

Hospital Alvear; Servicio de Urología.
Jefe: Prof. Dr. Armando Trabucco.

ADENOMA DE LA URETRA FEMENINA

Por los Dres. ARMANDO TRBUCCO y EVARISTO B. BOTTINI (h)

Creemos interesante hacer una breve síntesis comparativa del desarrollo embriológico de la uretra femenina con la masculina, pensando en la similitud que existe entre la uretra posterior supramontanal del hombre con la uretra total de la mujer.

Sabemos por embriología, que la única parte del reservorio urinario inferior, que depende del mesénquima es la zona comprendida entre los meatos ureterales y la desembocadura de los conductos Wolffianos y Müllerianos; esta inclusión mesenquimatosa se establece primitivamente por el contacto entablado entre los conductos de Wolff y la parte anterior de la cloaca. De los conductos Wolffianos parten los uréteres, desplazándose aparentemente hacia arriba, dejando por así decir una zona de forma triangular, que será como dijimos más arriba la única parte mesenquimatosa dentro del conjunto endodérmico con que está compuesta la vejiga y la porción supramontanal de la uretra anterior. Las glándulas prostáticas son embriológicamente productos de la zona mesenquimatosa y se desarrollan inmediatamente arriba de la desembocadura de los tubos de Müller.

Si pensamos que la uretra femenina en su pared inferior corresponde exactamente a lo que en el hombre se puede llamar uretra supramontanal, deduciremos "a prima facie" que la presencia de glándulas de origen mesenquimatoso puede ser perfectamente factible.

Con respecto a la existencia de glándulas en la uretra femenina, han sido descritas en la porción externa de la uretra, comprendiendo sus tercios anterior y medio, una serie de glándulas minúsculas, la mayor parte arracimadas de pequeños acínis, que están revestidas por epitelio cilíndrico del tipo secretor mucoso, y que desde el punto de vista histológico se puede comparar a las glán-

dulas de Littre del hombre. Estas glándulas han sido aceptadas por todos los autores y no entran en discusión en nuestros casos.

En cambio, ha sido discutida la existencia de acinis glandulares similares a las que existen en la uretra posterior del hombre, cuyo tipo histológico perfectamente definido no se ha podido hallar sistemáticamente en la mujer. Estas glándulas, llamémoslas tipo prostático, están situadas en la pared inferior de la uretra, especialmente en sus tercios superior y medio y aunque podrían también por razones de lógica encontrarse en su tercio externo. Algunos autores como Virchow (1863); Tourneaux (1889); Johnson (1922) Renner y Folsom (1931) afirman la existencia de estas formaciones. Otros, como McKenzie y Beck (1936) y Cabot y Shoemaker (1936) después de pacientes investigaciones niegan la existencia de estas glándulas en esa región.

Estudios recientes de F. A. Beneventi, Arch. Surg. Ginec. Obst. (1943) basados en investigaciones anatómicas sobre material humano en fetos femeninos y prematuros, llega a la conclusión de la existencia de glándulas bien definidas y similares en situación e histología, a las prostáticas masculina infantil.

Pueden confirmarse estas investigaciones anatómicas de Beneventi con hechos experimentales perfectamente claros, en donde se ha buscado la aparición de adenomas en la uretra femenina de la rata mediante las inyecciones de grandes dosis de Testosterona, tales como los experimentos de Zukermann y Parker, confirmados plenamente por Trabucco, quien ha establecido además, las dosis de Testosterona necesaria para provocar el crecimiento de las glándulas similares a las prostáticas masculina en la rata hembra adulta.

Admitida la existencia de estas glándulas por las investigaciones anatómicas y hechos experimentales; su desarrollo debe relacionarse a factores hormonales, de fácil explicación en la mujer senil, pero de difícil interpretación en la mujer joven, salvo el caso de presentar desequilibrios hormonales evidentes que permiten su desarrollo.

Nos parece que dentro de las posibles dudas endocrinológicas pueden considerarse tres circunstancias que inciden sobre la producción glandular que comentamos: a) la ausencia de estrógenos; b) el aumento de 17 cetosteroides y c) la producción de Testosterona.

a) La ausencia de estrógenos induciría al desarrollo de las glándulas prostáticas de tipo masculino en la uretra femenina debido a la liberación del freno estrogénico de la hipófisis, que podría explicar el estado de intersexualidad del viejo con formación de sustancias androgénica fuera de la Testosterona.

b) Podría explicar tal vez por la misma causa el aumento de la secreción de 17 Cetosteroides por excitación suprarrenal motivada por la ausencia de estrógenos y finalmente,

c) a la producción de Testosterona o andrógenos similares, hechas por un ovario deficiente, establecido después de la menopausia, que podría por inversión de acción, secretar Testosterona o andrógenos similares a ella, tal cual lo comprobó Deanesly en el ovario (1931).

Exposición de los casos: El primer caso fué referido en esta Sociedad por los Dres. Trabucco y Rebaudi, bajo el título de: Enfermedad de cuello vesical por hipertrofia glandular de

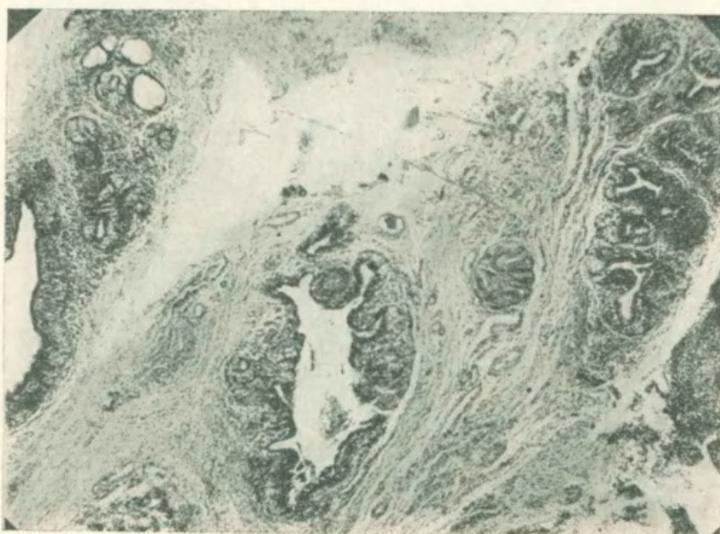


Figura 1

una mujer de 24 años; y que susintamente se trataba de una mujer joven cuyo acto miccional era dificultoso, debiendo esperar un lapso de tiempo antes de poder realizarlo, y que luego de adoptar posiciones particulares iniciaba su micción con gran esfuerzo de prensa abdominal que debía sostenerla todo el tiempo y que daba salida a un chorro lento y sin fuerza. El examen comprueba un globo vesical con una retención de 400 gramos de orina turbia, y endoscópicamente una deformidad de cuello que daba la impresión de tratarse de un lóbulo medio. Se practica la resectomía, que da como consecuencia el mejoramiento de todos los síntomas. El estudio anatomopatológico reveló la existencia de numerosas glándulas del tipo de las prostáticas.

El segundo caso corresponde a una mujer de 69 años que entra en menopausia a los 45 años, y que desde una fecha que no puede precisar, pero que fácilmente se remonta a 3 ó 4 años atrás, acusa trastornos en la micción consistentes en disuria inicial, con polaquiuria diurna cada media

hora y 5 ó 6 veces en la noche. La diuria se acentúa cada vez más, debiendo realizar esfuerzos abdominales para evacuar su vejiga, efectuando algunas veces la micción gota a gota. A raíz de una uretrorragia que dura 3 ó 4 días decide consultar en un servicio hospitalario en donde le diagnostican papiloma uretral y se le efectuó una diatermo coagulación.

Los fenómenos de disuria persisten con la misma intensidad, circunstancia por la cual decide consultar en nuestro servicio en donde el examen de la uretra revela un meato edematoso congestivo, haciendo hernia una tumoración del tamaño de una arveja lisa, de color blanco, rosado. Llama la atención la imposibilidad de cateterismo aún con sondas filiformes. La palpación de la uretra

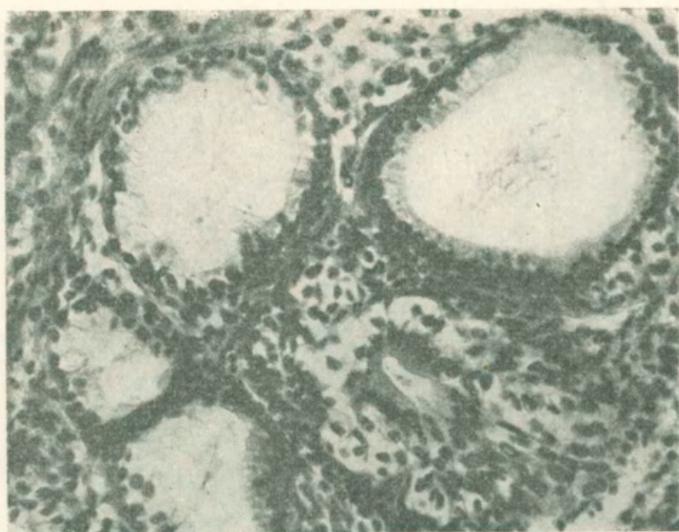


Figura 2

por vía vaginal constata una tumoración uniforme en toda su extensión. Se hace una biopsia extrayendo un buen trozo de la uretra que dió el siguiente resultado:

Epitelio uretral paramalpighino aumentado de espesor. Infiltración linfocitaria plasmocitaria submucosa muy intensa, observándose por debajo de la mucosa uretral y desembocando en ella por canalículos perfectamente visibles varios grupos glandulares compuestos por acinis múltiples y apelonados rodeados por tejido conjuntivo fibro-muscular. Estos acinis están revestidos por un epitelio cilíndrico, más bien bajo y sus células poseen un núcleo colocado en la parte inferior dentro de un protoplasma finamente glandular y netamente secretante. La reacción del mucicarmín de Mayer han sido negativas. Esta paciente fué tratada con altas dosis de folieulina, con la cual se obtuvo una franca disminución de la disuria, y mejoramiento del estado general.