

Por el Doctor

JUAN IRAZU

TUMOR DE LA URETRA PROSTATICA

NO hemos hallado en nuestra escasa bibliografía sobre los tumores de la uretra, a nuestro alcance, caso análogo al que motiva esta publicación.

Los diversos autores consultados clasifican entre dichos tumores a los pólipos de la uretra que pueden ser a su vez vellosos, fibrosos, y glandulares. A este último grupo pertenecería la variedad de pólipo adenoquistico que creemos necesario dejar identificada.

Sólo el caso de Villemin presentado al Congreso de Urología Francés del año 1923, se asemeja clínicamente al nuestro, por tratarse también de un enorme tumor uretrovesical, determinando crisis dolorosas de retención de orinas.

El enfermo que tengo el honor de presentar, me fué enviado por un colega con el rótulo de tumor prostático pero su examen clínico hacía desconfiarlo.

HISTORIA CLINICA

N. S., 37 años, argentino, agricultor. Ingresa en una clínica privada el 11 de julio del corriente año.

Entre sus antecedentes cita el haber sido operado en el año 1920 de quiste hidático del hígado, no habiendo padecido otras afecciones.

Desde hace tres años y más particularmente en el curso del último, ha notado que sus micciones son cada vez más frecuentes y difíciles. Esta disuria lo molesta día y noche. La evacuación de la vejiga se hace con dificultad y gran esfuerzo al comienzo de su micción, obligándolo a apoyarse en las paredes o ponerse en cuclillas para poder orinar. Refiere que existía también micción imperiosa y tenesmo, seguido de incontinencia que moja sus ropas.

Dos días antes de su ingreso presenta una retención completa de orinas que no pudo vencer debiendo ser cateterizado cuatro veces. Al examen, su hipogástrico muy elevado por la gran retención vesical. El reservorio es uniforme, hay dolor y matitez. Previa exploración de un canal uretral libre procedemos a evacuar su vejiga con una sonda Nélaton y sin ninguna dificultad, extraemos cerca de 800 c.c. de orinas turbias de reacción ácida.

La exploración renal de ambos lados es negativa y no hay puntos dolorosos ureterales.

Al tacto rectal la próstata es grande en su totalidad siendo mayor el lóbulo



Figura 1
Macrofotografía del pólipo en posición vertical.

izquierdo que el derecho. El surco medio bien marcado. no hay dolor. su superficie lisa. su consistencia parece aumentada. Las vesículas seminales y la glándula de Cowper no se palpan.



Figura 2
Macrofotografía del pólipo; su aspecto visto dentro de la vejiga.

Sin duda al primer examen pensamos en una enfermedad del cuello vesical a punto de partida prostático, diagnóstico más probable que el de tumor prostático con el que venía rotulado nuestro paciente.

Cistoscopia: con buena capacidad vesical y medio claro después de repetidos lavados, las paredes vesicales están tapizadas de mucosa pálida rosada, presentando innumerables columnas. Los meatos ureterales bien situados, el derecho dilatado, con eyaculación perezosa, el izquierdo bien conformado, eyacula normalmente. El cuello vesical está deformado en su margen derecha por una tumoración que no se alcanza en todos sus relieves y parece continuarse hacia la uretra.

El índigo-carmín se elimina a los 4 minutos en el riñón izquierdo y a los 12 minutos en el derecho. Completamos nuestro examen con una uretro-

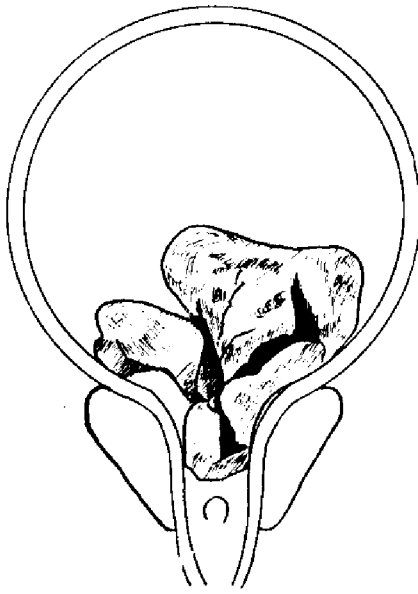


Figura 3

Disposición uretro-vesical del pólico en un corte sajjital.

cistoscopia pudiendo observar que la tumoración anteriormente mencionada nace de la porción supra montanal de la uretra dirigiéndose hacia la vejiga. Su superficie es irregular, el pedículo corto y se desplazaba con facilidad.

Llegamos así a la conclusión de que la retención de orinas que padecía nuestro enfermo era debida a una neoplasia cuyos caracteres presumíamos benignos y que obstruía el cuello vesical y la uretra posterior, originando una disuria mecánica.

En los exámenes de laboratorio nos encontramos con orinas turbias ácidas: Ph 5.4. Urea 12.43, grs. *‰*, cloruros 8 grs. *‰*, albúmina 0,50 grs. *‰*, sangre vestigios, pus regular cantidad. Cilindros hialinos en regular cantidad. Sangre: úrea 0,45 grs. *‰*.

Operación: anestesia general. Cistostomía. En la porción del cuello vesical se observa una tumoración redondeada de superficie irregular, móvil, mayor que el tamaño de una moneda de 20 ctvs., pediculada, que obstruye totalmente el

orificio interno del cuello a modo de sopapa (figura 3). Su pedículo grueso se prolonga hacia la uretra prostática donde se implanta. Después de colocar

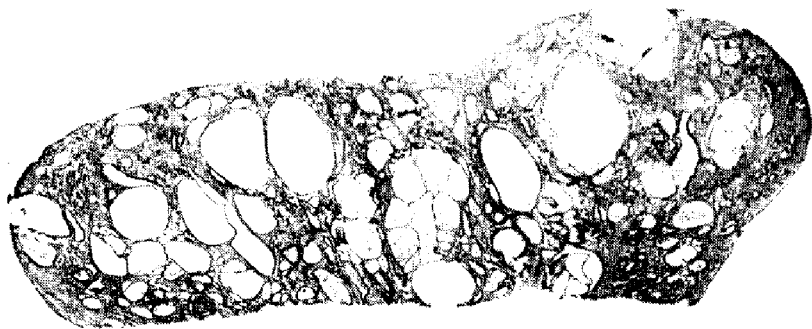


Figura 4
Microfotografía: vista de conjunto a pequeño aumento de un serotor del pólipo.

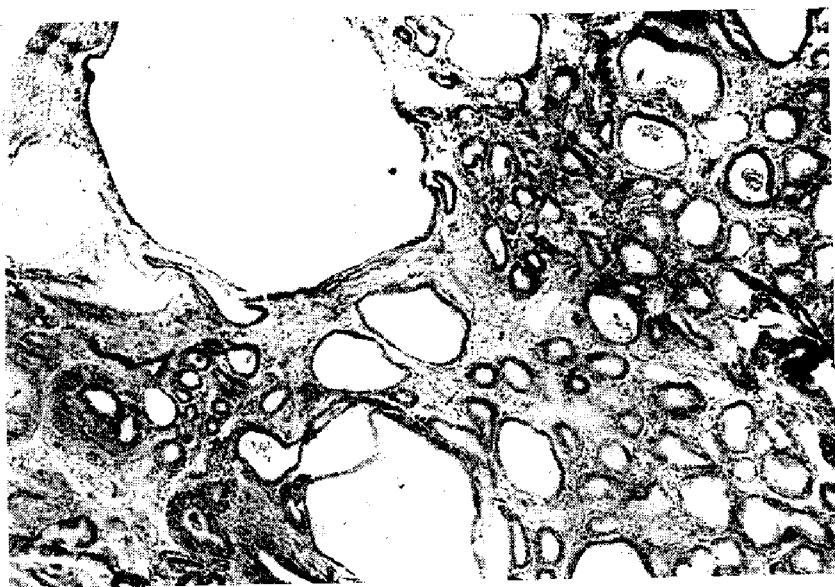


Figura 5
Microfotografía, a mediano aumento: cavidades pequeñas y grandes monoestructificadas.

una pinza en el pedículo del tumor se hace pasar una corriente de electrocoagulación, seccionándolo. Cierre de la pared en dos planos y drenaje con sonda Pezzer.

Post-operatorio: normal, el sexto día reemplazamos la Pezzer por sonda uretral.



Figura 6
Microfotografía, a mediano aumento: cavidades pequeñas y grandes monoestratificadas.

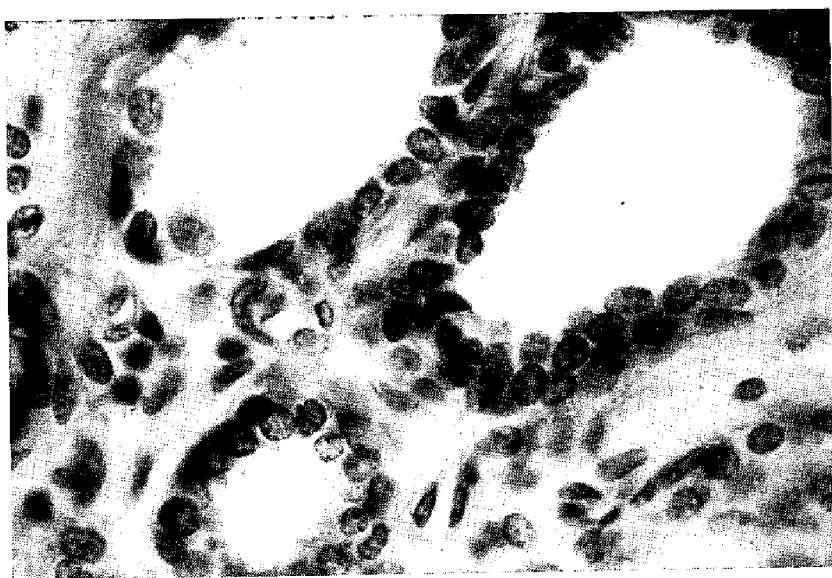


Figura 7
Microfotografía. Gran aumento, tubos glandulares seccionados transversalmente; el epitelio de revestimiento de células cúbicas o cubocilíndricas.

Alta curado al décimo quinto día.

El examen anátomo-patológico practicado por el Dr. Colillas, cuya gentileza agradecemos; dice:

Macroscópicamente la neoplasia se presenta como una masa central circundada por dos o tres pequeñas lengüetas que emergen del mismo pedículo de implantación (Figuras 1 y 2).

Histológicamente el corte de la porción principal y de las accesorias muestra una consistencia semejante dejando ver la superficie del corte una serie de pequeñas cavidades algunas de las cuales contienen un líquido claro, espeso (Figura 4).

Microscópicamente, la neoplasia está constituida por un conglomerado de tubos de aspecto glandular, que aparecen con diversos tamaños y que varían

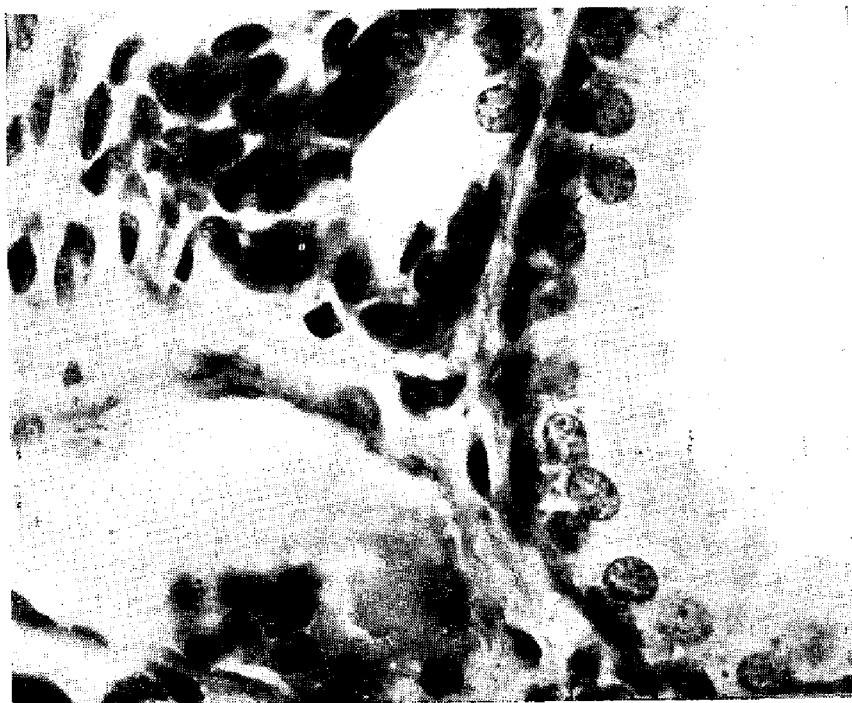


Figura 8

Microfotografía a gran aumento. Pared de revestimiento de una cavidad revestida por células cilíndricas altas.

desde el tubo a la luz linear, hasta la cavidad amplia resultante de un tubo quístico: el revestimiento está formado casi siempre por una hilera de células cilíndricas o cúbicas; algunas paredes aparecen estratificadas; el núcleo es unas veces alargado ocupando la mayor parte del cuerpo celular, otras pequeño, esférico relegado a la base del elemento.

En algunas cavidades se notan levantamientos bajo la forma de pequeñas salidas papilares que ocupan una parte de la luz.

El estroma es por lo general poco abundante, fibro conjuntivo al cual se añade una que otra fibra muscular lisa, observándose también algunas hemorragias intersticiales facilitadas por los numerosos vasos a paredes muy delgadas (Figuras 5, 6, 7 y 8).

El revestimiento exterior es pavimentoso, observándose en algunos puntos algunas digitaciones en profundidades pero sin presentar caracteres de malignidad.

COMENTARIOS

Analizando el tipo de esta neoplasia ella pertenece por su conformación a los pólipos pediculados. Entre ellos existen las variedades de pólipos fibrosos, vellosos y glandulares.

Teniendo en cuenta la estructura histológica, la tumoración por nosotros hallada pertenece a los pólipos glandulares formados por glándulas de diversa constitución y tamaño. Llama también la atención la presencia de cavidades quísticas resultantes de la transformación de los tubos glandulares obstruidos y quistificados.

La designación de pólipo glandular adenoquístico se ajusta a su estructura histológica.

La patogenia de esta variedad de pólipo glandular es desconocida, pero la falta de lesiones inflamatorias locales, nos hace pensar en una probable lesión congénita de las glándulas peri-uretrales hipertrofiadas prematuramente.

La semejanza que existe entre los pólipos glandulares de la uretra prostática y las glándulas periuretrales de dicha porción se evidencia por su epitelio cilíndrico o cúbico. La proliferación glandular en estas neoplasias es a veces tan marcada que el término de adenoma uretral no sería impropio.

Con respecto a la quistificación del tumor diremos que existen en la uretra formaciones quísticas aisladas que dan lugar a confusión con los pólipos. Dichos quistes cuyo modo de formación conocemos estarían ocupados por mucus claro y espeso por el desarrollo vicariante de las glándulas mucosas uretrales. Cuando estos quistes son pediculados, subcervicales y nacen en la uretra prostática, son lo suficientemente grandes para dar obstrucción al proyectarse en la vejiga.

Estamos pues en presencia de una neoplasia glandular a desarrollo uretro-vesical que secundariamente se ha quistificado siendo la causa de la retención de orinas, síntoma fundamental en el cuadro nosológico de este paciente.

BIBLIOGRAFIA

- Bailey Orville T.* — Fibro-sarcoma of the male urethra. *The Journal of Urology*, 1934. XXXII. 103.
- Campbell Meredith F.* and *Fein M. J.* — Malignant menanoma of the female urethra. With a brief review of urethral sarcoma in the male. *The Journal of Urology*, 1936. XXXV. 573.
- Casini Armenio.* — Angioma dell' uretra. II. *Policlínico*, 1936. XLIII. 303.
- Costa Luis P.* — Sobre un tumor de la uretra. *Revista Médico-Quirúrgica de Patología Femenina*, 1934. IV. 38.
- Dominici P.* — Angiomes de l' urètre. *Journal d' Urologie., Medicale et Chirurgicale*, 1936. XLIII. 34.
- Glingar A.* — Beitrag zur Symptomalotogie und Anatomie der solitären Polypen der Pars prostatica uréthrae. *Zeitschrift für Urologie*. 1930. XXXIV. 411.
- Hajek Otto.* — Beitrag zur Frage: Cavernöses Hämangiom oder Venektasien der Urethar? *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1935. LIX. 2099.
- Israel Wilhelm.* — 3 Angiom der der vorderen Harnröhre. *Zeitschrift für Urologie*. 1930. XXIV. 679.
- Jungano M.* — Tumeur kystico-papillirère des glandes de litre de l'uretore chez un hemme. *Journal d' Urologie Médicale et Chirurgicale*. 1934. XXXVII. 528.
- Legueu Félix.* — Tumores de la uretra. *Tratado médico-quirúrgico de las vias urinarias*. 927. II, 370. Inv. 68621. Ub. 22174.
- Moraller F.* — Über die gutartigen Tumoren der Harnröhre unter Mitteilung eines Falles von Fibroma urethrae. *Archiv für Gynäkologie*. 1930. CXLII. 20.
- Phillips Clovis H.* and *Douglass Marion D.* — Tumors of the urethra. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1934. XXVII. 99.
- Rebaudi Giuseppe.* — Pólipo in diverticolo della mucosa dell'uretra femminile. *Archivio Italiano di Urologia*. 1937. XIV. 218.
- Salleras Juan.* — Papilomatosis de la uretra paneana. *Revista de la Asociación Médica Argentina*. 1923. XXXVI. 1154.
- Schiftan Walter.* — Papillomaosis der männlichen Harnröhre. *Zeitschrift für Urologie*. 1930. XXIV. 518.
- Stogoff W. A.* — Sui fibroepiteliomi del collicolo seminale. *Urologia*. 1934. XII. 137.
- Valerio Américo.* — Sobre os pólypos do verumumontano. *Brasil. Médico*. 1930. XLIV. 775.
- Venot A.* et *Parcelier A.* — Le cander de l'uretore chez la femme. *Revue de Chirurgie*. 192. LIX. 566.
- Villemin.* — Enorme papillome uréthro-vésical déterminant des crises douloureuses de rétention d'urine. *Vingt-Troisième Congrès Français d'Urologie*. París .1923, pág. 600.

DISCUSION

DR. TRABUCCO. — *Por las microfotografías que nos presenta el Dr. Irazu da la impresión de ser un adenoma de próstata del tipo pedicular, con base más o menos ancha o estrecha y que, con su introducción mecánica ha producido un trastorno de disuria.*

No me impresiona como que sea una cosa tan rara de observar; por lo menos, lo que se puede ver en esa microfotografía. Es posible que con la pieza en la mano o con las preparaciones debajo del microscopio parezca una cosa más rara, pero en realidad, se ha visto un adenoma simple prostático con algunas cavidades quísticas, con tubos de retención que achatan su epitelio por la distensión que adquieren por la secreción que producen.

DR. IRAZU. — *En primer término, debo decir que no recuerdo haber observado nunca un adenoma prostático pedicular. Quiere decir, que yo no tengo experiencia sobre ese tipo de tumores, como la que debe tener el doctor Trabucco pero también yo planteo este problema: no sólo menciono la posibilidad de aceptar esa hipótesis de que esté fuera un tumor del mismo origen de los tumores que se desarrollan en las glándulas periprostáticas. Ya lo digo en mi trabajo. De manera que no descarto que pueda ser un adenoma pedicular, pero tampoco puedo asegurárselo ni podrían asegurármelo a mí, ya que la disposición del adenoma prostático común no es esa.*

De cualquier manera es una observación rara. Yo nunca he observado un adenoma prostático dispuesto en esa forma. Si el doctor Trabucco ha observado eso, me dirá qué casos ha tenido. ¿Usted ha tenido algún caso semejante a éste, Dr. Trabucco?

DR. TRABUCCO. — *Como no; por la patogenia del adenoma de próstata es factible.*

DR. IRAZU. — *Le digo que no es común observar adenomas de próstata pediculares como el presente.*

DR. TRABUCCO. — *Evidentemente en esto estriba la rareza.*