

Serv. de Urología del Hospital Rawson  
Jefe: Prof. Dr. ENRIQUE CASTAÑO

Por el Doctor  
ARMANDO TRABUCCO

## ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PATOLOGIA DEL CUELLO VESICAL EN EL HOMBRE Y EN LA MUJER

H OY en día las alteraciones del cuello vesical en el hombre han dejado de ser patrimonio exclusivo de los especialistas para tomar el lugar que le corresponde dentro de la patología quirúrgica general y dentro de los conocimientos que todo médico debe tener de las principales afecciones del árbol urinario. No se concibe ya que el médico práctico quede perplejo ante una retención de orina aguda o crónica cuando no encuentra el sospechado adenoma o carcinoma de próstata, no atinando a pensar, por falta de conocimiento en estas otras variedades de afecciones obstructivas que asientan también en el cuello vesical.

En la mujer por el contrario, el tema que trata de las afecciones del cuello vesical se encuentra por así decir, todavía en sus comienzos. Hay retenciones de orina cuyo origen radica en el cuello de la vejiga y que las causas que la originan pasan desapercibidas o por lo menos pasan inadvertidas imputándose este síndrome a motivos diversos que en general nada tienen que ver con la causa verdadera.

Estas afecciones tanto en el hombre como en la mujer tienen una manifestación sintomática semejante, su paralelismo en este punto es perfecto y se repiten en ambos sexos los grados teóricos con que se quiere dividir a los enfermos de esta especie. Pueden tener retención aguda que algunas veces cede rápidamente, pueden tener retenciones crónicas parciales de pequeña cantidad al comienzo pero que paulatinamente aumenta de grado pudiendo llevar al paciente a la retención crónica irreductible. En la mujer sin embar-

go parece predominar la retención aguda de entrada que se hace irreductible obligando al sondaje permanente y a la intervención quirúrgica. En el hombre, en cambio, el predominio es la disuria, lo que nos llama la atención es el retardo miccional, al comienzo y durante la emisión del chorro urinario; estos síntomas son premonitorios a la retención y creemos que se manifiestan igualmente en el hombre como en la mujer pero en esta última, por razones obvias, su constatación es más difícil.

Para comprender el paralelo patológico de estas afecciones en los dos sexos debemos hacer una exposición de la evolución embriológica de estas zonas; comprendido esto y teniendo presente su origen, la interpretación de los distintos casos puede hacerse con suma facilidad, descubriremos en seguida cuales son los puntos de concordancia y cuales los de discrepancia.

Por de pronto tanto el cuello vesical femenino como el masculino tienen un origen embrionario común; son manifestaciones del mesénquima que acomodan sus células hacia la diferenciación muscular y que adoptan una forma y posición particular que ya he descrito en trabajos anteriores.

En el hombre la zona situada entre los 2 uréteres y el verumontanum es de origen Wolffiano, es decir mesenquimatoso; allí se injertan primeramente los conductos de Wolff desembocando en el seno uro-genital para emitir luego dos prolongaciones hacia atrás y hacia arriba. Estas dos prolongaciones parten justo inmediatamente al lado de la desembocadura de los conductos de Wolff. Forman de esta manera un injerto mesenquimatoso en pleno tejido entodérmico a manera de escudete que visto por su parte frontal presenta cuatro bocas, dos de las de los conductos de Wolff y dos correspondiendo a esas dos prolongaciones emitidas que serán los uréteres, que parte desde este momento en busca de los metanefros. Estas cuatro desembocaduras van separándose paulatinamente, el trayecto recorrido es mucho mayor entre las dos superiores que entre las dos inferiores. Hacen por esto un aumento considerable del área mesenquimatoso que en el adulto se traduce por el trígono, por el labio inferior del cuello y la pared posterior de la uretra. En la zona intermedia e inferior de este escudete de mesénquima se orientan las células mesenquimatosas en sentido transversal en una extensión pequeña, transformándose paulatinamente en fibras mus-

culares lisas que formarán en el individuo constituido el músculo del cuello vesical ya descrito por mí en trabajos anteriores y cuya comprobación embriológica ha tenido el honor de merecer el premio de Urología de 1939.

En la mujer varía un tanto su formación, pero siempre existe primitivamente el escudete de origen Wolffiano que tomará más adelante el nombre de tubérculo de Muller, más alargado en ella por el desarrollo preponderante de los tubos de Muller y por la separación que toma con el crecimiento, el aparato urinario del genital. No es en el sexo femenino el músculo del cuello tan evidente como en el hombre; es más alargado y se dirige hacia abajo ocupando casi hasta la mitad de la uretra femenina haciendo ya embriológicamente una cierta diferencia anatómica con lo que podemos observar en el hombre.

Con esta base entraremos al estudio de las formaciones patológicas que existen en el cuello masculino y en el femenino.

En el hombre pueden existir dos grandes variedades de afecciones, las circulares, es decir, aquellas que toman el ostium vesical en todo su contorno y las localizadas en su labio inferior, es decir, las afecciones que asientan exclusivamente en esa parte.

Las circulares, generalmente provocadas por lesiones traumáticas se traducen por una esclerosis total de cuello vesical en que el tejido de toda la zona presenta una hiperplasia conjuntiva total haciéndolo indistensible a la instrumentación, sobre todo cuando llega a los límites de un determinado calibre, no habiendo tratamiento médico o mecánico que pueda forzarlo a no ser produciendo serios traumatismos en esta región.

Puede haber también formas congénitas de esclerosis totales, pero son raras, son debidas en general a falta de diferenciación de su musculatura dinámica.

Las localizaciones situadas en el suelo del cuello vesical se pueden dividir en dos grandes variedades, las fibrosas y las glandulares. Las fibrosas, localizadas siempre en el labio inferior del cuello se pueden dividir también a su vez en dos subvariedades, unas congénitas y otras adquiridas. Las fibrosas congénitas, son alteraciones que, como bien dice su nombre, se manifiestan desde el comienzo de la vida del individuo, muchas veces pasan desapercibidas porque el sujeto no ha tenido ocasión de comparar su sinto-

matología con lo que pasa normalmente en sujetos sanos y bien constituídos; estas alteraciones congénitas se hacen ostensibles muchas veces a edad avanzadas cuando se agregan otros fenómenos alterativos inflamatorios o vasculares propios de la edad.

Las esclerosis del labio inferior del cuello adquiridas, mucho más frecuentes de lo que se supone, son alteraciones provocadas en el labio inferior del cuello, que producen variaciones en su estructura muscular provocando la substitución paulatina del tejido muscular noble transformándolo en tejido fibroso de relleno y de defensa. Estas alteraciones de origen inflamatorio son debidas especial-

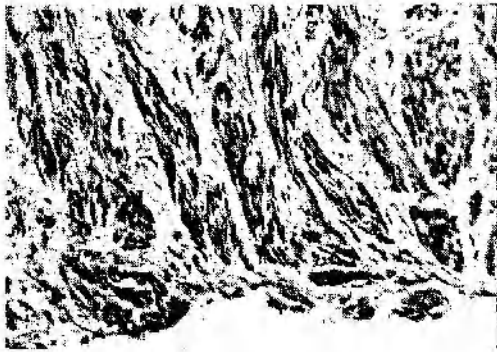


Figura 1. — Trozo de cuello vesical de hombre con marcadas alteraciones esclerosas. Esclerosis del labio inferior del cuello.

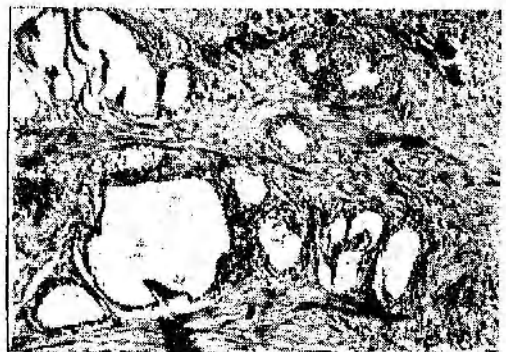


Figura 2. — Trozo de cuello vesical de hombre. Hipertrofia glandular del cuello.

mente a las prostatitis, a las espermatoquistitis, cualquiera sea el agente de infección.

La otra variedad de alteraciones del cuello de la vejiga en el hombre y que asientan en su labio inferior son las provocadas por las hipertrofias glandulares. Sabemos que existen dos grupos de glándulas, unas situadas por arriba del cuello, es decir, en su vertiente trigonal, llamadas glándulas de Home y otro grupo situado por debajo de él llamadas glándulas subcervicales de Albarrán. Estas glándulas comunmente permanecen en latencia y por alteraciones tal vez de origen endócrino, deficiencias de testosterona o aumento de estrona, etc., hipótesis no comprobadas, comienzan a aumentar considerablemente de volumen rechazando el músculo del cuello que se encuentra detrás de ellas, comprimiéndolo y destru-

yéndolo paulatinamente. Se hace por compresión lo que en otras variedades se hacía por inflamación; las fibras musculares se transforman, hay invasión de tejido conjuntivo, desapareciendo el elemento noble. Debido a la falta de quinesia del labio inferior por la destrucción de su parte motora, es que se produce la retención de orina que progresivamente llega a la retención crónica completa.

En la mujer las alteraciones del cuello de vejiga deberían pertenecer exclusivamente al grupo de obstrucciones por hiperplasia de tejido conjuntivo o por alteraciones de la musculatura en tejido fibroso.

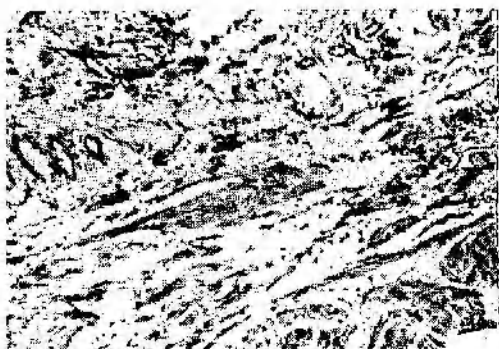


Figura 3. — Cuello vesical de mujer.  
Esclerosis congénita del labio inferior.



Figura 4. — Cuello vesical de mujer.  
Hipertrofia glandular del labio inferior del cuello.

Teóricamente el cuello vesical femenino y la parte subcervical de su uretra están exentos de glándulas. Numerosos trabajos lo comprueban y los estudios histológicos practicados en sujetos normales han hecho afirmar a los autores clásicos la ausencia de elementos secretorios en esa zona. Ahora bien, las comprobaciones anatómo-patológicas de los 30 casos aproximadamente que se hallan publicados en el mundo, han demostrado que existen solamente lesiones esclerosas, todas de origen inflamatorio, lo que ha inducido a pensar que la única variedad de lesiones del cuello en la mujer son las que asientan en su labio inferior y que responden a la subvariedad de esclerosis adquiridas por inflamación. Por otra parte, la infección vesical en la mujer es frecuentísima. Su reducida longitud de uretra, la situación especial de su desembocadura en el vestíbulo tiende a almacenar frecuentemente todas las bacterias que

puedan existir en esa zona, así como en la vulva y en el ano; del meato uretral al ostium vesical hay escasamente 7 cms. de manera que los procesos inflamatorios se presentan frecuentemente. Este hecho provoca en la mujer, especialmente en los estados seniles, en donde se agregan fenómenos tróficos por alteraciones arteriales, alteraciones inflamatorias que conducen también a la substitución del elemento muscular noble por tejido fibroso haciendo con ésto una barrera inmóvil, que por falta de quínesia no deja vaciar la vejiga, trayendo como consecuencia la retención, corolario de todas estas afecciones.

De manera que como primer paso diremos nosotros que las alteraciones del cuello en la mujer se manifiestan especialmente por la esclerosis de su labio inferior a forma inflamatoria. 3 casos operados por nosotros comprueban estas hipótesis, como puede verse en las microfotografías adjuntas, de acuerdo esto, con lo publicado hasta ahora. Sin embargo, debemos agregar el caso de una mujer de 23 años, soltera, cuya retención de 400 gramos de orina responde a una típica hipertrofia glandular por elementos situados en el labio inferior del cuello vesical. Esto nos obliga a un paralelo con las afecciones obstructivas que se observan en el hombre. Este caso, como está comprobado histológicamente, puede tener sumo valor. La interpretación patogénica podemos deducirla fácilmente. Vimos más arriba que en la uretra femenina no existen glándulas, pero agregamos que no existen glándulas visibles. Que no se hayan encontrado elementos de esta clase en el labio inferior del cuello no quiere decir que no existan. No olvidemos que derivan de una formación particular similar al hombre y que en éste, existen glándulas en latencia. También pueden existir entonces en la mujer; que estas glándulas se atrofien y desaparezcan en la mayor parte de los individuos no cabe duda. Las condiciones hormonales deben favorecer esta circunstancia puesto que la próstata y sus glándulas afines son patrimonio exclusivo del sexo masculino. Pero hay casos especiales en que por alteraciones hormonales se han descrito próstatas en la uretra femenina. Korenchevsky, experimentando en ratas ha encontrado en hembras castradas y a las que se les inyectó Testosterona evidentes glándulas prostáticas situadas alrededor de su uretra.

Es perfectamente posible en la mujer que existan glándulas que desaparezcan por sus condiciones hormonales particulares, pero que cuando éstas fallan o cuando no están sujetas a la traba que estos elementos les oponen para su desarrollo, son excitadas por productos químicos antagónicos hasta adquirir volumen suficiente no ya como para obstruir la salida de la orina, sino como para producir alteraciones del labio inferior. Lógicamente deben situarse estas glándulas por dentro del músculo del cuello llevándolo a una atrofia similar a lo que pasa en el hombre, dando así asiento a la variedad por hipertrofia glandular de las alteraciones del cuello femenino, paralelo con las alteraciones que sufre el hombre en lo que respecta a los diversos adenomas.

---