

Por los Doctores

FRANCISCO E. GRIMALDI  
y M. MACKINTOSCH

## EPITELIOMA PRIMITIVO DE LA URETRA PERINEAL

LOS epiteliomas uretrales, pueden ser primitivos o secundarios.

Los primeros, son los más interesantes y serán objeto de esta comunicación.

Aunque hoy en día no constituyen una rareza, pues han sido publicados en el extranjero muchos centenares de casos, nuestra bibliografía es muy escasa. Por dicha razón, deseamos insistir sobre esta localización neoplásica, aprovechando el haber tenido ocasión de diagnosticar uno de ellos, en este servicio.

### ETIOLOGIA

Todas las afecciones de la uretra, constituyen una causa predisponente: blenorragias mal tratadas, traumatismos a repetición (eliminadores de cálculos, maniobras uretrocistoscópicas), leucoplasias (Legueu), papilomas, etc., etc.

La localización es muy variable: cualquier lugar de la uretra puede ser afectado, pero generalmente existen dos tipos bien definidos: el anterior o balánico y el posterior o perineal; siendo el primero más fácil de diagnosticar, por ser más accesible a la observación directa y a la exploración.

En cuanto a la constitución anátomo-patológica, lo más frecuente es encontrar el epiteloma pavimentoso baso-celular, ya sea lobulado o tubular. En realidad, el tipo pavimentoso debería ser exclusivo a la variedad balánica, por la constitución histológica de la mucosa de esta región uretral; y no a la variedad perineal, constituida por un epitelio cilíndrico estratificado.

Sin embargo, publicaciones como las de Desnos, Michón, Legueu. etc., muy bien documentadas, eran epitelomas del tipo pavimentoso, de localización perineal.

Hay que hacer notar que el cáncer de la glándula de Cowper, es casi siempre secundario; y su epitelio de revestimiento, está constituido por una sola hilera de células cúbicas, lo que permitiría hacer el diagnóstico anatómo-patológico diferencial.

En cuanto a la adenopatía inguinal uni o bilateral, es específica según Bose, en un 36 % de los casos (Weber das primare Karzinome, der urethra. Inang. Dissert. Göttinger, 1897-98).

Para Legueu existe, desde el momento en que el neoplasma ha franqueado el límite de la mucosa. La propagación se hace en superficie y en profundidad, llegando a invadir los órganos vecinos: bulbo, glándulas de Cowper, vesículas seminales, próstata, vejiga, etc., formando trayectos fistulosos en la región perineal, producidos por los tejidos ulcerados.

Más adelante se hacen metástasis a distancias, en diversos órganos.

#### SINTOMATOLOGIA

*Trastornos de la micción:* disuria inicial, durante y al final de ellas; retardo, deformación del chorro, *uretrorragia casi continua*, retención o incontinencia.

*Dolor:* una de las características, es el dolor localizado y propagado hacia las regiones vecinas, dolores que aparecen por crisis y se exacerban durante la noche.

*Tumor:* perineal, mediano, irregular, de consistencia leñosa, muy sensible, poco móvil, formando cuerpo con la uretra.

*Diagnóstico diferencial:* Difícil al comienzo, cuando los síntomas no son muy netos, (únicamente la *uretroscopía podría descubrir la lesión inicial*), fácil más adelante, cuando éstos van apareciendo (disuria, dolor, tumor, adenopatía, etc.), en la forma que hemos especificado ya.

Para completar el diagnóstico, se aconseja, además de los exámenes generales de práctica: 1º Examen citológico de sedimento de orina; 2º Uretrografía (tomando las precauciones necesarias, a fin de impedir una metástasis); 3º Uretroscopía, siempre que el

calibre y la sensibilidad lo permitan; 4º Biopsia de los gánglíos satélites, como se ha efectuado en nuestro caso.

*Evolución:* La evolución es en general progresiva. La infección, la ulceración y las hemorragias llevan a la caquexia, en un plazo más o menos breve. La insuficiencia renal, es otra causa de muerte.

*Tratamiento:* Por su localización y extensión, casi se puede decir que el tratamiento quirúrgico, está contraindicado.

Rochet, había propuesto una intervención radical, un verdadero vaciamiento perineal, muy laborioso. Pero es preferible abstenerse de tal intervención.

Como medios paliativos, tenemos: el Radio, aconsejado por Marión, Legueu, Braasch, Chevassu. etc., etc., la Radioterapia profunda, que en algunos casos ha aliviado a los enfermos; y por último, las Inyecciones de Veneno de Cobra, sean del Instituto de Butantán o las del Estrona.

*Pronóstico:* Fatal, por las causas anunciadas anteriormente.

## HISTORIA CLINICA

J. A. H., de 57 años de edad, casado, italiano, domiciliado en Paraíso, F. C. C. A.

Fecha de ingreso: 19 de diciembre de 1939.

Pasa al Instituto de Fisioterapia y Radiología: el 13 de febrero del año 1940.

*Antecedentes hereditarios y personales.* — Los primeros no tienen importancia. No recuerda enfermedades en su infancia y niega venéreas. Operado de hernia inguinal bilateral, en el año 1928.

Desde hace quince años, más o menos, viene padeciendo de hematurias del tipo terminal, causadas por pequeños papilomas vesicales, que aparecen de vez en cuando, en distintos puntos de la mucosa vesical, habiéndosele instituido como tratamiento, otras tantas aplicaciones de electro-coagulación por vía endoscópica, con las cuales quedaba aparentemente curado. Como preventivo por vía bucal: Delbiase.

A fines de octubre del año 1938, se le efectúa la última de estas aplicaciones; y habiendo sido controlado su efecto, es dado de alta en perfectas condiciones generales y locales.

*Enfermedad actual.* — Desde el mes de agosto del año 1939, nota un aumento de volumen en los gánglíos inguinales del lado derecho, sin causarle ninguna molestia. El médico de la localidad nos lo envía, sabiendo que había estado bajo nuestro tratamiento, encontrando entonces una adenopatía

inguinal derecha, unos condilomas anales y un papiloma vesical, que cauterizamos. Hay que hacer notar, que durante las maniobras endoscópicas, el enfermo no acusó ninguna molestia uretral; indicóse reacción Wasserman, Kahn, etc., que a pesar de su negatividad, aconsejó un tratamiento específico mixto. (Cianuro y Yodo = bismutato de quinina).

A mediados de noviembre del año ppdo. se presenta nuevamente, diciendo que después del último examen (tres meses atrás), ha quedado con trastornos uretrales; disuria en el transcurso de sus micciones y un dolor casi constante, que localiza en la región perineo-bulbar.

Mientras la adenopatía inguinal derecha ha ido en aumento, háse desarrollado en el lado opuesto, otra, que presenta los mismos caracteres.

*Estado actual.* — 20 de diciembre 1939. — Regular estado general, apirético, ha disminuído cinco kilos de su peso habitual. Trastornos en la micción que consisten: en retardo, polaquiurias diurnas y nocturnas discretas, derrame sanguinolento casi continuado por el canal uretral, aumentando en el momento en que las micciones se producen, y a su terminación. Crisis dolorosas, uretrales y peri-uretrales, localizadas en la región perineo-bulbar, con propagación a las regiones vecinas, exacerbándose durante la noche, teniendo que acudir a hipnóticos para poder dormir. Además, gran tenesmo ano-rectal.

Orinas sanguinolentas en los tres vasos; más acentuadas en el primero y tercero.

La uretra admite un explorador a bola de Guyón, Nº 20, sangrando con suma facilidad y acusando una sensibilidad exquisita en todo el trayecto perineo-bulbar. Residuo habitual de 30 á 40 grms. llegando en ocasiones a producirse retenciones de 200 grms.

*Riñones.* — No se palpan; no hay puntos dolorosos reno-uretrales.

En la región inguinal del lado derecho, se puede fácilmente apreciar una tumoración del tamaño de un huevo de gallina, irregular, formada por la confluencia de los paquetes ganglionares SE. M. SI. de dicha región; de consistencia firme, leñosa, indolora y muy poco móvil.

Del lado opuesto, existe otra adenopatía más pequeña, presentado los mismos caracteres que la anterior.

A la inspección de la región perineo-bulbar, se observa un aumento de volumen de dicha región, a expensas de los tejidos peri-uretrales, piel libre: rotándose a la palpación, una tumoración mediana, que se extiende desde la porción bulbar, hasta el ángulo peno-escrotal de la uretra esponjosa, formando cuerpo con ella, de consistencia leñosa, muy irregular y dolorosa a la palpación, la cual provoca una uretrorragia abundante. El resto de la porción esponjosa de la uretra, hasta el meato, completamente libre.

*Tacto rectal.* — Próstata, vesículas seminales, deferentes y fondo de saco de Douglas: normales.

*Organos genitales externos.* — Nada de particular.

ANALISIS CLINICOS

1º). — Sero-reacción de Wassermann, Kahn, etc.  
Negativos. — 5 de agosto de 1934.

Dr. R. Biot.

2º) — Urea, en suero sanguíneo:  
0.30 % 20 de diciembre 1939.

Dr. R. Biot.

3:) — Recuento globular y fórmula leucocitaria:

Glóbulos blancos	4.200 x mm. cúbico
Glóbulos rojos	4.010.000 x mm. cúbico
Hemoglobina	70 %
Valor globular	0.87 %
Granulocitos neutrófilos a núcleo no segmentado...	2 %
Granulocitos neutrófilos a núcleo segmentado .....	50 „
Granulocitos eosinófilos .....	2 „
Granulocitos basófilos .....	1 „
Linfocitos . . . . .	42 „
Monocitos . . . . .	3 „

Hematíes: forma y tamaño: normales.

Observaciones:

Oligocitemia, oligocromemia, linfocitosis.

12 de enero, 1940.

Dr. R. Biot.

4º) — Citológico. de sedimento de orina:  
Investigación de células neoplásicas.

16 de enero, 1940.

“Se observan leucocitos polinucleares en degeneración; escasos mononucleares. Abundantes células epiteliales, muchas de ellas, con alteraciones en su forma, (muy alargadas y presentando, una o dos prolongaciones filiformes, uni o bipolares). No existen alteraciones que permitan establecer, si se trata de células neoplásicas”.

Dr. R. Biot.

5º) — Reacciones de Ito y de Frei:

(para sus adenopatías)

Negativas. — 15 de enero, 1940.

Laboratorio de Piel.

6º) — Biopsia de un ganglio satélite, de una tumoración uretral.

Inclusión N° 2.901, remitida el día 27 de enero, 1940.

Resultado: 9 de febrero, 1940.

Diagnóstico anatómo-patológico: Epitelioma pavimentoso, malpighiano, metastásico.

Dr. Brachetto Brian.

“Las microfotografías adjuntas N° 1 y 2, ilustran al respecto”.



Fig. 1

*Aspecto de conjunto*

- 1, 2, 3 y 4: Nódulos de proliferación epitelial malpighiana.  
5 y 6: Estroma conjuntivo.

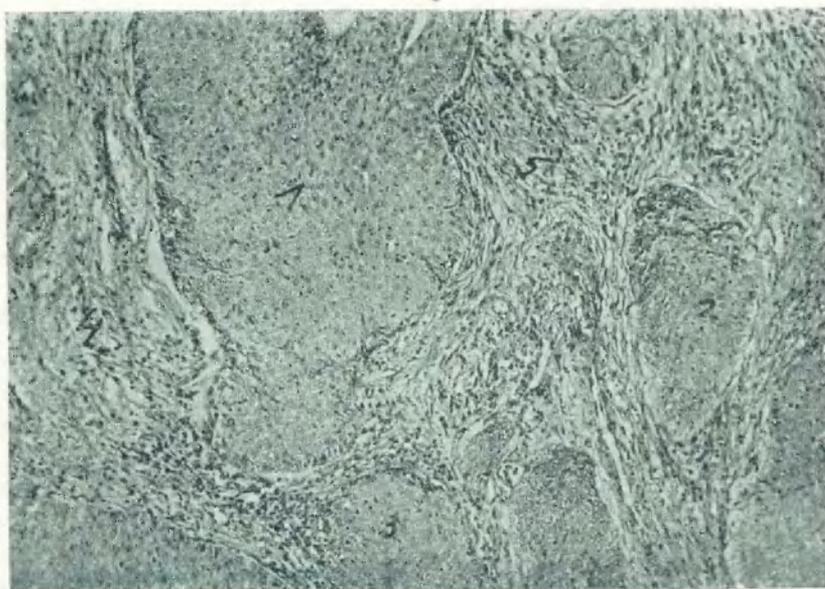


Fig. 2

- 1, 2 y 3: Acúmulos epiteliales pavimentados atípicos.  
4 y 5: Estroma conjuntivo.

## URETROCISTOSGRAFIA

Con fecha 18 de enero 1940, se practica una Uretrocistografía, utilizando como líquido de contraste, el Umbrator al 50 %.

Técnica: Se introduce la substancia opaca en la vejiga, por intermedio de una pequeña sonda de Nélaton; a fin de evitar la traumatización de la uretra,

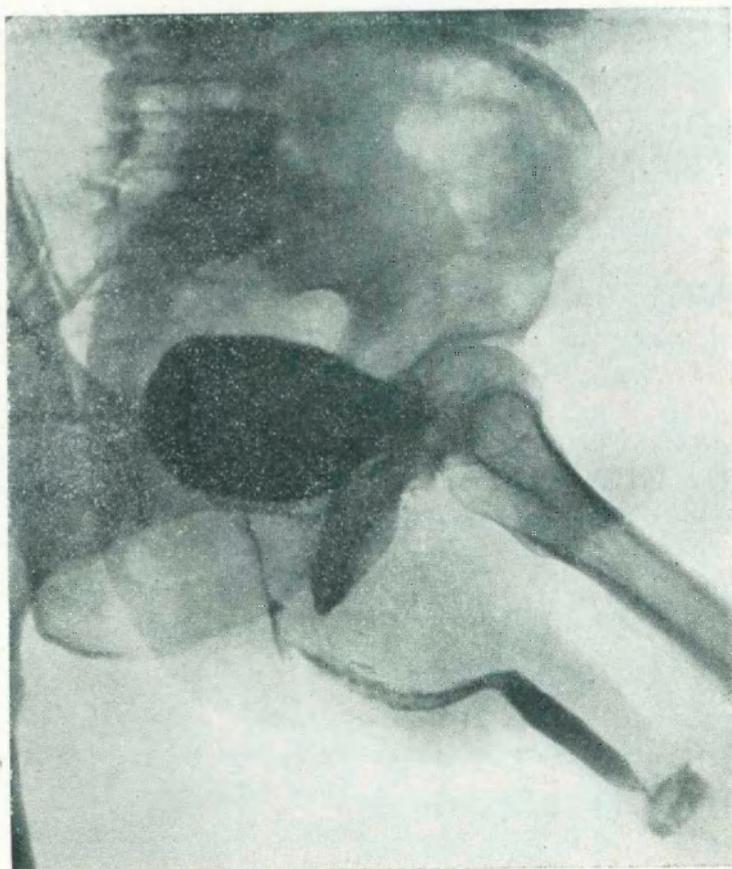


Figura Nº 3

Vejiga: La cara anterior hace una saliencia muy marcada, por encima de la sínfisis pubiana.

Uretra posterior: normal en todo su trayecto.

Uretra anterior: en la región bulbar y parte de la esponjosa (hasta el ángulo peno-escrotal); puede apreciarse netamente un "fiou", que corresponde a la tumoración, visible y palpable.

se retira ésta, y se anuda el pene en la región, bálaro-prepucial, para impedir que dicha substancia sea eliminada. Luego se coloca al enfermo en la posición denominada de Langer.

Para radiografiar toda la uretra del hombre, hay que procurar la obtención de contrastes, especialmente los de la uretra posterior.

Las dos posiciones comunes: de espalda y de costado, son insuficientes. Hay que buscar una intermedia, y que se obtiene de la manera siguiente:

El enfermo se encuentra acostado de espaldas, vuelto hacia un lado, con ligera rotación de 20 á 30 grados sobre su eje. La pierna de arriba en extensión; la de abajo (la que reposa sobre la mesa) en flexión forzada, pierna sobre muslo, muslo sobre cadera. El pene sigue el eje del muslo, paralelo por lo tanto al fémur; su extremidad es fijada por una banda de tela adhesiva, a fin de inmovilizarlo.

Se ordena al enfermo, hacer fuerza como para orinar, y aprovechando este momento de sístole vesical, se toma el clisé.

Se le propuso al enfermo, una derivación de orina, (talla hipogástrica), no aceptando dicha indicación.

Con fecha 13 de febrero de 1940, pasa al Instituto de Radiología y Fisioterapia, para su tratamietno.

#### BIBLIOGRAFIA

*Marión.* — "Tratado de Urología".

*Legueu.* — "Tratado de Urología".

*Maisonnet.* — "Tratado de Patología Quirúrgica".

*Wilbolz.* — "Tratado de Urología".

*Massón.* — "Diagnósticos de Laboratorios".

*Joseph A. Lagarús.* — "The Journal of Urol"., vol. XXXI, N° 6. Junio 1934, pág. 823 á 833. Publica el centenar de casos. Nueva York.

*A. Astraldi.* — "Revista Argentina de Urología", año II, 1933, pág. 375, N° 375, N° 9 y 10: "Carcinoma primitivo de la uretra peneana", que efectúa una emasculación total con buen resultado.

*Charles Boyer.* — "Journal Belga de Urol", N° 4, agosto 1937, pág. 389 (dos observaciones).

*J. Roger Rinker.* — "Urol Cult. Rev.", diciembre 1938, pág. 874 (una observación).

*A. Miller.* — "Urol. Cult. Rev.", febrero 1938, pág. 88.

*Henry A. R. Krentzman y Ben Colloff.* — "Americ. Med. Ass.", enero de 1938.

*W. Niles Wishard y Henry Bodner.* — "Primary Carcinoma of the Male Urethra", "Journal of Urol.", N° 1. Junio 1939, pág. 35.

"Enciclopedia Francesa de Urología".