones inguinales como a distancia: cerebro, piel, huesos, etc. Según ciertos autores, los melanoepiteliomas tienen un origen epitelial y de acuerdo con *Broders* y *Mac Carthy* se originan como una hiperplasia migratoria de la capa basal; invaden el tejido subcutáneo y los órganos distantes como células esféricas, espinosas u ovas, pigmentadas o no. Su carácter maligno dependería de factores intrínsecos del nevus influenciado por causas endócrinas y probablemente por irritaciones crónicas.

La *sintomatología* al principio poco ruidosa se traduce por cierta pérdida sanguinolenta, trastornos y dificultad miccional, que von acentuándose progresivamente hasta llegar a la retención completa, como en nuestras 2 observaciones. A esto puede agregarse lo manifestado por la enferma, que viene observando la existencia de una tumoración, en las vecindades del meato. La dispareunia no entra generalmente en juego dado la edad de las pacientes.

El *diagnóstico* se hace clínicamente y en primer término por el examen local, de acuerdo con la variedad del tumor: si se trata del tipo vulvo-uretral o del uretral propiamente dicho y sobre los cuales ya destacamos las características esenciales al hablar de anátomo-patología.

En nuestras observaciones, al examen ginecológico se apreciaba, en la primera, un franco acartonamiento de todo el tabique uretro-vaginal que desbordaba lateralmente la cara anterior de vagina, irregular, abollonado y que se extendía hacia el piso de vejiga, con un meato uretral rojizo y fácilmente sangrante: en la segunda se palpaba una tumoración que abarcaba toda la uretra y se prolongaba hacia vejiga.

Como elementos complementarios se pueden citar la uretrografía y la uretroscopía, pero no tienen tanta importancia como la inspección, la palpación y la biopsia. De esta última inútil es destacar su valor no sólo como elemento de diagnóstico sino de pronóstico. Se podrá hacer, ya sea con un sacabocado del tipo que utilizan los otorrinolaringólogos, si es que el proceso asoma por meato, o bien con el Pan-endoscópico de *Mc Carthy* y una pinza de biopsias.

Nadie ha hecho hincapié sobre la importancia de la cistoscopía que permite discriminar el comprometimiento de la vejiga en las vecindades del cuello: en nuestros casos se pudo apreciar una infiltración de tipo neoplásico a nivel de todo el cuello y en particular en la región trigonal, que llegaba muy cerca de los orificios ureterales en la primera y no permitía su visualización en la segunda. Este dato tiene gran valor respecto a las posibilidades terapéuticas y en especial si estamos dispuestos a practicar un tratamiento con Radium, pero no creemos que en estos casos el mismo pueda ser efectivo, debiéndose encarar el problema únicamente bajo la faz quirúrgica.

El urograma por excreción nos ilustrará acerca de las condiciones del árbol urinario superior y en especial en aquellos casos en que exista comprometimiento de los orificios ureterales.

En nuestra segunda observación es posible apreciar un retardo de la eliminación de la substancia de contraste por riñón derecho y una franca constipación ureteral izquierda, mientras que en la primera existe una absoluta integridad de las vías excretoras.

El *diagnóstico diferencial* deberá establecerse en orden de importancia con las siguientes afecciones:

La carúncula de meato en sus tres variedades (el granuloma telangiectásico, la forma angiomatosa y la polipoidea), el prolapso de la uretra, los divertículos, la skenitis y los tumores benignos. Ultimamente *Trabucco* y *Borzzone*

presentaron una observación de un cistoadenoma metaplásico. Existiendo cualquier duda la biopsia aclarará el problema, en especial frente a las carúnculas. También deberá descartarse las estrecheces ureterales, la litiasis, la tuberculosis y la sífilis terciaria.

El pronóstico está íntimamente vinculado a la naturaleza histológica del tumor y a la magnitud del mismo, pero puede decirse en general que los tumores de la uretra femenina no son tan malignos como los del sexo opuesto.

En su etapa inicial, las perspectivas son favorables con cualquier tipo de tratamiento instituido.

Ya destacamos la alta malignidad de los melanomas y sarcomas pero su rareza extrema hace que este problema no tenga mayor importancia, más que con fines especulativos.

Graves y *Guis* en sus conclusiones establecen que el pronóstico es bueno excepto en los casos avanzados. En la serie de 12 casos de *Counseller* y *Patterson*, 4 tratados solamente con cirugía, 3 con radium y 5 con tratamientos combinados, únicamente 4 sobrevivieron más de 5 años, mientras que los casos fallecidos tuvieron una sobrevivida término medio de 25 meses y sostienen que el mayor porcentaje de curas de 5 años lo obtuvieron en casos tratados con radium y radioterapia.

TRATAMIENTO:

La forma de encarar el tratamiento depende esencialmente de cada caso en particular, no sólo de la naturaleza del tumor sino también de su extensión y de si existe o no comprometimiento de los ganglios inguinales.

Tratándose de sarcomas o melanoepiteliomas, variedades altamente malignas y rápidamente metastásicas, no sólo regional sino en forma generalizada, muy en especial los segundos, pocas perspectivas de éxito nos depara cualquier tipo de tratamiento que intentamos.

Con fines didácticos pasaremos en revista los diversos procedimientos empleados por los distintos autores, tanto quirúrgicos como fisioterápicos, para luego referirnos a nuestra experiencia personal.

- a) La resección parcial.
- b) Extirpación radical.
- c) Intervenciones paliativas.
- d) Fisioterapia: radium (o elementos radioactivos) y radioterapia.
- e) Tratamientos combinados.

a) *La resección parcial* es factible siempre que se trate de un proceso bien localizado. Es así como *Venot* y *Parcelier* en 1921 al pasar en revista 87 observaciones de la literatura hallaron que en 28 de éstas se les había practicado una uretrectomía parcial con sutura de la porción restante al vestíbulo o a la vulva. En la observación de *Wishard* y *Nourse*, donde el proceso asentaba en un divertículo, se limitaron a extirpar el mismo con lo que la enferma evolucionó favorablemente.

b) *La extirpación radical* ya fué preconizada por *Crossen* en 1915 como tratamiento de elección, a la que acompaña de una intervención plástica con el fin de crear un nuevo esfínter. Al respecto es interesante la observación de *Gouverneur*, donde después de haber hecho una cistostomía y la extirpación por

vía vaginal de toda la uretra con electrobisturí, con sección de un collarete de vejiga y cierre de la misma en dos planos, practica 50 días después una neouretra a expensas de la pared vaginal, según técnica de *Marion* y que por trocardización hace comunicar con vejiga. La enferma, que tenía 53 años, vista dos años después era perfectamente continente. Al hablar del injerto, este autor destaca la necesidad de que el mismo no sea ni demasiado largo ni demasiado corto, y de que en el momento de su trocardización no sobrepasa en vejiga ni resulte demasiado corto, factores ambos que pueden hacer fracasar la plástica por estrechez. *Huc* también presenta un caso similar haciendo notar que si bien eliminó el injerto a los 8 días esto no hizo fracasar el procedimiento.

c) *Las intervenciones paliativas* consistirán solamente dada la magnitud del tumor y su inoperabilidad en una cistostomía definitiva o bien una anastomosis urétero-sigmoidea.

d) *La fisioterapia* puede administrarse de distintas maneras, ya sea mediante la aplicación de radium o sucedáneos, como los "Radon seeds" o bien la radioterapia profunda.

Counseller y Patterson en 1933. al examinar 12 observaciones de carcinomas vistos en la Mayo Clinic y discriminar los distintos tratamientos utilizados hallaron que el mayor porcentaje de curas de 5 años lo obtuvieron con el radium y radioterapia.

R. C. Graves y L. W. Guiss al presentar 8 observaciones, se muestran partidarios de la radiumterapia pues consideran que la irradiación es superior a la extirpación quirúrgica en los casos precoces y moderadamente avanzados de carcinomas epidermoideos, ya que en sus manos han obtenido buenos resultados en la destrucción del tumor y en la preservación del contralor urinario. En las formas más avanzadas o infiltrantes que comprometen una parte o toda la uretra y en especial tratándose de adenocarcinomas, será necesario el tratamiento quirúrgico asociado a cierta forma de derivación de la orina. A los fines de la radiumterapia los autores extirpan al asa las proporciones más superficiales y fungosas del tumor y electrocoagulan, colocando luego una Pezzer transuretral: introducen luego 7 agujas de radium (prefiriendo las de poco contenido, 2 a 3 mgr., pero de acción más prolongada y sostenida), una en cada ángulo del meato, una debajo de la sínfisis y 2 abajo y afuera, no debiendo hallarse cada una a más de 1 cm. de la otra y a no menos de medio cm. de la mucosa uretral. La dosis habitual fué de 7 agujas de 10 mgr. c/u. hasta completar 2.100 mgr. hora, siendo otras veces inferior. Con estas dosis los resultados locales fueron satisfactorios, no produciéndose incontinencia.

Jackman y Bacon, en 1946, presentan 8 observaciones tratadas con radioterapia y radium aplicados en forma de agujas intersticiales alrededor de la uretra, manifestando que 6 andaban bien desde meses hasta 5 años.

De las 10 observaciones de *C. B. Brack y G. J. Farber*, todas fueron tratadas con radium y 8 además con radioterapia. En 6 casos aplicaron radium por vía endouretral: 2 agujas de 25 mgr. dentro de una sonda, con dosis de 30 mgr.-hora cada 4 a 7 días hasta completar de 600 a 2.400 mgr.-hora. A 8 enfermas se aplicó el radium directamente sobre el meato: 2 agujas de 25 mgr. en una placa hasta completar de 80 a 2.400 mgr.-hora, usando habitualmente dosis divididas. Complementaron este tratamiento con radioterapia en 8 de los 10 casos, administrándola por distintos campos, anterior, posterior y pélvico, en dosis totales de 1.000 a 10.000 r. De los 10 casos así tratados 5 pacientes

vivían después de períodos de 1 a 6 años tres cuartos, haciendo notar que aquellas 3 pacientes que viven más de 5 años acusan una dificultad persistente en la micción: incontinencia parcial o completa, dificultad en vaciar la vejiga, con gran residuo, síntomas que atribuyen a la escara dejada por la acción de los rayos X, obligando tales síntomas a intervenciones plásticas o trasplantes de los uréteres al colon.

Gouverneur, por su parte, recuerda una serie de observaciones presentadas por otros autores que si bien curaron, dejaron como secuelas fístulas e incontinencias por la radionecrosis.

Dejamos para el final el problema que plantea el tratamiento correspondiente de las regiones ganglionares tributarias. Se sabe que los linfáticos de la uretra femenina, los del segmento intrapélvico van a los ganglios de la cadena hipogástrica, mientras que los restantes a los inguinales. Afortunadamente parece ser que en la mayoría de los casos estos tumores, por su posición, cerca o a nivel del meato, comparten su drenaje linfático con los de la vulva hacia los ganglios de la región inguinal. Ahora bien, dado el entrecruzamiento de los linfáticos, ambas regiones inguinales son susceptibles de ser invadidas por igual.

Auer sostiene que aún no apreciándose clínicamente ganglios inguinales, éstos se hallan comprometidos en una tercera parte de los casos, razón por lo que aconsejan sistemáticamente hacer el vaciamiento ganglionar.

Ahora bien, ¿cuál es el mejor camino a seguir? ¿El tratamiento expectante, la radioterapia o el vaciamiento ganglionar?

Algunos autores no son partidarios de la radioterapia, entre ellos *Dean*, que dice que ella es inútil, pues los ganglios son habitualmente asiento de una adenitis crónica, siendo sus células radiorresistentes y no tolerando la piel las dosis requeridas. *Graves y Guiss* aconsejan, si se hace radioterapia, completarla con el vaciamiento ganglionar de 6 a 8 semanas después. Por otra parte destacan que estos tumores se difunden con gran lentitud y de los 8 casos tratados sólo dos tuvieron metástasis, razón por lo que aconsejan el tratamiento expectante y hacer el vaciamiento ganglionar sólo cuando sea necesario.

En nuestras dos observaciones el tratamiento que seguimos fué: En la primera la uretrectomía total con resección de un pequeño collarete de la región del cuello vesical, junto con la pared anterior de vagina, todo esto con una cistostomía definitiva. Hubiera sido nuestro deseo realizar una intervención plástica, una neo-uretra, semejante a la técnica adoptada por *Gouverneur* en su caso relatado, pero la edad de la paciente, más de 80 años, y el tamaño reducido de la vagina nos hicieron desistir del mismo. Por otra parte tolera relativamente bien su cistostomía. La ausencia de adenopatía inguinal, en el momento del primer examen nos hizo adoptar el tratamiento expectante y la evolución demostró la ausencia del comprometimiento regional. La enferma lleva ya más de 30 meses de su primera intervención y goza de buena salud.

El segundo caso, más avanzado que el anterior, ya que existía comprometimiento de la zona trigonal con participación de la zona de los orificios ureterales, tal como se comprobó cistoscópicamente y certificó el urograma por excreción, sólo permitió una derivación ureterosigmoidea, con una cistectomía y uretrectomía totales. Aquí tampoco existía adenopatía inguinal y la enferma anduvo bien durante un plazo de 7 meses, falleciendo repentinamente de un accidente cardiovascular.

Dada la naturaleza de estos casos no fué posible, en ninguno, adoptar otro temperamento; la radioterapia, que en casos limitados podría ser efectiva; aquí

hubiera sido inoperante por la extensión del proceso y las dosis que hubieran sido necesario aplicar.

Observación N° 1. — M. P. de L., viuda de 80 años de edad, cuyos antecedentes personales son irrelevantes, con excepción de haber tenido 10 hijos todos de partos normales y un aborto espontáneo. Enviada por el Dr. Roncoroni, ingresa en nuestro servicio el 26 de enero de 1953 en retención completa, manifestando que sus trastornos miccionales remontan a 3 meses atrás, con una polaquiuria que fué intensificándose progresivamente, hasta que hace 10 días se hace intensísima y se acompaña de gran disuria y sensación de distensión vesical. Nunca tuvo hematuria ni temperatura, como así tampoco dolores de tipo cólico renal.

En el momento de su ingreso se constata un gran globo vesical, extrayéndose por sondaje unos 1000 c.c. de orina concentrada.

Al examen ginecológico se constata un franco acortamiento de todo el tabique uretro-



Microfotografía 1. — 100 D. Islotes epiteliales pavimentosos.
Estroma con reacción inflamatoria.

vaginal, que inclusive desborda lateralmente la cara anterior de vagina, abollonado, irregular, que toma toda la pared anterior y se extiende hacia el piso de vejiga. El meato uretral se presenta rojizo y fácilmente sangrante. No se aprecian ganglios inguinales infartados. Se extrae para biopsia un trozo del proceso vegetante para su estudio anátomo-patológico y previa dilatación con sondas cónico olivares se coloca una sonda Foley a permanencia.

El resto del examen clínico no ofrece particularidades y en especial el examen del aparato cardiovascular no muestra signos de lesión orgánica que contraindique su intervención (Dr. F. Gaspary). Su tensión arterial era de 145 de Mx. y 85 de mínima y pulso regular con una frecuencia de 72 por minuto.

A. de orina (26-1-53): Ac. 1016. U. 15.3. Cl. N. 9.1. Alb. 0.40. Gluc. (—). Sangre (++) . Pus (—). Sed., regular cantidad de hematíes. Escasos leucocitos.

Eritrosedimentación (26-1-53): 26 mm, 52 mm.

Azotemia (26-1-53): 0.45 %.

Hemograma (28-1-53): Glóbulos rojos, 4.300.000. Glóbulos blancos, 5.800. Hgb 80 %. V. G., 0.93. N. 65. E. 6. B. 1. L. 22. M. 6.

T de coagulación (28-1-53): 9'. *T. de sangría*: 2'.

Cistoscopia (6-2-53): Capacidad disminuída e irritabilidad exagerada. Lesiones de cistitis difusa. Infiltración de tipo neoplásico en cuello vesical y extremo anterior del trigono, que llega muy cerca de los orificios ureterales, pero sin comprometerlos.

Inf. anátomo-patológico (2-2-53): Dr. G. Fontana. Ex. 3796. Arch. 5283. Prep. 5970. Epitelioma de tipo pavimentoso de origen aparentemente uretral (microfotografía N° 1).

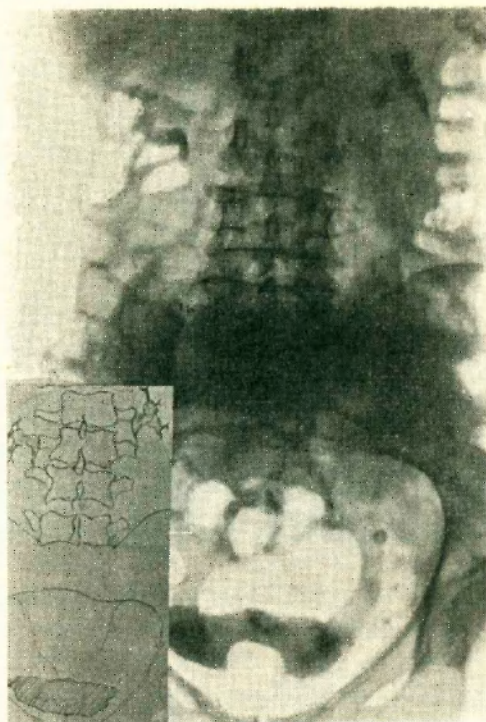
Urograma por excreción: Pieloureterogramas de caracteres normales (Rad. N° 1).

Previa preparación con antibióticos la enferma fué intervenida.

Operación (16-2-53): Anestesia raquídea baja completada con local para la cistostomía y éter a circuito cerrado.

1º) Abierta ampliamente la vejiga con electrobisturí se secciona alrededor del cuello vesical todo el espesor de la pared muscular, suturando la brecha en dos planos, uno endovesical y otro por fuera de la misma. Cierre de la vejiga en dos planos sobre sonda Pezzer y reconstrucción de la pared músculo-aponeurótica.

2º) Colocada la enferma en posición de la talla perineal, con electrobisturí se reseca la



Rad. 1. — Pieloureterogramas de caracteres normales.

pared anterior de vagina en una extensión de 5 a 6 cm. extirpándose en block la uretra. Se hace un taponamiento vaginal con gasa yodoformada.

En el postoperatorio se transfunden 500 c.c. de sangre total. Sueros y antibióticos.

A los 5 días, con el primer cambio de la gasa vaginal, se tiene la sensación de pérdida de orina por vagina, hecho que se confirma posteriormente. Más tarde, con motivo del cambio de la Pezzer suprapúbica, que se hace con penthotal, se constata al examen vaginal un amplio orificio de comunicación (moneda de 50 ctvs.), a través del cual se insinúa el dedo y se toca el pabellón de la Pezzer vesical.

Persistiendo la pérdida de orina por vagina y no apreciándose en sucesivos exámenes recidiva local del proceso, se recomienda el cierre del orificio fistuloso. Practicados los análisis de rutina, todos son normales y en especial la eritrosedimentación que arroja las cifras de 14 y 39 mm.

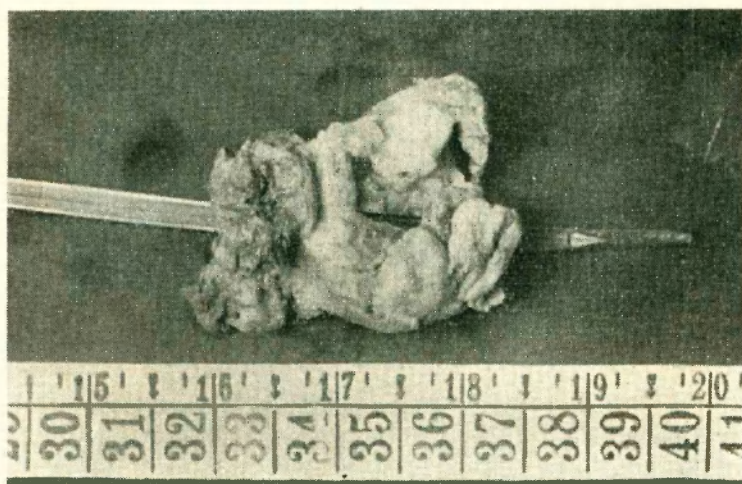
Es reintervenida el 16-10-53 bajo anestesia con Penthotal, curare y novocaína. Por vía vaginal se constata la existencia del orificio fistuloso que tiene la medida de una moneda de 5 ctvs. (y que ha disminuído de tamaño con relación a la vez anterior), y a través del cual se

ve el pabellón de la Pezzer. Con bisturí se incide a nivel mismo del borde del orificio en toda su circunferencia y prosiguiendo la disección a tijeras se individualiza tanto el plano vesical como el vaginal, suturándose el primero con catgut crómico 00 verticalmente y el segundo transversalmente. Gasa yodoformada taponando la vagina. Se hacen los antibióticos de rutina.

La enferma evoluciona favorablemente, siendo dada de alta a los 10 días y desapareciendo en forma definitiva la pérdida de orina vaginal.

Desde entonces la enferma se siente bien, no acusando más molestias que las propias de su sonda Pezzer, por cistostomía definitiva y que cambia periódicamente cada 15 días.

En abril de 1954 un urograma de contralor muestra la integridad de las vías urinarias superiores y hasta la fecha la enferma se halla libre de recidivas.



Enf. 1. — Pieza operatoria.

Observación N° 2. — T. P. de P., viuda de 57 años de edad, que nos es enviada por el Dr. Nicolás Sívori el 29-3-54, manifestando que desde hace 4 meses comenzó a sentir fenómenos de polaquiuria con micción imperiosa, disuria, con orinas limpias. Tres meses después tiene una hematuria terminal y ese mismo día queda en retención completa, por lo que debe ser sondada, debiendo ser luego dilatada progresivamente, ya que no pasaban sondas de grueso calibre. En el momento de la consulta ya orina bastante bien, quejándose únicamente de cierta polaquiuria y ardor terminal. Nunca tuvo cólicos renales ni temperatura.

Sus antecedentes son sin importancia.

El examen clínico es completamente negativo, los riñones no se palpan ni acusan puntos dolorosos. No se palpa ni percute globo vesical. Lo único constatable ginecológicamente es la existencia de una tumoración que compromete toda la uretra y parte de vagina con los caracteres de un tumor maligno. Ambas regiones inguinales se hallan libres de adenopatías.

La cistoscopia nos muestra una intensa cistitis difusa, con una tumoración infiltrante, todo alrededor del cuello, no visualizándose los orificios ureterales.

Por todo lo que antecede es internada de inmediato.

Análisis de orina (30-4-53): Ac. 1014. U. 11,2. Cl. 6,1. Alb. 1,50. Gluc. (—). Hgb. (—). Sed. abundantes pirocitos. Escasos hematíes.

Dosificación de urea (30-3-54): 0,63%. Tiempo de coagulación, 7'. Tiempo de sangría 2'30".

Hemograma (30-3-54): R. 4.690.000. B. 8.900. Hgb. 90. V.G. 0,97. N. 68. E. 1. B. 0. L. 29. M. 2.

Eritrosedimentación (30-3-54): 28 mm, 59 mm.

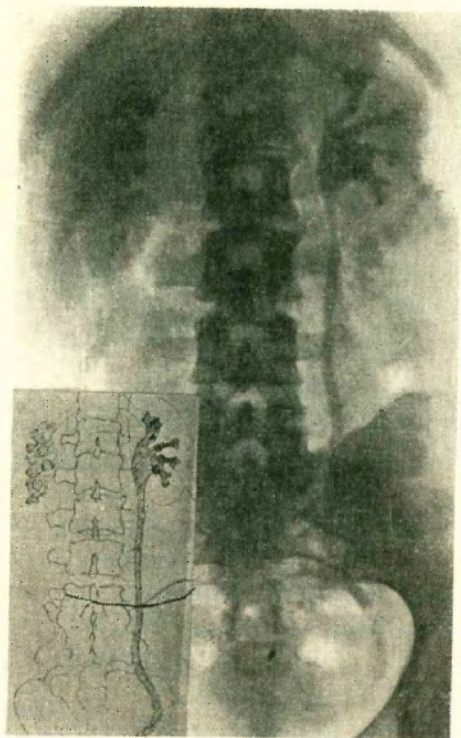
Examen cardiovascular (1-4-54): Dr. Velle Vedove. No ofrece anormalidades, siendo su presión arterial de 160-90, con ritmo regular de 75' E.C.G. sin particularidades.

Radiografía directa de riñones y vejiga (31-3-54): Areas renales libres. No se aprecian sombras calcúlosas. Cuerpos vertebrales y huesos ilíacos sin particularidades.

Urograma (31-3-54): Retardo de la eliminación por riñón derecho, mostrando una apreciable dilatación a predominio calicial, no habiendo llegado a llenarse el uréter. Del lado izquierdo buena eliminación con un pielograma normal. Gran constipación ureteral en todas las placas por obstáculo en su inserción vesical. (Rad. Nº 2).

La enferma es preparada en vista a una cistectomía total y Coffey, con Ef-Tiazol.

Operación (6-4-54): Bajo anestesia con penthotal, curare, novocaína, se hace una laparotomía mediana infraumbilical. Por vía intraperitoneal se individualizan ambos uréteres,



Enf. Nº 2. — Retardo de la eliminación por R. D.; constipación ureteral izquierda.

los que se presentan algo dilatados, no creando ninguna dificultad su anastomosis al sigmoide según técnica de Coffey. Ligadura de ambas arterias ilíacas internas. Cistectomía total según técnica habitual, incluyendo la pared anterior de vagina. Puesta la enferma en posición ginecológica, con bisturí eléctrico se extirpa toda la uretra a partir del meato. Se tapona por vía vaginal, dejando un tubo de drenaje a su nivel. Cierre de la pared abdominal por planos.

Durante el acto se transfunden 500 c.c. de sangre total y luego se le coloca un drenaje aspirativo gástrico. Sonda rectal. Antibióticos de rutina.

La enferma evoluciona sin incidencias, siendo dada de alta el 21 de abril de 1954.

En informe anatomopatológico dado por el Dr. Fontana (20-4-54 - Preparación Nº 2658) dice así:

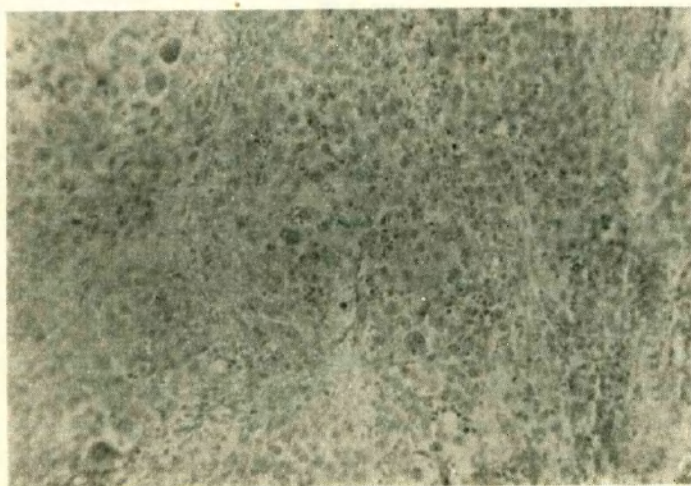
"Pared uretral profundamente infiltrada por una neoformación maligna del tipo de epiteloma pavimentoso; trozos de pared vesical muestran también una infiltración profunda por tumor del mismo tipo. Marcado proceso inflamatorio agregado". (Microfotografía Nº 2.)

Vista el 5-7-54, la enferma se siente bien, con buena tolerancia intestinal, habiendo aumentado un kilo de peso, siendo el examen clínico negativo, y no apreciándose al tacto vaginal ninguna infiltración ni dolor.

Como acusa mucha sed, sequedad de mucosa y algo de debilidad en las piernas se le administran sales de potasio.



Microfotografía 2. — Obs. Nº 2. - Islotos epiteliales pavimentosos
100 D. Infiltrantes.



Microfotografía 3. — Obs. Nº 2. - Detalles histológicos mostran-
do 150 D. las atipias celulares.

Posteriormente nos informamos que en noviembre del mismo año la enferma fallece de un accidente cardiovascular.

BIBLIOGRAFIA

- Lavenant.* — Cancer pedicule de l'urethre feminine. "Journal d'Urologie", 44:521. 1937.
L. Herman. — Carcinoma primitivo de la uretra femenina Saunders. 481, 1938.
Lowsley y Kirwin. — Malignant tumors of the female urethra. W. y W. Phil., 1634, 1940.

- R. C. Graves y L. W. Guiss. — Tumors of the urethra. "The Journal of Urology", 46: 925, 1941.
- G. C. Long y V. S. Counseller, M. B. Dockerty. — Melanoepitelioma primitivo de la uretra femenina. "The Journal of Urology", 55:520, 1946.
- A. E. Trabucco y R. J. Borzone. — Cistoadenoma metaplásico de la uretra femenina. "Rev. Arg. de Urología", XIX:61, 1950.
- C. B. Brack y G. J. Farber. — Carcinoma de la uretra femenina. "The Journal of Urology", 64:710, 1950.
- W. Niles Wishard (Jr.) y M. H. Nourse. — Carcinoma de un divertículo de la uretra femenina. "The Journal of Urology", 68:320, 1952.

R E S U M E N

Después de hacer una compulsa bibliográfica, los A.A. hacen un estudio clínico y anatomopatológico de esta rara afección, deteniéndose en especial en la faz terapéutica, donde ponen de relieve los distintos tratamientos empleados. Complementa este trabajo la aportación de dos observaciones personales, donde dada la naturaleza del proceso se practicó en la primera la uretrectomía total y en la segunda la cistouretrectomía total con ureterosigmoidostomía.

R É S U M É

Après avoir fait une révision bibliographique, les A.A. font une étude clinique et anato-pathologique de cette rare affection en l'étudiant tout particulièrement du point de vue thérapeutique, faisant remarquer les différents traitements employés. Cette communication est suivie de la présentation de deux cas personnels où d'accord avec le procès on réalisa dans le premier une urethrectomie totale et dans le deuxième une cysto-urethrectomie totale complétée d'une anastomose urétéro-sygmoidienne.