

Maternidad "Ramón Sarda"

Por los Doctores

R. DE SURRA CANARD
y A. BERTOLASSI

A PROPOSITO DE UNA LESION "PSEUDO-TUMORAL" DEL MEATO DE LA URETRA FEMENINA

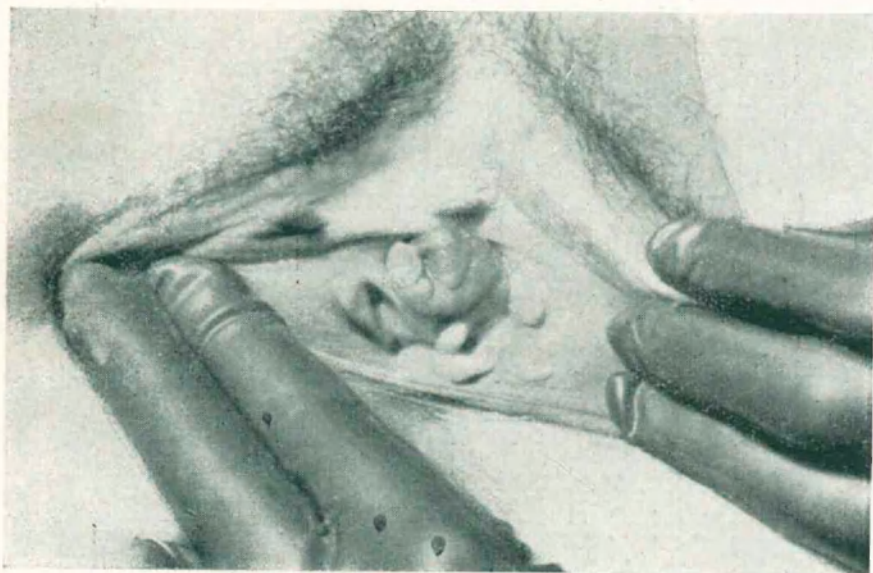
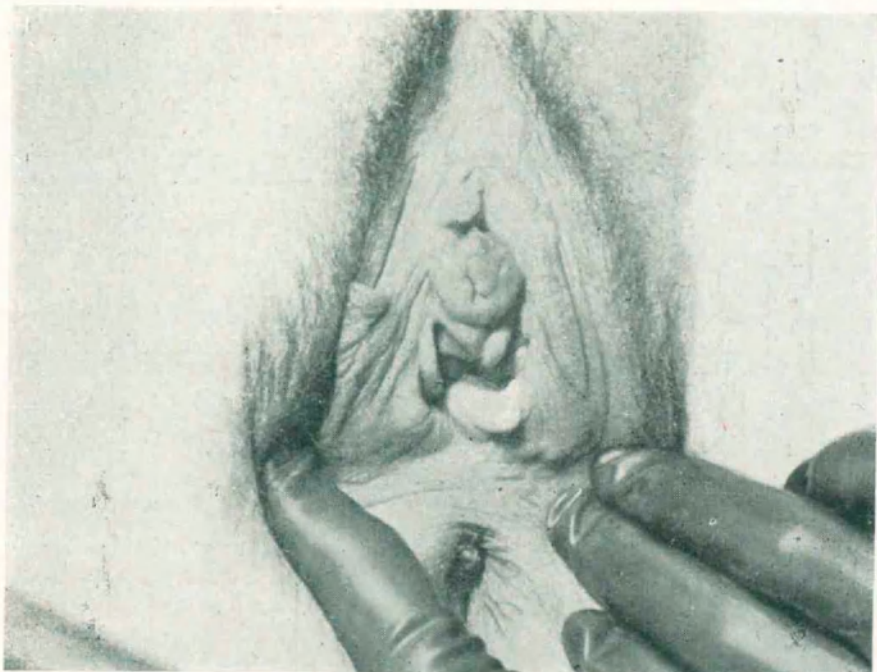
HEMOS tenido oportunidad de observar una deformación pseudo tumoral del meato de la uretra femenina con aspectos clínicos inflamatorios y centrado por la glándula de Skene. Como la lesión mantuviera un estado séptico de la región de la uretra y de la vulva, y fuera motivo de manifestaciones dolorosas optamos por la amputación del tumor junto con el primer segmento de uretra para investigación histológica, a los efectos de orientar un diagnóstico clínico carente de designación apropiada.

El Dr. Sanz jefe del laboratorio de la maternidad R. Sardá, ha estudiado detenidamente la lesión y nos ha entregado el informe que acompañamos, pero nos ha confesado carecer de argumentos para darle un destino dentro de los cuadros nosológicos clásicos en materia de anatomía patológica. Por ese motivo traemos a la consideración de los distinguidos colegas, el material que poseemos, para que de la discusión surja un diagnóstico clínico e histológico.

La evolución clínica de la enferma fué favorable, se hizo una amputación de medio centímetro de uretra junto con la masa tumoral a bisturí eléctrico, se sutura la mucosa uretral a la incisión de la parte cutánea.

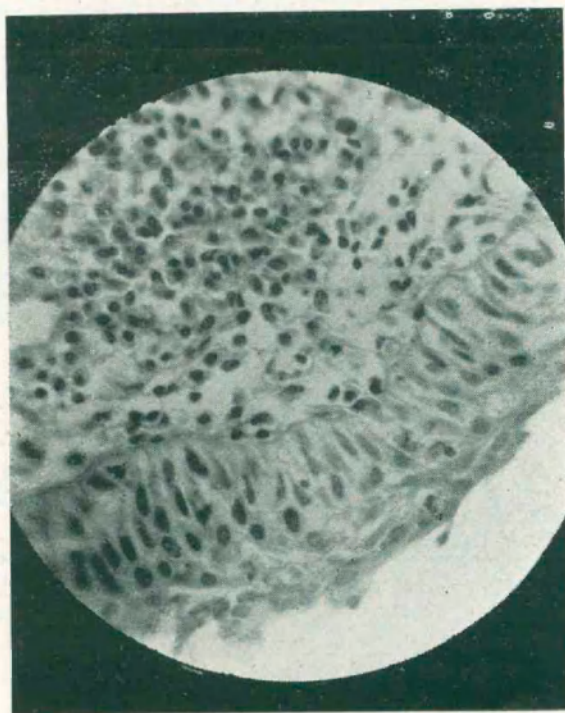
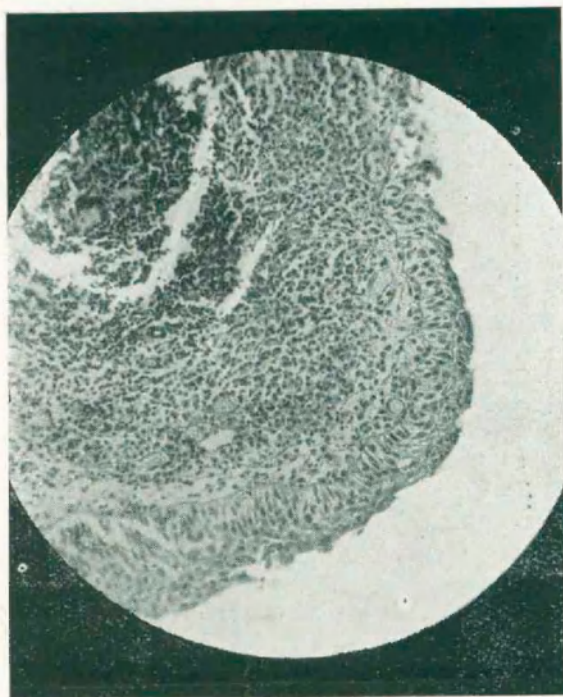
Como puede verse en las fotografías (Fig. A y B) se trata de un tumor saliente irregularmente redondo que ocupa la totalidad del meato uretral. El tumor es predominante sobre la mitad izquierda del meato y coloca a este orificio en un punto excéntrico entre las abollonaduras del mismo se observa el orificio de la glándula de

Skene del lado izquierdo. Tumor de color rosado con algunos puntos de esfacele de su superficie a cuyo nivel se observa una sero-



Fotografías A a B

sidad y que se continúa insensiblemente con el resto de la uretra sin que exista un nivel preciso de demarcación.



Microfotografía No. I y II. — Muestran a diferentes aumentos una porción del epitelio de revestimiento uretral en la zona de transición y la infiltración inflamatoria subyacente que adopta la forma folicular.



Microfotografía Nº III. — Porción del revestimiento de los conductos de Skene e infiltración inflamatoria subyacente.



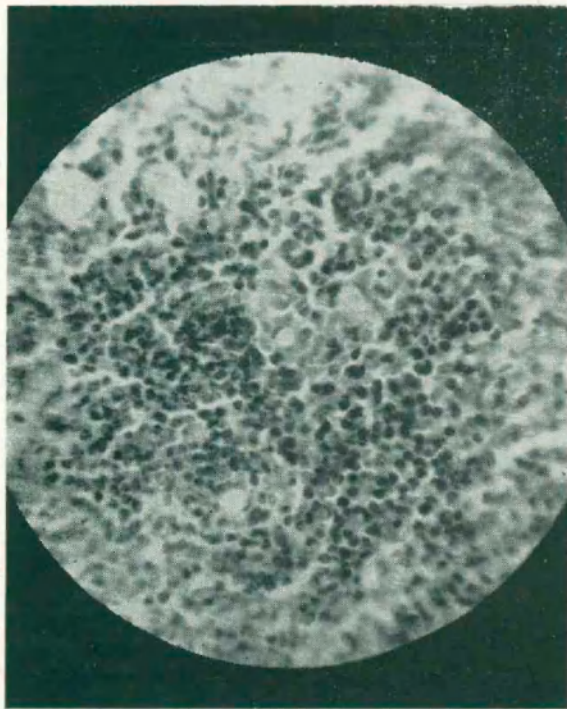
Microfotografía Nº IV. — Porción del conducto de Skene y otras glándulas dilatadas, periuretrales.



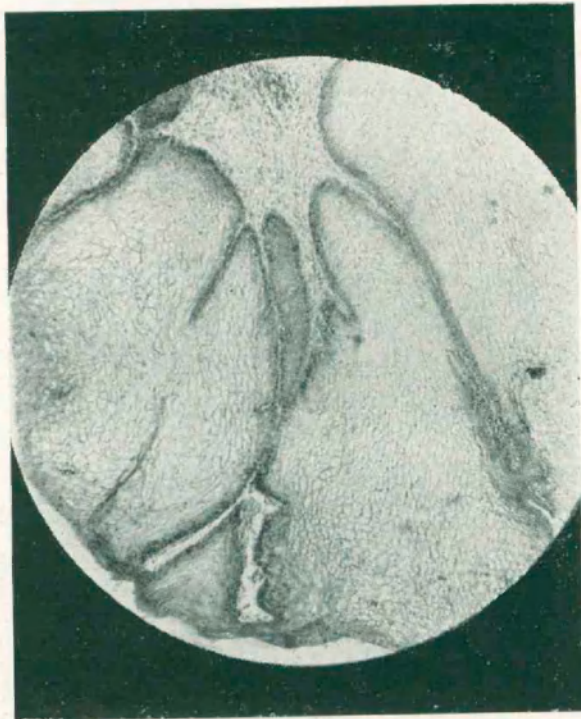
Microfotografía Nº V. — Donde se ven glándulas perieuretrales, dilatadas, formando cavidades quísticas.



Microfotografía Nº VI. — En la que se observan numerosos vasos sanguíneos de paredes muy delgadas, situados en la parte profunda del corión de la mucosa uretral.



Microfotografía Nos. VII y VIII. — Mostrando la infiltración linfocitaria, vecina al conducto de Skene y que adopta la forma folicular



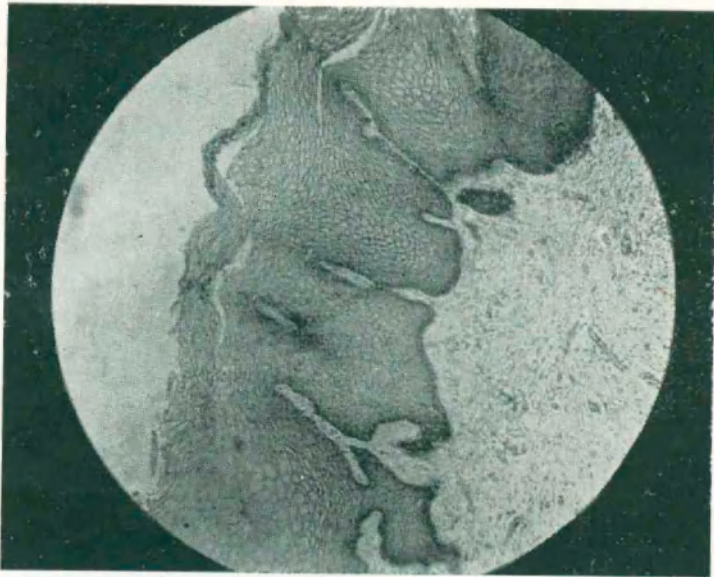
Microfotografías Nos. I y II. — Muestra un epitelio del tipo malpighiano engrosado y modificado; corresponde al epitelio de revestimiento de los papilomas.

El protocolo histológico N° 2110 dice:

Tejido remitido: tumoración perieskenal y formaciones papilamotosas:

Formaciones papilomatosas análogas al condiloma acuminato; constituidas por un engrosamiento del epitelio con hiperqueratosis y cornificación en algunas zonas. (*microfotografías Nos. I y II*). El límite entre el epitelio y los tejidos subyacentes es neto, observándose también infiltración inflamatoria discreta.

En la tumoración de mayor tamaño se ve un epitelio de revestimiento análogo a



Microfotografía No. III. — Porción de epitelio de revestimiento del proceso de perieskenitis, más delgado pero con mucha analogía al epitelio de revestimiento de los papilomas.

los anteriores pero de menor espesor (*microfotografías N° III*) que en algunas zonas se adelgaza hasta reducirse a dos o tres filas celulares o falta totalmente.

Porción de uretra con su epitelio de revestimiento de transición de la zona uretral a la zona malpigiana (*microfotografías Nos. I y II*) por debajo de este epitelio se ve un corión con gran infiltración linfocitaria tomando la forma folicular, en la parte más profunda del corión un plexo venoso constituido por vasos de paredes muy delgadas carentes de fibras musculares (*microfotografías N° VI*).

Glándulas perieureterales dilatadas formando cavidades quísticas y con infiltración inflamatoria escasa por debajo del epitelio. (*microfotografías Nos. IV y V*).

Conducto de Skene dilatado, con su epitelio y de revestimiento estratificado (*microfotografías Nos. III y IV*) y por debajo del cual se ve una zona de intensa infiltración linfocitaria que adopta la forma folicular como puede verse en la (*micro-*

fotografías Nos. VII y VIII), estos folículos presentan el carácter de una lesión inflamatoria banal pues no se han podido identificar como lesiones bacilosas o específicas.

Como puede deducirse de lo anteriormente descripto se trata de un proceso inflamatorio perieskenal y periuretral de carácter no específico.

DISCUSION

Dr. Monserrat. — *Respondiendo a la amable invitación del comunicante, sólo podría decir, que por la observación de los preparados, no se podría hacer otro diagnóstico que el que nos hacía.*

Es solamente un proceso inflamatorio, de naturaleza hiperplástica, que a veces, tiene un carácter tumoral, pero que no pasa de ser un proceso inflamatorio. De manera que se puede aceptar en un todo el informe histológico que acompaña a ese interesante trabajo.

Dr. Surra. — *Por mi parte, no me queda sino agradecer al Dr. Monserrat su respuesta.*

Sr. presidente Dr. Castaño. — *Los dos trabajos restantes no se considerarán en esta sesión porque sus autores, se han excusado, de manera que pasarán para la próxima sesión.*