

RELATOS Y MESA REDONDA* LESIONES DE PENE

Dr. Woscoff, Alberto (coordinador) - Dr. Guillot, Carlos - Dr. Rey, Horacio
Dr. Jaimovich, León - Dr. Castría, Marcos - Dr. Rochman, Elías José - Dr. Cordero, Alejandro

1. RELATOS

a) Balanitis

Dr. Carlos Guillot

Para ceñirnos estrictamente al tema nos vamos a remitir a un esquema sobre las balanopostitis.

Se ha tratado de hacer una serie de clasificaciones, algunas muy simples, agudas, crónicas; las otras, las clásicas que apelan a la descripción, por ejemplo, la balanitis pustulosa de Castell de 1811, la balanitis esclerosante de Del Banco, de 1908. Eso no nos acerca demasiado al tema porque nos hace entrar a una selva semiológica sin llegar a cosas concretas.

Una de las maneras de equivocarse en una clasificación es dividir las balanopostitis en E.T.S., Enfermedades Transmisibles Sexualmente, y no E.T.S.

Las no E.T.S., a su vez, podríamos subdividir las en traumáticas. Un ejemplo concreto que vi los otros días, un traumatismo de prepucio y de glande producido por un cierre relámpago de un Jean ajustado, irritante desde el conocido esmegma hasta otras sustancias, tales como el Espadol y otras utilizadas con propósito medicamentoso, como el podofilino.

En tercer lugar, tendríamos las inflamatorias, en su mayoría de origen desconocido. Veremos las inflamatorias de etiología conocida. ¿En qué se diferencian las E.T.S.? Las balanopostitis E.T.S. tienen un contenido social. En cambio, las no E.T.S. tienen un problema netamente particular.

Podríamos subdividir las inflamatorias en seudoeitropiasias, por ejemplo, la conocida balanitis circunscrita blastocelular de Zoon de 1956 y una variante que ha deseado distinguir nuestro querido amigo John Kier, que es la *balanitis vite-noide purpúrica*, que fue descrita en 1980 en los Anales Franceses, que se supone son dos formas íntimamente ligadas.

Debemos distinguir la plasmocelular de la eritropiasia, allí ya no se trata de una balanitis, pero tienen ese aspecto de mancha roja, de tinte de merthiolate, brillante, lisa, aterciopelada, que puede y de hecho confunde. Tanto es así que para hacer una distinción real entre balanitis plasmocelulares o plasmolinfáticas y la linfoplasia habría que acudir a la biopsia. Lo real es que este proceso no es premaligno.

Podríamos hablar de las esclerosantes, de las conocidas balanitis de Steward que han sido descritas por Del Banco como balanitis esclerosantes, pero se supone, salvo algunos casos, que sean estados terminales de balanitis, balanopostitis inflamatorias que van al liquen escleroatrófico.

La seudo epiteliomatosis es una imagen poco común, pero es tan típica y se suelen encontrar con cierta frecuencia porciones micáceas que simulan trozos de liquen hiperqueratósico, que pueden confundir con un epiteloma porque hay hiperqueratosis que hacen temer un epiteloma.

En la E.T.S. la reina es la candidosis. ¿Qué importancia tiene esto para nosotros? Su coexistencia con la diabetes. Existe una balanopostitis auténtica trichomoníásica que suele coincidir con cualquiera de los tres estados que presentan las uretritis a trichomonas y todo lo que se está viendo en la actualidad, lo que se está investigando en bacteriología con respecto de las uretritis, lo vamos a encontrar también dentro de las balanopostitis.

Así vamos a encontrar una balanitis por un ureoplasma ureoliticum.

En cuanto a las amebiasis, Dix en 1970 describe diez casos de amebiasis de pene principalmente ulcerosa y balanitis. En 1980, ha logrado reunir más de 250 casos. Eso se debe al homosexualismo.

En las *Chlamydias* existe la posibilidad de una balanopostitis.

Como huerfanita queda al final la balanitis sifilítica de Folman, una balanitis primaria que dicho autor describió en 1942.

Pasaré una serie de diapositivas sobre los procesos a los que me he referido.

(Se proyectan diapositivas.)

b) Condilomas acuminados

Dr. Horacio Rey

Vamos a ocuparnos de este tema que es tan bien conocido por los urólogos y dermatólogos cuando participamos en no pocas oportunidades del diagnóstico y tratamiento de los condilomas acuminados.

Estos papilomas venéreos o cresta de gallo reconocen como etiología un virus similar al de la verruga común. Tanto es así que se piensa que ese virus tiene cierta capacidad para colonizar el epitelio mucoso genital, la piel, los pliegues cercanos y ha sido demostrado con la microscopía que el agente etiológico tiene mucho que ver con la verruga común.

En 60 % de los casos se reconoce el contagio sexual, pero no siempre es así. ¿Dónde coloniza? Normalmente, lo vemos de ordinario en la cara interna del prepucio, en el frenillo, en el surco balanoprepucial en el varón; a veces, se extiende hacia la piel del pene y no pocas veces invade los pliegues.

Todos hemos visto este tipo de proliferación en el margen anal y, excepcionalmente, alguna vez hemos visto que el condiloma asienta en otro tipo de piel, en el abdomen, en las axilas, en los pliegues interdigitales de los dedos y en el cuero cabelludo, como el caso que nos ha facilitado el doctor Woscoff.

La evolución de estos condilomas es importante porque hemos visto la particularidad que tiene el condiloma, cuyo crecimiento, a veces, es de tipo explosivo. El paciente refiere que comienza con una pequeña formación papilar y en pocos días, ve invadida la mucosa del glande por esa formación. Nos preocupa un poco esa evolución.

Podríamos decir que una de las posibles evoluciones de estos condilomas es hacia la curación o hacia la papilomatosis florida, lo que llamamos el tumor de Bowen o Loewenstein.

Para algunos es una patología benigna y, para otros, con tendencia a la malignidad.

En realidad, la clínica de esta papilomatosis florida se confunde con el carcinoma espinocelular y la anatomía patológica nos dará el diagnóstico, por cuanto macroscópicamente la invasión de los tejidos de la cubierta del pene, de la uretra, de los cuerpos cavernosos no nos indican una patología benigna. Podríamos decir que es benigno, con una manifiesta tendencia destructiva, invasiva; esto no es porque invada la capa basal, sino porque las trombosis vasculares hacen que se destruya gran cantidad de tejido y se produz-

* Mesa Redonda en conjunto de la Sociedad Argentina de Urología y la Sociedad Argentina de Dermatología. Sesión extraordinaria del martes 28 de julio de 1981.

can exulceraciones, ulceraciones y, no pocas veces, fistulas uretrales. Deberíamos dejar la discusión de este tema para ocuparnos del mismo en la Mesa Redonda de esta noche.

No podemos dejar de recordar que si es una patología de contacto sexual, también la vamos a ver en la mujer, aun cuando no tan sencillamente como ocurre con el condiloma acuminado en el varón, pues allí invade el introito, los labios mayores y menores y, algunas veces, también la uretra.

Destaqué que la evolución podía ser hacia la papilomatosis o hacia la curación, pero existe un grado intermedio que es hacia la infección uretral, que realmente no preocupa. Pocas veces hemos visto un condiloma en la uretra posterior, pero en no pocas oportunidades, en la uretra anterior. Afirman los gastroenterólogos que los condilomas incluso llegan a asentar en el sigmoide y, en ocasiones, han producido obstrucciones anales.

Los condilomas podríamos dividirlos en hiperplásicos, que son los que están en zonas húmedas, normalmente son perianales, masas vegetantes húmedas, mal olientes, a veces de color blanquecino o color carne y que tienen cierta propensión a invadir la mucosa rectal.

Las formas séssiles generalmente las observamos en el frenillo: un condiloma pequeño de comienzo, bien pediculado, único o múltiple.

Por último, las formas verrugosas se confunden con la verruga común porque al tomar la piel se queratiniza y su aspecto externo no nos permite hacer un diagnóstico sencillo, fácil de que se trate de un condiloma o de una verruga.

En cuanto al tratamiento, es clásico que utilicemos una solución glicero-alcohólica de resina de podofilo, la usamos al 20 ó 25 %, con los cuidados del caso, para no provocar una balanopostitis.

En los últimos tiempos hemos empleado la pomada de 5-fluorouracilo con un resultado espectacular, y a pesar que el doctor Castría nos recordaba la irritación y la necrosis que puede provocar si se excede en la posología.

Otras veces, se puede optar por la electrocoagulación. Cuando el paciente es ansioso, puede recurrirse a la electrocoagulación.

En general, no se utiliza la cirugía convencional de exéresis y sutura.

Se ha administrado la biomicina en solución tópica y, en algunas oportunidades, la biomicina en inyecciones por vía parenteral, lo mismo que el metatrotrexato.

A continuación vamos a pasar unas diapositivas donde podremos ver algunas de las imágenes clásicas.

(Proyecciones.)

c) Liquen escleroso y atrófico de pene

Dr. León Jaimovich

El liquen escleroso y atrófico de pene tiene diversas sinonimias.

Se afirma que la lesión atrófica comienza alrededor de los 40 años de edad, aunque se hayan descrito casos ocurridos en la pubertad y en la senectud.

Se localiza en el pene y puede tomar cualquier zona del tegumento, incluso se han descrito localizaciones de liquen atrófico en la mucosa oral. Dentro de la localización genital tiene preferencia por ciertas áreas.

Con respecto al aspecto clínico, podríamos decir sintéticamente que el liquen atrófico presenta fundamentalmente tres aspectos: que son coetáneos, aparecen al mismo tiempo o uno después de otro, pero en un momento determinado pueden coincidir en un mismo paciente.

¿Cómo se presentan actualmente? En forma de un anillo que lleva a la fimosis. Se dice que la mayor parte de las fimosis adquiridas del adulto son debidas a una lesión esclerosa y atrófica.

Ante una fimosis adquirida del adulto habría que pensar en un liquen escleroso y atrófico y buscarlo, además del pene, en otros lugares, o bien recurrir al auxilio de un colega dermatólogo.

La fimosis que se presenta a nivel del prepucio es fundamental. Además del anillo, puede haber una placa esclerosa que rodea al prepucio y que lleva a la fimosis.

Otra característica clínica es la de que toma el glande. De allí las lesiones típicas del liquen escleroso y atrófico llevan a una imagen de una placa blanquecina brillante al comienzo, lo que llega al período de atrofia y, entonces, la piel adopta un clásico aspecto arrugado en papel de cigarrillo.

Hay que recordar la clasificación que tan brillantemente hiciera en nuestro país Julio Martín Borda, donde reconoce unas variantes clínicas del liquen en donde se debe reconocer una forma *vitilicoidea* en donde el aspecto clínico es el de un vitiligo. Si no se practica biopsia no se sabe si es un liquen.

En otras ocasiones el liquen se presenta con ampollas. En otro momento es de carácter hemorrágico y, en última instancia, tiene una forma verrugosa, que fue remarcada e individualizada por Julio Martín Borda.

Esas serían, básicamente, las características que presenta cuando se localiza en el glande, pero puede tomar luego los bordes del meato y conduce al aspecto clínico de la balanitis infiltrante descrita en 1928.

Esos tres aspectos se observan en forma sucesiva para llegar a un momento determinado en que pueden existir los tres al mismo tiempo.

La asociación con la fimosis es importante, porque antes se mencionaba en la bibliografía que el liquen escleroso y atrófico empezaba después de la circuncisión por una fimosis adquirida. Sin embargo, no era más que la consecuencia de hechos clínicos, eran dos actos de un mismo drama; podríamos decir, la manifestación de una misma enfermedad. Es decir, que lo que se consideraba que aparecía como consecuencia de la fimosis eran aspectos de la misma enfermedad.

Se ha descrito la asociación con lesiones precancerosas en general, la asociación con lesiones de tipo queratósico preneoplásicas y hay una casuística en donde se informa en la observación de 548 casos de liquen escleroso y atrófico en donde se encuentran cuatro de estos pacientes que desarrollan un epiteloma sobre el liquen escleroso y atrófico.

El diagnóstico diferencial fundamentalmente hay que hacerlo con el vitiligo, en algunos casos con ciertas toxidermias y, por supuesto, con los diversos procesos que pueden llevar a una fimosis.

En cuanto a la ubicación nosológica, el doctor Borda se ocupó de la atrofia circuncrita para englobar una serie de procesos que tenían un denominador común desde el punto de vista histológico, y ha estado muy acertado porque la bibliografía demuestra que es así.

Es indiscutible que la lesión esclerosa y atrófica con localización en el pene tiene vinculación con la esclerodermia circuncrita y forma parte de los llamados síndromes de las escleroatrofias circuncritas.

Finalmente, como tratamiento, en el caso del paciente circuncidado, se indican cremas con corticoides, la pomada al 2 % suele dar algún resultado y en el caso de la fimosis, por supuesto, está indicado practicar la circuncisión.

Vamos a pasar algunas diapositivas relacionadas con el tema.

(Proyecciones.)

d) Cáncer de pene

Dr. Marcos Castría

La patología tumoral del pene constituye, sin duda alguna, uno de los capítulos más sombríos a que con frecuencia se ve abocado el urólogo.

Lo conforman dos grandes capítulos. Uno, la patología tumoral benigna, que si bien es infrecuente y que por su diagnóstico y pronóstico lo hace más llevadero al paciente, no así cuando se trata del verdadero cáncer y sobre todo aquel proceso que se ha caratulado como estado precanceroso.

Nosotros, desde el punto de vista clínico, debemos llegar a conformar lo que la semiología nos permite, es decir, la lesión radicada en el pene, de localización en tres sectores: la forma prepuccial, la forma balánica y la forma balanoprepucial.

Esto tiene mucha significación porque hay que evitar las pautas terapéuticas cuando sean referidas al tumor en sí o a los problemas radicados en el pene.

Como factor condicionante suele existir una irritación crónica fundamental de orden mecánico condicionado por la fimosis, o bien por el producto de secreción de las glándulas a través del esmegma o la composición química que deriva de la permanencia de esa secreción durante tanto tiempo en la cavidad prepuccial.

Desde el punto de vista clínico, la lesión se presenta en forma vegetante, infiltrante o infiltrada. Esas lesiones suelen ser de evolución lenta y los pacientes pueden arrastrar este padecimiento durante meses o aun por años.

La observación clínica se complementa con la pesquisa de los posibles ganglios comprometidos a nivel de la región inguinal. Tenemos que relacionarla con la circulación linfática.

El pene, a través de sus envolturas o cubiertas, drena fundamentalmente los ganglios similares de la ingle, no así los que conforman los cuerpos cavernosos y el cuerpo esponjoso, del que depende el glande, cuya circulación linfática va a drenar los ganglios profundos de la ingle.

A pesar de los ramos comunicantes que tienen unos y otros, se debe examinar la región inguinal para ver si hay evidencia clínica del compromiso neoplásico.

Como premisa podemos establecer que toda lesión tórpida del prepucio o glande puede ser cáncer, mientras los métodos o estudios que se practiquen no demuestren lo contrario.

Entre los posibles diagnósticos diferenciales y como lesiones precancerosas, se ha hablado de los papilomas virales que responden a un fenómeno de tipo viral. Es característico el recubrimiento de tejido pavimentoso y, en ocasiones, cuando persiste el factor irritativo, puede derivar en un epiteloma epidermoideo.

La leucoplasia también es señalada como factor predisponente de un papiloma espinocelular. Sabemos que se trata de manchas blanquecinas y se trata de una hiperplasia epidermoidea, es decir, de una hiperplasia de tipo hiperqueratósico como la eritroplasia de Queyrat, que tiene aspecto aterciopelado, liso, de color rojizo, en la cual el proceso de tipo ulcerativo puede conducir a la malignización, a un proceso espinocelular.

La enfermedad de Bowen o carcinoma *in situ* de la mucosa corresponde también a un estado precanceroso.

A través de una conformación clínico-semiológica, vamos a llegar a una certificación diagnóstica.

Nos valemos fundamentalmente de la biopsia del tejido, sobre todo de las zonas en que existan sospechas, como así también de la biopsia de los ganglios, ya sea de tipo quirúrgico o bien, por aspiración, de tipo citológico.

Debemos aceptar que toda lesión ulcerativa de pene o glande debe considerarse como tal y practicarse el estudio anatomopatológico.

Es importante establecer la extensión de la lesión, como asimismo los caracteres, no solamente en superficie, sino en profundidad. Podrá estar comprometida la cubierta superficial, la cubierta cutánea, el tracto peneano, la túnica celulosa y la base del pene. Cuando estas túnicas estén comprometidas por el carácter destructivo, pueden involucrar los cuerpos cavernosos. La vaina de los cuerpos cavernosos es resistente y dado el carácter lento de evolución muy tardía se observa el compromiso de los cuerpos cavernosos cuando llega a comprometer la uretra esponjosa.

El avance del fenómeno infiltrativo puede hacerse a través de la irrigación linfática con un compromiso ganglionar que responda a ganglios regionales o bien, de los intraabdominales que corresponde a la inflamación pelviana. Y la *inflamación*, que es una etapa muy tardía y que significa cuando

el nódulo neoplásico está detenido en un trayecto de la red linfática, aparece a partir de ese lugar la gestación del tumor.

Histológicamente, el cáncer de pene sabemos que se trata de dos variedades: una, de forma papilar, y otra, de forma sólida; esta última es más frecuente, son verdaderos epitelomas dentro de las variedades espinocelulares y la basocelular, que es muy infrecuente.

Las metástasis viscerales son muy infrecuentes y tardías, no así las metástasis ganglionares que comprometen a los núcleos regionales de la ingle. La evaluación clínica, la palpación de las mismas, nos dará, en ciertas ocasiones, el compromiso neoplásico.

Es evidente que todas estas lesiones ulcerativas llevan concomitantemente un proceso de tipo inflamatorio, de manera que no hay que confundir en esta primera etapa la signología de los ganglios regionales de la ingle con el compromiso neoplásico.

Es indudable la certificación diagnóstica, lo que nos posibilitará con certeza el grado de la lesión en cuanto a su avance. Si en un estudio histopatológico la agresividad tisular es manifiesta y es profunda y no existe una adenopatía regional palpable, actuaremos, en cuanto a la terapéutica, de acuerdo con lo que nos diga el anatomopatólogo.

Pasaremos por alto las lesiones benignas, para entrar directamente al cáncer de pene propiamente dicho.

En la práctica existen tres posibilidades: las lesiones locales no extendidas, que pueden ser tratadas por irradiación, o bien por amputación parcial. La radiación, lógicamente, está circunscrita. En algunas ocasiones puede determinar lesiones groseras, o bien no llegar a dar resultados satisfactorios, por lo cual se puede recurrir a la amputación parcial, que es practicada por algunos autores.

Las lesiones locales más extendidas, sin adenopatía regional, imponen una conducta quirúrgica de tipo conservador, que es la amputación parcial. Aquí hay una disimilitud en cuanto al criterio a seguir. Para algunos esa amputación parcial, aun no existiendo una adenopatía concomitante que signifique un compromiso neoplásico de los ganglios, se debe realizar la cirugía de exéresis. Para otros, es conservadora; se sigue al enfermo en forma metódica, durante dos o tres meses, la evolución de su dolencia.

Por último tenemos las lesiones extendidas con adenopatías. Aquí hay que entrar ya en lo que la cirugía urológica conforma la amputación total del pene, en los casos de avanzada indicación, con un componente quirúrgico que es la exéresis, no solamente de todos los componentes regionales, sino de las cadenas ileo-inguinales; apoyado lógicamente, cuando este tipo de cirugía no se pueda realizar, por la cobaltoterapia y el tratamiento oncoquimioterápico.

Por último, el pronóstico estará condicionado por el momento en que se hace el diagnóstico y se inicia el tratamiento. Aquí es importante reconocer lo siguiente y hay que tenerlo bien presente.

Una vez hecho el diagnóstico, no hay que realizar concomitantemente el vaciado ganglionar cuando éste supuestamente está comprometido. Hago hincapié en esto porque son desastrosos los resultados cuando el paciente no ha sido sometido previamente a un tratamiento quimioterápico, en este caso con antibióticos, para tratar de frenar el proceso. A posteriori, cuando se tenga el diagnóstico histopatológico, se procederá al vaciamiento ganglionar regional. Por el tipo histopatológico, el anatomopatólogo nos revelará la forma de la atipia celular, y cuanto más neoplásica sea, mayor gravedad tendrá.

Los estadios evolutivos señalados por Wilmore y Journal conforman el tumor peneano sin evidencias clínicas de adenopatía tumoral inguinal, o tumor peneano con evidencias clínicas de adenopatía tumoral inguinal o el tumor peneano con evidencia clínica de adenopatía tumoral inguinal inoperable; el último es cuando el tumor peneano tiene un compromiso con los status tisulares vecinos, lógicamente, es una etapa muy tardía.

Es evidente que esto que nos señala el doctor Wilmore nos estará dando las pautas terapéuticas para que utilizando el DCC podamos sentar las premisas para el tratamiento a seguir.

(Proyecta algunas diapositivas.)

e) Uretritis no gonocócicas

Dr. Elías José Rochman (lee su relato)

Si consideramos la uretra anatómicamente formada por dos porciones definidas, la anterior y la posterior, separadas por el esfínter externo, sólo nos referiremos a la porción anterior considerando la infección de la uretra posterior como una complicación de la primera.

Definición

La uretritis no gonocócica, UNG, es una inflamación significativa, es decir que se manifiesta por signos y síntomas, cuyo agente causal no es el gonococo de Neisser.

Dentro de este contexto podemos incluir a las uretritis posgonocócicas, UPG, ya que corresponden a una infección simultánea provocada por el gonococo y un agente que produce la UNG.

Incidencia

Durante muchos años toda uretritis era considerada como gonocócica. Es a partir de 1950 donde comienzan a diferenciarse claramente otros agentes causales y se realizan estudios estadísticos comparativos entre la incidencia de la UG y la UNG.

Se calcula como probable que de 50 a 70 % de las uretritis son de origen no gonocócico.

Estos datos corresponden a estadísticas durante 20 años, de los Estados Unidos e Inglaterra, país este último donde la UNG es de denuncia obligatoria.

Debemos agregar que aproximadamente 30 % de pacientes tratados correctamente por UG desarrollan una UPG como parte integrante de la UNG.

La mujer participa de esta patología, a la cual pocas veces tratamos porque los contactos sexuales son aislados, accidentales o extramatrimoniales; si tenemos en cuenta que el período de incubación de la UNG es más prolongado que en la UG, por lo que puede haber varios contactos hasta la aparición de los síntomas, y que existen además portadores asintomáticos, la dimensión de este problema, desde el punto de vista epidemiológico, es mayúsculo.

Etiología

Las UNG pueden tener diversos agentes etiológicos favorecidos en muchos casos por factores predisponentes como: déficit del estado general, avitaminosis, problemas metabólicos, disturbios digestivos, alteraciones locales, pH uretral, infecciones previas, hiperergia y psíquicos.

La no corrección de estos factores puede condicionar una tendencia hacia la cronicidad del proceso presentándose recidivas que pueden durar semanas, meses y años.

CUADRO I

Etiología

1) Bióticas:

- | | | |
|------------------|---|---|
| a) Bacterianas | { | <ul style="list-style-type: none"> <i>E. coli</i> B. coliformes enterococos estafilococos estreptococo alfa-hemolítico <i>Pseudomonas</i> <i>Proteus</i> |
| b) Parasitarias: | | <i>Trichomona vaginalis</i> |
| c) Micóticas: | | <i>Candidas</i> |
| d) Micoplasmas: | | variedad T |
| e) Chlamydias: | | agente tric |
| f) Virus: | | herpes |

2) Traumáticas:

- a) Directo
- b) Térmico
- c) Químico

3) Alérgicas

4) Secundarias:

- a) Focos distantes
- b) Focos vecinos
- c) Metabólicas
- d) Psíquicas

5) Desconocidas

Período de incubación

Como ya lo mencionamos, la UNG tiene un período más prolongado, 2 a 3 semanas, que la UG, que es de 3 a 15 días.

Clínica

En el hombre: secreción mucosa o mucopurulenta escasa o moderada a veces como gota matinal; prurito uretral; ardor miccional; 10 a 15 % asintomático.

En la mujer: 50 a 70 % asintomática; vulvovaginitis con prurito, ardor y dolor genital; ardor miccional (a veces con polaquiuria y tenesmo); flujo.

Complicaciones

En el hombre la complicación más importante en la propagación de la infección hacia la uretra posterior, con participación de la glándula prostática (*prostatitis*), las vesículas seminales (*vesiculitis*) y por vía canicular (*deferente-epidemitis*).

En la mujer no tratada precozmente la *cervicitis* es la regla, pero también puede complicar con una *salpingitis*.

Debemos mencionar aquí también la *conjuntivitis*, sobre todo cuando los hábitos higiénicos no son correctos.

Diagnóstico

Deben realizarse las pruebas de laboratorio, a saber:

- 1) Exudado uretral; nos permite diferenciar una UG de una UNG. La presencia de más de 10 leucocitos polimorfonucleares por campo es significativa para diagnosticar una uretritis.
- 2) Sedimento de orina fresca; nos servirá para constatar, con el 1er. chorro miccional, la piuria y el hallazgo de trichomonas.
- 3) Examen bacteriológico de orina, cultivo, recuento de colonias y antibiograma.
- 4) En la mujer debe solicitarse un examen de flujo, obteniéndose el material del fondo del saco vaginal y del endocervix.

La investigación de micoplasmas y Chlamydias requieren pruebas de laboratorio especializadas.

Los micoplasmas tienen características morfológicas similares a las formas L bacterianas. Su comportamiento metabólico es similar, ya que descompone la urea, modifica el pH del medio y son inhibidos por la eritromicina. La variedad T (tiny) forma pequeñas colonias.

Las Chlamydias requieren para su cultivo medios similares que los virus. Holmes describió para las Chlamydias técnicas serológicas de inmunofluorescencia.

La variedad tracomatis fue la más frecuentemente hallada en las UNG.

En nuestro medio no conozco que se realicen estas investigaciones en forma rutinaria, por lo tanto descartados los factores etiológicos conocidos de acuerdo con los puntos 1, 2, 3, 4, encaramos el tratamiento en forma empírica.

Tratamiento y profilaxis

La terapéutica debe ser enfocada hacia el hombre y la mujer como única posibilidad de curación y de cortar el ciclo

epidemiológico. Esta conducta en la mayoría de los casos no es fácil, lo que plantea un problema social, por un lado, y por el otro, poder diferenciar claramente si la UNG y, sobre todo, la UPG es una recidiva o una reinfección.

Deben tomarse medidas higiénico-dietéticas y la abstinencia sexual hasta la curación.

El tratamiento debe realizarse según el factor etiológico. Es conveniente efectuar pruebas serológicas a los 30-45 días para descartar lúes.

Material y métodos

Se tomaron 54 pacientes con diagnóstico de uretritis, sin tratamiento previo, que se distribuyeron de la siguiente manera:

54 uretritis - 100 %
 Grupo I: 33 UG - 61,1 %
 Grupo II: 21 UNG - 38,9 %
 De las 33 UG, 9 UPG - 27,2 % si los incluimos en el grupo II.
 30 UNG - 55,5 %

CUADRO II

21 UNG	9 UPG
3 trichomonas ... 14,2 %	
4 enterococos ... 19 %	
3 B. coliformes ... 14,2 %	
1 estafilococo ... 4,7 %	1 estafilococo au. ... 11 %
1 química ... 4,7 %	
9 sin identificar ... 42,8 %	8 sin identificar ... 89 %

CUADRO III

30 UNG	
13 con etiología	43,3 %
17 sin etiología	56,6 %

Tratamiento

En los trece pacientes (43,3 %), se realizó tratamiento etiológico discriminado de la siguiente forma:

3 trichomonas, imidazol o derivados
 4 enterococos, 3 ampicilina - 1 cloramfenicol
 3 B. coliformes, 2 ampicilina - 1 ácido nalidíxico
 2 estafilococos, rifampicina
 1 química, sintomático - vitaminas A y C

De los diecisiete restantes (56,6 %) fueron seguidos catorce (82,4 %), desconociéndose la evolución de tres de ellos (17,6 %).

El tratamiento empleado fue: a) minociclina (7); b) doxiciclina (6); c) eritromicina (2); d) autovacuna (1).

Resultados

De los trece pacientes con etiología conocida, once curaron entre 7 a 15 días, mientras en dos se mantuvo una gota matinal que cedió espontáneamente al cabo de una semana.

De los catorce pacientes sin etiología demostrable, nueve curaron entre 7 y 15 días, tres entre 15 y 25 días y dos enfermos más allá de los 25 días.

En todos los casos se realizaron controles de laboratorio durante 4 semanas; posteriores a la desaparición de los síntomas.

f) Farmacodermias genitales

Dr. Alejandro Cordero

Lo primero que hay que recordar es que cualquier droga es capaz de determinar una farmacodermia y que cualquier

proceso dermatológico por variado que sea, cuando no responde claramente a una etiología precisa, debe pensarse que puede estar determinado por una droga.

No es posible decir: tal cuadro es determinado por tal droga. No hay una especificidad exacta y definitiva.

Esta lista (se proyecta), que tiene nombres de drogas por orden alfabético, y que no es completa porque ello es imposible, les da una idea de la cantidad de manifestaciones clínicas morfológicas diferentes que pueden dar desde las cosas más simples, los exantemas morbiliformes, hasta cuadros sumamente graves o mortales, como podría ser el síndrome de Laier.

He creído que la más característica de las farmacodermias que podemos observar en el pene son los llamados eritemas fijos pigmentarios. Es una de las lesiones más características que observamos en la piel y que el dermatólogo reconoce muy fácilmente y sabe cuál es la causa, no así cuál es el fármaco que la produce.

En esta figura (*diapositiva*) se aprecia un centro de color rojo purpúreo oscuro y un halo rojo inflamatorio. Estas lesiones se llaman eritemas fijos porque se reproducen exactamente en el mismo sitio cada vez que se ingiere, se aplica o se hace uso de un medicamento determinado. Las lesiones pueden ser únicas o múltiples y pueden estar en la piel o en las mucosas. Las provocaba el *Dristán*.

Diapositiva. En este caso, estas lesiones redondeadas, rodeadas de un halo rojizo, tenían como agente causal el Longum y el Driacil. Cada vez que el paciente tomaba la droga, se incendiaban las lesiones y se producía ese halo, con prurito y a veces, sin prurito.

Diapositiva. En este caso, el mecanismo patológico de estas lesiones es muy similar al eritema polimorfo de tipo mixto, es decir, epidermodérmico. La lesión asienta en el límite dermoepidérmico, produce una vacuolización de las células basales y un infiltrado que corroe la epidermis. Todo esto era provocado por la ingestión de Bactrim.

Diapositiva. En este caso, existe necrosis de los gelanocitos. Hay necrosis de la epidermis y una separación subepidérmica por vacuolización, que a veces, remeda a un panel de abejas y es exactamente lo que en miniatura se ve en el síndrome de Laier que, a veces, se inicia por un eritema fijo que se extiende y termina por ser una dermatosis diseminada.

Una de las causas más comunes de estas lesiones de la piel son determinadas por la ingestión de piramidón, fenacetina, aspirina, barbitúricos, píldoras anticonceptivas, las sulfas de todo tipo y los antibióticos, en particular, la tetraciclina. En una monografía de Welch, la lista de drogas incriminadas ocupan más de 100 páginas.

Diapositiva. Este eritema de pene era causado por la ingestión de pirona.

Diapositiva. Aspecto erosivo rojo en el glande, provocado por la tetraciclina.

Diapositiva. Otro caso producido por la tetraciclina. Los queratinocitos están infiltrados y sufren un proceso de necrosis. El glande, además de enrojecido, está como atrofiado y en la hoja interna del prepucio se observa una lesión.

Recuerdo el caso de un colega argentino radicado en los Estados Unidos que, afectado por un proceso de este tipo, volvió al país. Se lo revisó y observó minuciosamente durante un tiempo y pudo comprobarse finalmente que el agente causal era la ingestión de tetraciclina.

2. MESA REDONDA

Dr. Alberto Woscoff (coordinador)

Los expositores van a contestar las preguntas que ustedes formulen.

La primera la voy a hacer yo: Dr. Guillot: cuando usted habló de la balanitis, ¿podría establecer cuál es la balanitis más frecuente y qué metodología sigue usted frente a un caso?

Dr. Guillot

La balanitis más frecuente, de acuerdo con la experiencia no ya personal sino dermatológica, es la balanitis por *Candida*.

La metodología no excede en principio de una observación semiológica, un interrogatorio, insistiendo sobre todo en la parte clínica, en la detección de una posible diabetes. Tanto es así que la balanitis candidósica ha sido calificada como diabética.

Hecho el diagnóstico presuntivo damos los fármacos más corrientes y después una aplicación local de vitergina.

El éxito terapéutico suele ser tan rápido que es obvio, en la generalidad de los casos, la necesidad de una exploración laboratorial previa o posterior.

Un asistente

Quisiera preguntar en los casos de condilomas acuminados, que no curan o no responden al tratamiento convencional y van a la papilomatosis florida, si tienen asidero científico tres métodos que fueron empleados en alguna oportunidad por los urólogos.

Uno de ellos, el método del doctor Granara Costa, en la década del 40; segundo, el tratamiento antibiótico, y tercero, las sales de magnesio.

Dr. Rey

El método de Granara Costa era un macerado de los condilomas y la posterior inyección subcutánea en forma de vacuna para aumentar las defensas. Es un método inespecífico que entiendo que los urólogos hemos dejado de utilizar.

En cuanto a los antibióticos existentes en el mercado, la cantidad de específicos es tan baja que hace realmente inoperante el tratamiento. Por ejemplo, el Interferon o la Idulea.

El Interferon se aplica en dosis importantes y el precio del medicamento es elevadísimo. No hace mucho un colega afectado por un condiloma hizo traer Interferon de los Estados Unidos y hemos podido comprobar que realmente tiene un precio exorbitante. Ninguno de nuestros productos farmacológicos existentes en plaza logra una acción cierta en esta afección.

Acerca de las sales de magnesio, personalmente no tengo experiencia.

Dr. Cordero

Quisiera preguntarle cómo le fue al colega con el Interferon.

Dr. Rey

Fue absolutamente negativo. Hasta el momento lleva cuatro semanas de aplicación.

Dr. Rochman

Yo también quisiera hacer un aporte al tratamiento de los condilomas acuminados.

Estoy en el Servicio en el que se desempeñó el doctor Granara Costa y hemos usado con cierta frecuencia el método del macerado en las papilomatosis floridas. Si bien nos tentamos a solucionar el problema más rápidamente con los tratamientos clásicos como la electrocoagulación y el 5-fluorouracilo, he podido observar en un paciente, al que hice autovacunas, la desaparición total de los papilomas sin actuar localmente con ninguna otra droga, de manera que creo que es un método a tener en cuenta y que debería indicarse con mayor frecuencia.

Dr. Jaimovich

En el tratamiento de los condilomas acuminados nosotros utilizamos el podofilino Squibb al 25 %, pero a veces hay pequeños matices que son importantes tener en cuenta y que influyen en el éxito del tratamiento. Por ejemplo, clásicamente se suele decir que debe aplicarse la resina de podofilino, dejarla 2 horas y luego lavar con agua y jabón.

En ocasiones no son suficientes 2 horas, sino que se necesitan de 4 a 10 horas. Hay que tantear la sensibilidad del paciente y pensamos que cierto número de condilomas acuminados pueden andar bien cuando se deja actuar al podofilino un número suficiente de horas.

Y ahora me permito remarcar otra cosa que es importante. Muchas veces, las lesiones de condilomas acuminados no son tales y obedecen a lo que se conoce hoy día como papulosis huevenoides —vamos a presentar uno de estos casos en nuestra Sociedad el sábado de la próxima semana—, tema de gran interés que puede inducir al urólogo de acuerdo con el informe anatomopatológico, que se está frente a un auténtico papiloma *in situ*, cuando se trata de lesiones de aspecto huevenoide, pero que son totalmente benignas y, excepcionalmente, se ha mencionado la transformación de esta papulosis huevenoide de los genitales a veces en vulva y anogenital también, en auténticos epitelomas infiltrantes.

En nuestro caso, hay lesiones en el surco balanoprepucial, pero puede haber lesiones que se parecen a los condilomas acuminados en la base del pene y quizá papulomatosis huevenoide, que no tienen prácticamente nada que ver con los condilomas acuminados, salvo que en un gran porcentaje de casos existe el antecedente de auténticos condilomas acuminados o de herpes simple en la historia clínica del paciente.

Un asistente

Me gustaría conocer la experiencia que tienen con respecto a condilomas acuminados endouretrales, en cuanto al tratamiento y a su frecuencia.

Dr. Castrá

Yo no tengo experiencia personal en la localización endouretral.

Dr. Rochman

Recuerdo haber visto un solo caso tratado con electrocoagulación.

Dr. Rey

Tuve la oportunidad de ver un paciente, un marinero griego que llegó al Servicio, en el que pensamos en la existencia de una papilomatosis florida. El problema se solucionó con el podofilino, pero quedaron algunas lesiones residuales en las que no pudimos actuar.

Entonces le practicamos una uretroscopia y comprobamos la presencia de varios condilomas en la uretra anterior. Los tratamos por resección transuretral.

Dr. Cordero

He visto varios casos de papilomas en el meato uretral, que son sumamente difíciles de tratar. En esa situación, hay que realizar un examen completo de la uretra y de la vejiga, porque se han encontrado papilomas virales en la vejiga que son la siembra de esa lesión.

En esos casos hay que actuar con mucho cuidado.

Dr. Jaimovich

Entiendo que lo que señala el doctor Cordero es fundamental: hay que ver si no hay condilomas más adentro.

Tengo entendido, y así lo destaca la bibliografía, que la crema de 5-fluorouracilo colocada en el meato puede ser de gran utilidad.

Dr. Woscoff (coordinador)

Cuando se use el 5-fluorouracilo o el podofilino el enfermo no debe orinar por lo menos durante 3 ó 4 horas. De lo contrario la orina arrastra al medicamento.

Dr. Rey

Endoscópicamente, he observado, como dice el profesor Cordero, muchos condilomas en el meato uretral, pero nunca los hemos visto más allá de la fosa navicular.

Dr. Guillot

En mi experiencia particular, concuerdo con el profesor Cordero.

Me extrañó oír decir que es tan poco común porque observamos con bastante frecuencia el papiloma situado en el meato.

En general, practicamos el tratamiento con podofilino, con todos los recaudos que aconseja el doctor Woscoff. Esa es mi experiencia personal.

En mis lecturas he visto que se recomienda, como procedimiento de rutina, cuando se encuentran papilomas de tipo meático, practicar una endoscopia y realizar la ampliación de la uretra endovesical, porque se plantean problemas completamente diferentes.

Dr. Woscoff (coordinador)

¿Alguien tiene experiencia con criocirugía?

Dr. Jaimovich

La criocirugía es muy útil en el tratamiento de los condilomas acuminados.

Hay un profesional que está trabajando desde hace varios años en criocirugía, primero en el Servicio del Rawson, ahora está en el Hospital Durand. Es de enorme utilidad en el condiloma gigante. Es de resultado excepcional en aquellos pacientes en que según el urólogo deben ser intervenidos quirúrgicamente.

Un asistente

Yo quisiera preguntar dónde se sitúa la balanitis de Reiter, y a los urólogos qué experiencia tienen en esta enfermedad y en qué porcentaje observan la balanitis.

Dr. Guillot

Se dice que el síndrome de Reiter puede presentar simultáneamente una balanitis erosiva, que ha sido clasificada desde el punto de vista puramente clínico por algunos autores que suponían que era debida a una espiroqueta.

Otras veces, se ha dicho que esa balanitis integra todo un cuadro inequívoco de Reiter. No tenemos una forma aislada o frustra constituida solamente por la balanitis, y la otra, por la integrante del cuadro total inconfundible de Reiter.

Dr. Rey

La pregunta del colega se refiere a la incidencia estadística del síndrome de Reiter.

Nosotros observamos muchas uretritis y en verdad me cuesta creer que se nos pase por alto el síndrome de Reiter.

Un asistente

Y en los pacientes que han visto, ¿han encontrado la balanitis o simplemente la uretritis?

Dr. Rey

No, simplemente, la uretritis. Vimos, sí, la concomitancia de la uretritis con la balanitis, muchas veces respondiendo a otra etiología que no es la uretrítica, o sea, la concomitancia de un gonococo con una Candida, una trichomona o con un estafilococo.

Dr. Woscoff (coordinador)

El doctor Jaimovich nos amenazó con hablar del tratamiento del síndrome de Reiter.

Dr. Jaimovich

Dijimos que en el caso en que el individuo no estaba circuncidado, lo indicado era practicar la circuncisión.

En el caso de individuos circuncidados, pensamos que en los períodos iniciales los corticoides pueden ser de utilidad y, algunas veces, hemos empleado con buenos resultados, la pomada de testosterona al 2 %.

Dr. Rey

No quería hacerme la autopregunta, pero quisiera que el coordinador la condujera sobre el tratamiento de la enfermedad de Bowen y Loewenstein.

Yo tenía unas diapositivas para mostrarles sobre unos condilomas tratados con podofilino y que después fueron a anatomía patológica. Y si el patólogo no está avisado de esa patología, o sea, de que ha sido tratado con podofilino, las imágenes pueden confundirnos y hacernos pensar que ese paciente es portador de un carcinoma espinocelular cuando en realidad tiene una alteración morfológica celular. Es importante que cuando se mande un trozo que ha de analizar el patólogo, esté sobre el problema, o sea, que tenga nuestra inquietud, que es diferenciar un espinocelular de una papilomatosis florida.

Un asistente

Deseo decir unas palabras sobre la frecuencia de los condilomas.

No sé si hay estadísticas sobre la cantidad de personas que tienen condilomas venéreos, hombres y mujeres.

Creo que una buena cantidad de ellos desaparecen o curan espontáneamente porque uno ve que los antecedentes de los enfermos en general no son de muchos años.

Recuerdo un colega médico que tenía condilomas múltiples y un buen día desaparecieron solos. Es decir, que la biología de estos tumores es un tanto parecida a la de las verrugas vulgares.

Hay mecanismos inmunológicos que hacen desaparecer estos procesos con frecuencia, pero en algunos casos —deben ser una minoría— no funcionan esos mecanismos con la terapéutica y hacen esas papilomatosis floridas que muchas veces llevan a los carcinomas.

No hay que olvidar que existen numerosos casos de regresión espontánea.

Dr. Woscoff (coordinador)

Entiendo que guardar una conducta expectante frente a un condiloma acuminado esperando la evolución natural es un problema demasiado serio, porque puede llevar al paciente a una carcinomatosis florida, que en nuestra experiencia terminaron, en todos los casos, con un diagnóstico preciso.

Dr. Guillot

En cuanto a la regresión espontánea es extraordinaria cuando se encuentra con lesiones, aunque sea de simples papilomas de la región genital, que tiene un interés particular, incluso citológico, para los pacientes que no esperan, en la inmensa mayoría de los casos, una regresión espontánea.

Los antecedentes de aparición de la enfermedad son muy cercanos. Precisamente, constituyen un indicio del interés que tiene la persona en la consulta rápida.

En cuanto a la enfermedad de Buschke-Loewenstein se ha hablado de biopapoma, pero es posible que se trate de un mutante.

Tiene ese mutante, sobre un terreno especial, quizá con test inmunológico, la capacidad regresiva como para adoptar una actitud expectante. La experiencia personal que yo tengo de los papilomas gigantes es sumamente desdichada. Sobre todo, cuando se comprueba que un condiloma no regresa con podofilino, que tiene tendencia a infiltrarse mecánicamente, que está situado en una persona de cierta edad, yo soy partidario de practicar una resección completa del tumor y mandarlo al anatomopatólogo con todos los datos clínicos, porque dentro del mismo papiloma gigante pueden encontrarse zonas de epiteloma, de manera que puede ser totalmente inoperante el tratamiento con una simple escisión con *punch*.

De allí que aconseje que ante un papiloma gigante en una persona de edad, que no reacciona a los tratamientos clásicos, deba practicarse la escisión cutánea completa de la tumoración e indicar el examen anatomopatológico en planos sucesivos.

Un asistente

Quisiera preguntar a los urólogos presentes si hay algún esquema terapéutico de las uretritis no gonocócicas.

Dr. Rochman

Respecto de la terapéutica he mencionado que tenemos grupos en los que podemos individualizar al agente causal en el caso de los bacterianos con el antibiograma, o en el caso de los parasitarios para las trichomoniasis.

Y hay otro grupo en el cual no podemos determinar la etiología porque no contamos con los medios para poder saber si es un leucoplasma o el agente causal.

En esos casos nos manejamos en forma empírica. En mi experiencia, las drogas utilizadas son derivados de la tetraciclina.

El tratamiento desde ya es empírico, sin que sepamos cuál es el agente causal. Pese al tratamiento persiste, en algunos casos, por ejemplo, la gota matinal del paciente, lo que se convierte en un problema psíquico.

A veces es de utilidad efectuar un poco de psicoterapia para que el paciente no se apriete la uretra, porque es un factor irritativo. Tengo un caso de tratamiento de autovacuna muy particular, ya que el paciente era un bioquímico, o sea que además de la medicación que yo le daba, se automedicaba. Tomó tetraciclina durante un mes e hizo una candidiasis con lesiones en el margen del ano e hizo una fijación de su problema. Por último, combinamos con él no realizar ninguna terapéutica, sino un régimen higiénico y dietético. El enfermo aceptó eso con la condición de que se iba a hacer solamente autovacunas de la secreción matinal. Se hizo aplicaciones durante 15 a 20 días, siguió con la gota matinal un mes y medio y al final desapareció y curó.

Un asistente

Quiero destacar que no aconsejo un tratamiento expectante del condiloma, sino que en la evaluación de la eficacia de los métodos que empleamos debemos dejar un margen de duda respecto de la etiología de estos casos.

Otra pregunta sería conocer la experiencia del panel en tumores malignos del pene, carcinomas basocelulares y melanomas. No recuerdo haber visto publicados muchos casos y quisiera saber la experiencia del panel.

Dr. Castría

Primeramente, quisiera contemporizar con la respuesta que dio el Dr. Rochman sobre las uretritis gonocócicas.

Desde luego, se impone el examen urológico. Estas uretritis crónicas, en muchas ocasiones, necesitan del masaje prostático. A veces, los procesos pelmácicos obturan el conducto excretor y, entonces, a los gérmenes se agregan los productos de secreción.

Como una expresión benigna aparece la llamada "gota matinal", y a través de los cultivos no aparecerían los gérmenes productores de esta uretritis. Pero si se acompaña de masajes prostáticos repetidos, estos taponos mucosos que obturan la luz del conducto ponen en libertad los gérmenes acantonados en esos nidos prostáticos.

Acerca de la frecuencia de observación de carcinomas basocelulares en pene, diré que el basocelular es totalmente rarísimo, muy infrecuente. Solamente lo he podido pesquisar en la literatura. No creo que se haya presentado un solo caso a la Sociedad Argentina de Urología.

Sobre los melanomas, no tengo experiencia.

Un asistente

Quisiera preguntarle al doctor Guillot cuál es el tratamiento de la balanitis linfoplasmocitaria.

Dr. Guillot

El tratamiento de la balanitis linfoplasmocitaria es totalmente desilusionante. Con corticoides, en ocasiones, han andado bien. Se han prescrito tópicos con polisulfatos con resultados aleatorios.

Con toda modestia tendría que confesar que desconozco el tratamiento de la balanitis.

Un asistente

¿Cuál es la incidencia término medio y cuál es la clínica más típica de la balanopostitis trichomoníase?

Dr. Guillot

La balanopostitis trichomoníase no es de lo más frecuente y suele coincidir siempre con una uretritis trichomoníase de cualquiera de los tres tipos de uretritis trichomoníase; o sea, de aquella menor, un simple tegumento de los labios del meato, de aquella de tipo mediano o incluso aquella a toda orquesta que simula una blenorragia realmente importante.

Un asistente

Al doctor Cordero le quiero preguntar qué tratamiento realiza en esas lesiones; si realiza tratamiento sistémico, si realiza tratamiento local o individualiza la droga causal y le dice al paciente que no tenga ningún tipo de relación con ella.

Dr. Cordero

Realizo tratamiento puramente local de acuerdo con el estado clínico que presente el paciente. Si existe erosión, se hacen baños de permanganato y se coloca una crema, no necesariamente de corticoides.

Personalmente, tengo gran dificultad para terminar con la balanitis o la balanopostitis por Candida. Hay quienes afirman que se curan rápidamente. Para mí, tardan mucho y recidivan. El individuo que está sensibilizado por la balanitis se pasa el día mirándose el pene y observa la existencia de puntos de distinto color sobre la piel, lo que pone de manifiesto al médico cuando acude a la consulta.

En otros casos, el individuo no tiene Candida y se ha sensibilizado a la Candida que tiene su señora.

Dr. Woscoff (coordinador)

No sé por qué los ginecólogos, cuando se les solicita exámenes de los conyuges, nunca encuentran nada.

Es conveniente proceder agresivamente y tratar a todo el grupo familiar, porque el ginecólogo nunca encuentra Candida en las esposas de los pacientes.

Dr. Guillot

Quisiera expresarle al profesor Cordero que en la inmensa mayoría de los casos en que se presenta una balanitis candidíase aguda suelen mejorar rápidamente, aunque muchas veces, suelen recidivar.

También estoy en un todo de acuerdo con la posición de ciertas personas de mirarse el pene y presentarse al médico para decirle: "Doctor, vea, yo tengo esto. Es claro que usted no lo va a ver, pero si se pone de costado, podrá observar la presencia de un pequeño bultito."

Igual cosa pasa con las personas que se miran la lengua, que suele estar llena de excrecencias y de cosas raras. El sujeto que tiene sifilofobia encuentra siempre una serie de datos.

Considero que todas las balanitis son enfermedades de parejas y debemos recurrir, en cuanto exista una recidiva, al examen de los esposos.

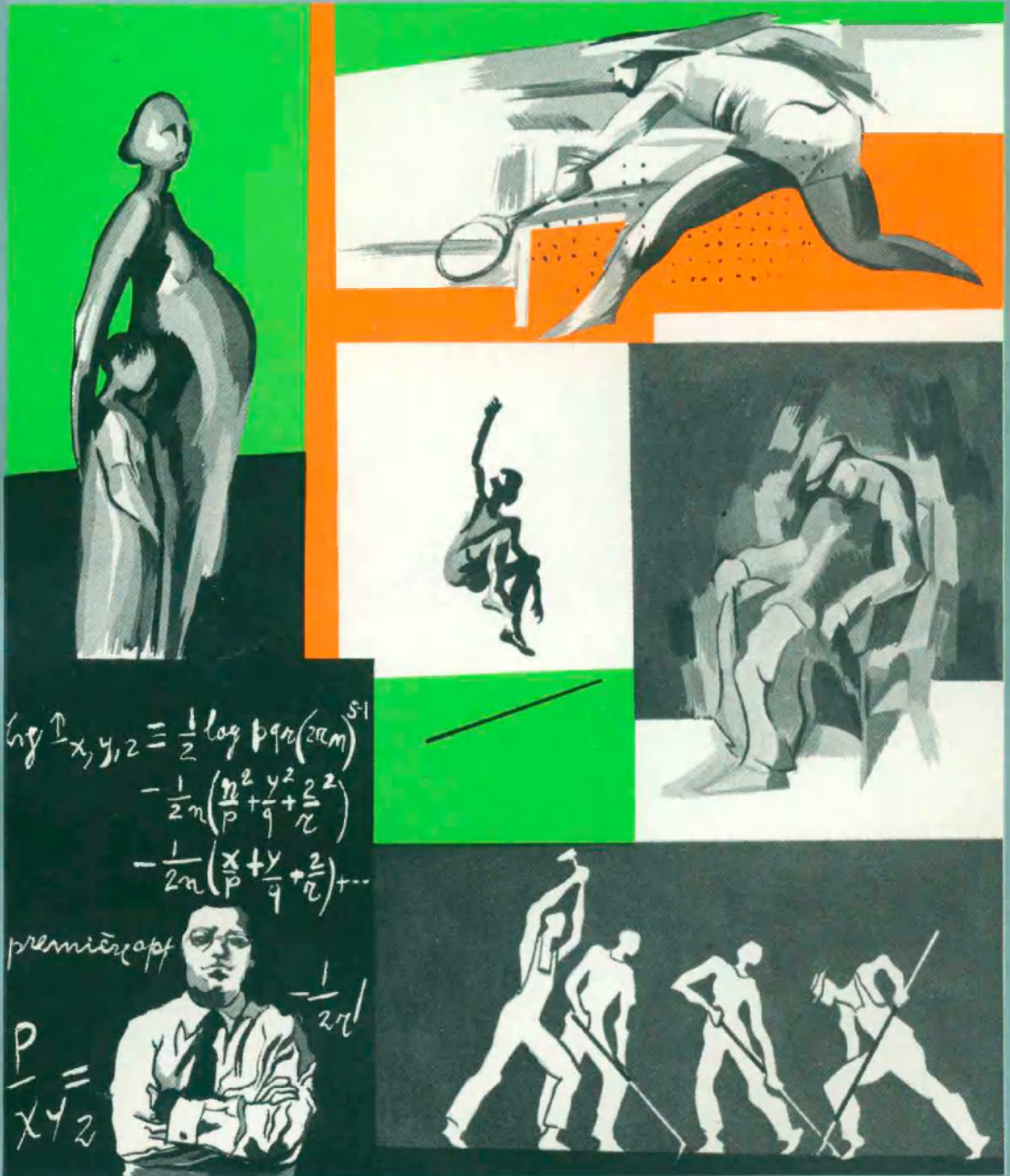
Dr. Castría

Desearía preguntar a los señores dermatólogos cuáles son las pautas en el tratamiento de la enfermedad de Bowen, en la papulosis huevenoide e incluso, en la leucoplasia.

Dr. Guillot

Creo que el concepto de enfermedad precancerosa es un poco ruidoso si lo aplicamos a la eritroplasia de Queyrat, que es un condiloma *in situ*. Por lo tanto, se debe proceder a su eliminación.

11 VITAMINAS EN ELEVADA CONCENTRACION 5 MINERALES 5 OLIGOELEMENTOS



EMBARAZO - SENECTUD - DEPORTES - ESFUERZOS FISICOS Y MENTALES

SUPRADYN

1 GRAGEA POR DIA - FRASCO CON 30 GRAGEAS
1 MES DE TRATAMIENTO



'Cal-C-Vita' Flúor

ROCHE

MODERNA CALCITERAPIA ORAL
CON PROTECCION DENTARIA



FLUOR

VITAMINA C

VITAMINA B₆

Comprimidos efervescentes

CALCIO

VITAMINA D

ACIDO CITRICO

tubo con 10

Algunos han aconsejado la administración de 5-fluorouracilo; otros proceden a la electrocoagulación de la lesión.

Cuando se sospeche una eritroplasia de Queyrat, debe ser tratada, para proceder en consecuencia.

Dr. Jaimovich

Es muy clara la indicación: electrocoagulación o extirpación quirúrgica.

Volveré a insistir en la aplicación de la criocirugía en algunos de estos procesos, como en la leucoplasia, la enfermedad de Bowen, etc.

Un asistente

¿Qué papel tienen en el tratamiento del cáncer las clasificaciones realizadas por las organizaciones sanitarias?

Dr. Castría

Si uno debe tener en cuenta la clasificación de la UCC, la localización, si es balánica, si es prepucial, cuando es de tipo balánico el tratamiento local puede dar buenos resultados, pero puede ocurrir que haya recurrencia. Entonces, necesariamente debe irse a la cirugía, a la amputación parcial. A veces, pueden producirse procesos de esclerosis con trastornos disúricos o esclerosis de la uretra, incluso cuando se prolonga el tratamiento puede observarse esclerosis de los cuerpos cavernosos y un problema de tipo doloroso a la micción.

Un asistente

En cirugía, ¿cuándo se indica, no la amputación, sino la decapsulación, o sea, la eliminación de las capas más superficiales?

Dr. Castría

Cuando el carcinoma o el epiteloma tiene localización eminentemente prepucial se realiza la exéresis total del mango tegumentario.

Un asistente

Yo quisiera saber qué criterio tienen los urólogos y los dermatólogos del panel frente a la circuncisión como medida

profiláctica de los tumores de pene. ¿Cómo enfocan este problema? Sabido es que hay partidarios y enemigos. Yo soy judío y estoy tomando una posición, estoy a favor.

Dr. Guillot

Yo no soy judío, pero tengo una posición tomada.

Es evidente que la circuncisión evita una serie de trastornos irritantes.

Sin hacer proselitismo, contesto que creo que, evidentemente, es una medida aconsejable.

Dr. Castría

Es innegable que, como factor etiológico, la fimosis produce irritaciones que favorecen la formación de estos procesos. Dentro de la raza hebrea es excepcional la aparición de epitelomas. El doctor Cárdenas ha publicado cuatro casos de tumores de pene en sujetos circuncisos. Son realmente excepcionales.

En la religión musulmana, en que se procede a la circuncisión de los 2 a los 12 años de edad —no a los pocos días del nacimiento como en los judíos—, estos procesos aumentan en proporción a la edad.

En el Medio Oriente, la falta de higiene, sobre todo en los sujetos no circuncidados, ha aumentado en forma alarmante la aparición de estos procesos. En Sudamérica el país que figura a la vanguardia es el Paraguay.

Dr. Rey

A pesar de que los urólogos somos los que operamos estos casos, voy a exponer mi posición.

Pienso que la educación, el agua y el jabón han hecho retroceder la necesidad de la circuncisión. No vimos ningún carcinoma de pene en un individuo con hábitos higiénicos. Si nos remontamos al porqué se llegó a la circuncisión en la historia, encontramos que ello tiene su origen en la simple incidencia de los carcinomas. Creo que el agua y el jabón sustituyen a la circuncisión. Los norteamericanos la practican a todos, sean o no judíos.