

Por el Doctor

ALFONSO VON DER BECKE

LA ESTRECHEZ URÉTRAL EN LA MUJER

La estrechez uretral femenina, adquirida, es una afección poco frecuente, tanto que no la he encontrado citada en la literatura argentina.

Su frecuencia es mucho menor que en el hombre, a tal punto, que Moisel calcula una proporción de 378 masculinas por una femenina.

Desde 1932, he tenido oportunidad de observar y tratar 9 casos de estrechez uretral femenina en el Instituto de Maternidad de la Sociedad de Beneficencia de la Capital a cargo del Prof. Peralta Ramos.

Revisando la literatura extranjera, nos encontramos con Pasteau, quien en 1822 publicó el primer caso de estrechez uretral en la mujer. Lisfranck en 1824, hizo luego un buen trabajo sobre este tema y después aparecieron publicaciones de Thomson, Otis, Kollischer. Se consideraba hasta entonces, finales del siglo pasado, como una afección muy rara. En 1922 Wynne, pudo recolectar 55 casos de estrechez uretral femenina en toda la literatura.

Estimo justa la interpretación de Stewens y Meissels, quienes creen que no es bien reconocida su frecuencia y que por ello suele pasar desapercibida a ginecólogos y urólogos. Stewens refiere que sobre 169 casos urológicos pudo constatar 19 de estrechez uretral en la mujer. Kretschmer opina que gran número de las molestias vesicales en la mujer son provocadas por estrechez uretral.

¿Por qué es la estrechez menos frecuente en la mujer que en el hombre? Porque la uretra en ella es relativamente corta y más amplia; además se lava mecánicamente mejor durante las micciones. Su calibre normal es de 23 a 25 Charriere. Por otra parte, — y esto es muy importante — como lo hace notar Osgood, la uretra femenina corresponde a la uretra posterior del hombre, la cuál es más

resistente a las infecciones. Gorowitz por su parte atribuye gran importancia a la ausencia de depósitos de infección (focos crónicos) en próstata, vesículas seminales, glándulas de Cowper, etc., que, en el hombre, suelen mantener la cronicidad de procesos uretrales contribuyendo así a facilitar la formación de estrecheces.

Por su etiología las estrecheces se clasifican en congénitas — sumamente raras — y adquiridas. Estas, a su vez, pueden ser inflamatorias o traumáticas. Entre las inflamatorias, las de origen blenorragico son las más frecuentes. La gonococcia, tan común como agente etiológico de estrechez masculina es más rara en la mujer porque en ésta, el proceso crónico se hace genital y no urinario. Refiere Pugh, que de 86 observaciones encontró que 74 eran blenorragicas (citado por Gorowitz).

El aspecto de las lesiones anátomo-patológicas de las estrecheces inflamatorias en la mujer, es muy semejante a la del hombre; la evolución del proceso es muy lenta. La mucosa sufre su proceso de metaplasia; el epitelio se presenta entonces pavimentoso estratificado; una invasión de tejido conjuntivo fibrilar se produce en la submucosa y el proceso termina en una infiltración de la pared, perdiendo así la uretra su elasticidad fisiológica.

Las estrecheces residen frecuentemente en el tercio anterior, cerca del meato; a veces son únicas y otras se perciben 2, 3, o más anillos, cuya forma es variable como en el hombre: circular, semicircular, etc. A veces la estrechez se extiende a todo el canal, pero muy rara vez llega a ser filiforme. Casi siempre son medianas. En nuestros 9 casos el calibre era número 7 en un caso y número 12 en tres, número 13 en dos, número 14 en dos y número 19 en uno.

Pero aún cuando se trata de estrecheces medianas suelen producir sintomatología intensa, no tanto por la disminución del calibre uretral, como por la claudicación parcial o pérdida total de la elasticidad fisiológica del canal uretral. Como consecuencia suelen producirse retenciones crónicas vesicales y afecciones de las vías altas que ejercen influencia sobre la secreción renal.

Wildbolz opina que la menor musculatura de la pared vesical femenina explicaría la mayor frecuencia de esas retenciones en la mujer que en el hombre.

El trauma desempeña un rol importante en la etiología de la estrechez uretral femenina. Todo trauma de uretra constituye el

garmen de una futura estrechez uretral. Puede existir acción traumática y mecánica en el parto distócico, en la compresión de la uretra por la cabeza fetal o el traumatismo del forceps (Gorowitz cita 5 casos de éstos sobre 11), en la expulsión por uretra de cálculos urinarios. A diferencia del hombre, muy rara vez se producen estrecheces traumáticas por caídas a horcajadas, las cuales en sexo masculino, son más frecuentes por razones de oficio: albañiles, pintores, etc. También tienen importancia los traumas de uretra producidos por el acto sexual. Neugebauer, Hausmann y otros, citan algunos casos. En mi práctica urológica he podido constatar la gama enormemente amplia de las dimensiones del órgano copulador masculino; en algunos casos llegan a dimensiones que podrían considerarse casi monstruosas y que evidentemente deben producir lesiones traumáticas durante la cópula. ¿Y quién de ustedes no las ha observado también?

He visto ya algunos miles de miembros viriles y muchas veces he tenido motivos fundados para compadecer a la mujer que le tocara en suerte ser llevada al matrimonio por un poseedor de tamaño órgano.

Es posible que no se haya valorado suficientemente el rol de la cohabitación en la patología de la estrechez uretral traumática femenina. La cohabitación repetida en tales condiciones, produce lesiones en forma de rupturas parciales internas o intersticiales sobre todo en la vecindad del meato, rupturas que en el futuro serán focos de estrecheces. Así la enferma número 103, año 1933, de 20 años de edad, casada hacía un mes, consultó por disuria y polaquiuria; el examen genital externo revela lesiones traumáticas extensas y uretrorragia. El esposo refirió que durante ese mes cada noche tuvo hasta 10 congresos; es hombre formal y fornido y su pene de tamaño impresionante.

La kraurosis vulvar, puede comprender en su proceso de retracción a la uretra y producir estrechez. También puede provocar estrechez uretral, como lo han observado Latzko y Kollischer, la acción de soluciones concentradas de astringentes o desinfectantes.

Suele observarse también la disminución del calibre uretral por tumores benignos (pólipos). Las biopsias realizadas revelaron tratarse de pólipos uretrales típicos.

Su tamaño y forma, suele variar desde el de un grano de arroz hasta el de un poroto; la ubicación preferida es la pared inferior vecina al meato, al cuál a veces ocluyen como un opérculo o una sopapa; su consistencia es bastante firme, la superficie redondeada, el color rojo intenso, siendo muy dolorosos al contacto y fácilmente sangrantes.

He reunido 6 observaciones de poliposis uretral femenina. La sintomatología ha sido común y característica en todos los 6 casos: ardor intenso durante la micción (alguna refería sentir "el infierno ardiendo en su uretra"), polaquiuria diurna, dolores irradiados a los lomos y algunas veces, pequeña hematuria terminal.

La *sintomatología* de la estrechez uretral inflamatoria es mucho menos característica que en el hombre. Existe casi siempre dolor uretral, disuria, dolores vesicales irradiados hacia ambas zonas renales, polaquiuria diurna, goteo final prolongado, explicable por la dilatación retro-estrictural. A veces existe la necesidad de ejercer una mayor presión abdominal durante la micción, otras veces cistitis por estrechez, retención crónica incompleta y aún accidentes de retención aguda.

Latzko, estima que el goteo final prolongado podría considerarse como signo patognomónico de la estrechez si no lo dieran también los divertículos uretrales. A la retención suele asociarse la infección, complicando el cuadro, y la infección no suele quedar en vejiga, sino que se extiende también a las vías altas.

Sobre los nueve casos seguidos personalmente de estrecheces uretrales adquiridas de origen inflamatorio, sólo he observado un caso de retención completa y dos casos de retención crónica incompleta de 200 y 250 cm³, respectivamente. La edad de las enfermas era: 35 años la más joven y 62 la mayor.

El *diagnóstico* de estrechez uretral femenina, es fácil de establecer. Ya por la palpación digital por vagina, se pueden percibir las lesiones infiltrativas de la pared uretral. Para el diagnóstico exacto es imprescindible la exploración uretral con el explorador olivar. En una uretra normal, cuyo calibre es de 23 a 25 Charriere, el explorador pasa fácilmente y no produce resaltos al retirarlo. Si existe estrechez se percibe netamente la resistencia o la pérdida de elasticidad de la pared.

El *pronóstico*. — La estrechez uretral femenina no es una afección inocente por las complicaciones que puede producir, pero siempre cede al tratamiento, haciendo desaparecer toda su sintomatología.

El *tratamiento* de la lesión debe ser exclusivamente la dilatación lenta, progresiva y metódica del canal uretral con *lujías* cónico olivares o con *beniqués* rectos; se puede dejar sonda en permanencia que reblandece los focos de infiltración, con lo cuál es posible aumentar 1 o 2 números por día. Los 9 casos observados han curado completamente con ese tratamiento exclusivo.
