

EPITELIOMA INTRADIVERTICULAR DE URETRA FEMENINA

Por los Dres. ROBERTO A. RUBI y RAUL A. RUBI

Con frecuencia cada vez mayor se diagnostican divertículos de la uretra femenina, pero son muy raros los casos que desarrollan un carcinoma primario en su interior.

Faulkner, en el *Journal of Urology* de Setiembre ppdo., publica una observación de este tipo: la quinta de la literatura americana, sumándose a las de Hamilton y Leach (1951), Wishard y Nourse (1952), Brown E. W. (1956) y Atkinson H. Con fines meramente casuísticos y dada la rareza del proceso presentamos a nuestra consideración el caso de la Sra. C. de P. 39 años, casada.

A los 5 años: tifoidea, luego sarampión y difteria. Menarquia a los 11 años. Casada tiene cuatro embarazos, que se interrumpen a los 2 meses, al 7º mes, a los 8 ½ meses y 7 ½ meses el último: todos con fetos muertos.

Es a raíz del último parto que empieza a observar una supuración persistente, con franca dispareunia. Consulta varios colegas pero fracasan todos los tratamientos aconsejados. El Dr. Bregman consultado en última instancia nos envía la paciente el 12 de mayo del año próximo pasado. Examen somático negativo, si se exceptúa el urológico.

Puesta la paciente en posición ginecológica se observa por detrás del meato uretral, en cara anterior de vagina, una tumoración ovóidea del tamaño de una nuez. La mucosa vaginal que la recubre es de coloración normal; está bien delimitada, blanduzca a la palpación; la presión de la misma permite la salida a través de la uretra de algunas gotas de pus amarillento, espeso, bien ligado, sin llegar a vaciarse totalmente la cavidad. La uretra es permeable a un beniqué recto Nº 50 y el tránsito del instrumento resulta indoloro.

Pese a todos nuestros esfuerzos no pudimos cateterizar el orificio diverticular.

Al examen panendoscópico se observa un cuello congestivo, y móvil, y una mucosa uretral aframbuesada, rojiza, en cuya cara inferior se ubica el orificio del uretrocele: las maniobras de repleción y depleción de la uretra combinadas con la presión vaginal permiten apreciar una verdadera eyaculación purulenta.

Análisis clínicos. — Orina: Ácida, densidad 1012; urea: 12,8 ¾. Clor.: 5, 1. Urobilina; células epiteliales, leucocitos, uratos amorfos. Eritrosedimentación 1ª hora, 18; 2ª, 40. Fosfatasas ácidas: 1,3 U. King-Amstrong. Fosf. Alcalinas: 13,5 U. K. A. 17 ceto-esteroides (Talbot) 7,85 mgs.; en 24 horas, 7,6. Urea en sangre: 0,35 mmg. por ciento. Glucemia: 0,95 mg. por ciento. Hemograma: G.R.: 4.190.000. Hem.: 10,90 grs. V.G.: 0,79 por ciento. Blancos: 5.000. P.: 65. Eos.: 2. Bas.: 0. Linf.: 32. Mon.: 1. TC: 6. TS: 1,3.

En estas condiciones es intervenida el 30 de setiembre de 1958. Cirujano: Dr. Roberto A. Rubi. Ayudantes: Dr. Bregman y Dr. Rubi (hijo). Anestesia: peridural, Dr. Schraier.

Posición ginecológica: Sonda Foley Nº 20 B: 5. Lavado previo con penicilina, estreptomícina, hasta obtener líquido límpido.

Incisión longitudinal de la cara anterior de vagina que arranca a 1 cm. del meato uretral y se extiende 6 cm. hacia atrás. La disección de los dos colgajos vaginales es realizada sin dificultad. Queda la bolsa diverticular al descubierto y se prosigue la disección hasta alcanzar la pared inferior de la uretra en la vecindad del meato; hasta allí alcanzamos el cuello del uretrocele cómodamente, pero al proseguir la liberación del mismo en la vecindad del cuello de la vejiga se produjo una pequeña brecha, vaciándose gran parte del contenido; tomado con una pinza de Grégoire se termina la liberación del divertículo, se reseca el cuello y se procede a la reparación de la uretra con aguja atraumática y catgut simple 00 para el 1er. plano mucoso. El 2º plano jareta con catgut cromado 000 y un 3er. plano vaginal con

hilos de lino. La sonda quedó en permanencia durante 8 días, durante los cuales la paciente fué tratada con terramicina, intramuscular, estrógenos, acidificantes urinarios, y antiálgicos. Se obtiene una buena cicatrización "per primam".

Estudio histopatológico (Dr. Polak). — Descripción microscópica: Histológicamente el examen de diferentes sectores de las paredes de la neoformación remitida, muestra imágenes semejantes.

En todos ellos destaca un tejido conjuntivo adulto, discretamente reaccional, surcado por algunos hacedillos musculares y capilares sanguíneos, discretamente congestivos. Tapizando la cavidad se observa un tejido conectivo bien vascularizado, en cuyo seno se disponen irregularmente numerosos túbulos glanduliformes que se insinúan en profundidad y muestran variable calibre, tapizado por células que varían en forma y tamaño, con citoplasma débilmente basófilo y núcleos hipertróficos e hiper cromáticos, a veces nucleados y mostrando algunas figuras mitóticas, típicas y atípicas. Rodeando estas estructuras, se observan densos infiltrados celulares linfoplasmocitarios.

Diagnóstico. — Adenocarcinoma incipiente desarrollado en un divertículo uretral.

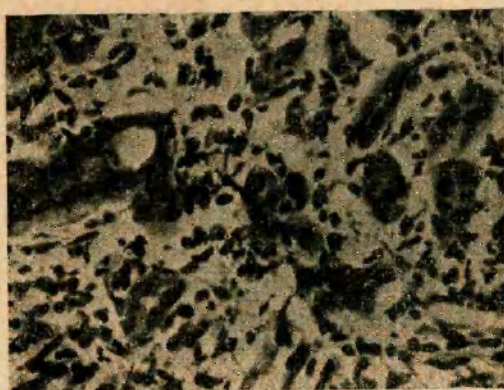


Fig. 1 — Microfotografía en la que se ve la pared diverticular con una neoplasia en partes necróticas en partes infiltrada por acúmulos celulares de pequeños elementos.

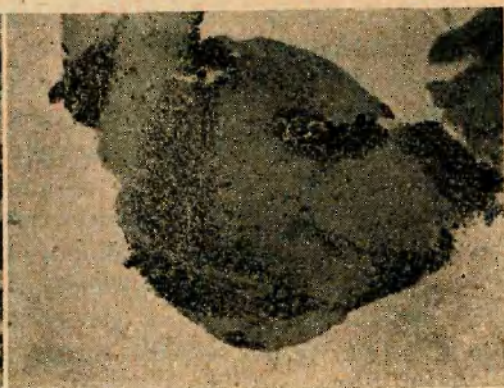


Fig. 2. — Mayor aumento de uno de los campos celulares de la figura anterior, en la que se distinguen tubos y cordones neoplásicos, de disposición irregular, con morfología variada. Estroma fibroblástico laxo, de recorrido peritubular. Se nota una glándula bien formada y formaciones tubulares de escasa luz y cordones de dos a tres células de espesor.

Visto el estudio precedente se remiten todas las actuaciones al malogrado Dr. H. Montagna, quien le aplica una placa con cuatro agujas de Radium, 1,33— hasta obtener 3.900. R. tumor.

La paciente quedó con una reacción actínica prolongada: polaquiuria diurna y nocturna, ardor miccional, dolor terminal, y por momentos micciones imperiosas, y además de una amenorrea que se prolonga meses.

Se realiza tratamiento adecuado, en el que se incluye prednisona a la dosis de 20 mg. diarios.

Al mes y medio muy mejorada, sobre todo en la polaquiuria y dolor, subsisten las micciones imperiosas y la amenorrea.

El 4 de mayo de 1959 reactualizamos el estudio.

Estado general: igual. En tratamiento por una cervicitis, sin incontinencia. Polaquiuria diurna intensa, nocturna 1 vez, con carácter imperioso, sin ardor ni hematuria terminales.

Orinas: límpidas.

Vulva y vagina: normales, sin flujo ni supuración.

Edema localizado en ambas piernas, más intenso en la izquierda. Amenorrea.

COMENTARIOS

El divertículo de la uretra o retrócele, es una cavidad en relación con la luz del conducto. Se desarrolla en la mujer en la cara inferior de la uretra, con un orificio de comunicación en general estrecho: puntiforme, redondeado o alargado.

Según Petit-Dutaillis la pared interna del divertículo se presenta bajo dos aspectos diferentes: en los uretróceles verdaderos está recubierta de una capa epitelial regular y lisa, mientras que los pseudo-uretróceles carecen de revestimiento epitelial, y su superficie es irregular: lacerada en parte, vegetante en otras, siendo la resultante de abscesos urinosos fistulizados hacia la uretra y no encuentran desde luego en esta descripción.

En el divertículo propiamente dicho la pared interna está tapizada por el epitelio profundo de la uretra según Quénu y Pasteau; a veces presenta el aspecto del epitelio pavimentoso estratificado y en más raras ocasiones se descubre la queratinización del mismo.

La capa muscular disociada en parte, está englobada o reemplazada por la proliferación del tejido conjuntivo.

El contenido es de orina, en general purulenta, cálculos y por excepción lesiones neoformativas.

Si bien se describen casos de origen congénito, la gran mayoría son adquiridos, y se presentan con frecuencia en múltiparas, admitiéndose la posibilidad que un parto prolongado o maniobras instrumentales podrían crear zonas débiles en la pared inferior de la uretra, susceptibles de dilatación ulterior, tanto más fácilmente si coexiste ese factor con una estenosis de la uretra.

No obstante numerosos autores americanos aceptan que cualquier proceso inflamatorio submucoso periuretral que culmine o llegue a la abcedación y se abre en la uretra, constituye el punto de partida de la formación de un divertículo.

Síntomas: Existen variedades clínicamente silenciosas: son verdaderos hallazgos en el curso de un examen urogenital completo. No es lo frecuente, casi siempre la paciente consulta por manifestaciones diferentes de la afección, que enumeraremos sucintamente.

- I) Sin ningún síntoma subjetivo la interesada descubre una tumoración a la entrada de la vagina.
- II) Supuración persistente rebelde a todos los tratamientos, como en nuestra observación.
- III) Síntomas urinarios francos: disuria, polaquiuria, ardor miccional, dolor a veces con verdadero tenesmo, goteo post-miccional, crisis de retención completa de orina por espasmo del cuello, etc.
- IV) Eritema de la vulva y de la cara interna de los muslos, provocados por las pérdidas purulentas intermitentes.
- V) Dispareunia.

Puesta la enferma en posición ginecológica se observa en la cara anterior de la vagina y por detrás del meato una tumoración mediana, redondeada u ovoidea, de tamaño variable, en conexión con la cara inferior de la uretra; la mucosa vaginal que le recubre es de coloración normal, salvo en las formas

supuradas en retención en que el proceso flegmático suprayacente la invade inexorablemente.

La consistencia es blanduzca o remitente, fácilmente depresible, da siempre salida por expresión, a algunas gotas de orina turbia o francamente purulenta, y a veces a pus cremoso, bien ligado, como en nuestra observación; difícilmente se obtiene la evacuación completa del contenido diverticular.

Durante la exploración es posible introducir un estilete en la cavidad así como también observar el orificio de comunicación en el examen panendoscópico, hechos estos que no deben entusiasmarnos con miras a un tratamiento local de tipo conservador: lavajes, cauterizaciones, inyecciones de líquidos modificadores, etc., potenciados con toda la gama de antibióticos adecuados al caso, pues nunca hasta ahora se ha obtenido la esterilización definitiva de la cavidad diverticular.

Reina, pues, soberana la cirugía en el tratamiento del uretrocele y debe realizarse la intervención según Winsbury White, a través de una meticulosa disección que permita la extirpación total del saco, ya que su remoción incompleta es a menudo punto de partida de una fistulización ulterior.

Para facilitar la excéresis colocamos una sonda Foley N° 20 Balon 5 cc cúbicos en vejiga que se deja luego en permanencia durante 5 días; punzamos la bolsa para evacuarla e irrigarla repetidas veces con una solución de penicilina, estreptomina, con la que se rellena la cavidad al máximo, cuando el líquido de lavado sale claro. Empleamos la anestesia peridural, pero inyectamos unos 10 cc. cúbicos de novocaína al 0.50 %, bien puede ser también suero fisiológico, alrededor de la base diverticular.

Extirpado el uretrocele, el primer plano mucoso, se realiza con catgut simple 00 el 2º en jareta con catgut cromado 000 con aguja atraumática y con el mismo elemento, se efectúa un 3º plano de dos puntos en X de sostén.

La vagina se sutura con puntos separados de lino.

En este caso después de conocer el resultado histopatológico, se colocaron 4 agujas de 1.33 r. elemento en tanden en la vagina, para alcanzar una dosis de 3.900 r. tumor.

La enferma presentó una amenorrea secundaria de 10 meses. El resultado hasta ahora es excelente.