

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

## CISTOADENOMA METAPLASICO DE URETRA FEMENINA

Por los Dres. A. E. TRABUCCO y R. J. BORZONE

Presentamos un caso que creemos interesante por su rareza, así como por sus modalidades anatómopatológicas, que nos permiten esbozar su morfogenesis, en vista de la claridad de sus imágenes microscópicas.

Se trata de la paciente A. R. de M., argentina, casada, de 48 años de edad, de esta Capital, que nos consulta el 13 de marzo de 1950, pues dice que desde septiembre del año anterior nota, al efectuar su higiene genital, una dureza en la vulva, sin ningún trastorno subjetivo: no siente dolor ni molestias miccionales. Nunca ha observado hemorragia.

Sus antecedentes revelan dos partos con fórceps y episiotomía. Sus menstruaciones se han hecho irregulares desde hace un año y está en menopausia desde hace un mes. Presenta un cuadro hipertiroideo, con metabolismo basal +50, en tratamiento medicamentoso.

*Estado actual:* La micción está conservada, sin trastornos subjetivos. Las orinas obtenidas por sondaje son claras. Los riñones y uréteres, lo mismo que la vejiga, no tienen alteraciones clínicas. El examen del periné muestra, al separar los labios mayores, un colpocele anterior y posterior de 2º grado, con cicatriz de episiotomía posterior. Hay una discreta cantidad de flujo vaginal mucoso. El meato uretral, como se verá en la figura 1, se encuentra deformado y desplazado por una formación esferoide de tamaño de una avellana, de superficie lisa y de color rosado, que asienta, con amplia base de implantación, sobre el labio posterior del mismo, de consistencia elástica y renitente hacia su parte libre y más firme en su base uretrovaginal, poco dolorosa al contacto.

El estudio clínico somático muestra una paciente en buen estado general, con tendencia a la obesidad, discreta exoftalmia, hiperemotividad y con una taquicardia de 100/min. Sin particular en los restantes aparatos y sistemas. Los exámenes de laboratorio son normales, con una discreta anemia de 3.390.000 glóbulos por mm.<sup>3</sup>

Las características de la formación patológica ante la cual nos hallamos, nos obligan a considerar distintas posibilidades diagnósticas. En esa misma localización se encuentran muy frecuentemente: el prolapso de uretra, las carúnculas y los divertículos de uretra. Puede descartarse el prolapso, ya que éste lo constituye la propia mucosa uretral descendida y estamos, en cambio, en presencia de una formación quística, renitente, con evidente contenido fluido. La carúncula, en sus tres formas habituales: granuloma telangiectásico, angiomatosa y polipoide, es dolorosa y sangrante, caracteres éstos, que faltan en el caso presente. El divertículo comunica con la luz uretral y su contenido, orina más o menos purulenta, puede evacuarse hacia la uretra por expresión, por lo cual también debemos descartarlo. Nos queda, como diagnóstico de probabilidad, la skenitis bilateral y los tumores. Desechamos la primera, pues no hay signos inflamatorios y aceptamos la última posibilidad. De entre los tumores, podemos eliminar los malignos, ya que nuestra formación está perfectamente limitada y no es infiltrante. Dentro de los tumores benignos tenemos que pensar, en primer lugar en un

quiste, por sus caracteres de esfericidad, renitencia y elasticidad. Hacemos, pues, el diagnóstico provisional de *quiste* de uretra y como un quiste se produce siempre a expensas de tejido glandular, lo rotulamos como *cistoadenoma* de uretra, esperando la confirmación histológica postoperatoria. Decidida la intervención quirúrgica, ella se efectuó el 21 de marzo de 1950.

*Operación:* Anestesia general pentothal-éter. Cirujano: Dr. Trabucco. Ayudantes: Dres. Borzone y Torres Posse. Se exterioriza bien la neoformación traccionándola con pinzas roma y se incide la mucosa uretral en todo su contorno, con una prolongación en raqueta hacia la cara vaginal. Se libera fácilmente por disección roma hasta su zona de implantación uretral y al terminar la enucleación se evacua involuntariamente, por una pequeña efracción de su pared, todo su contenido, de aspecto mucoso, espeso y siruposo. Hecha la hemostasia,

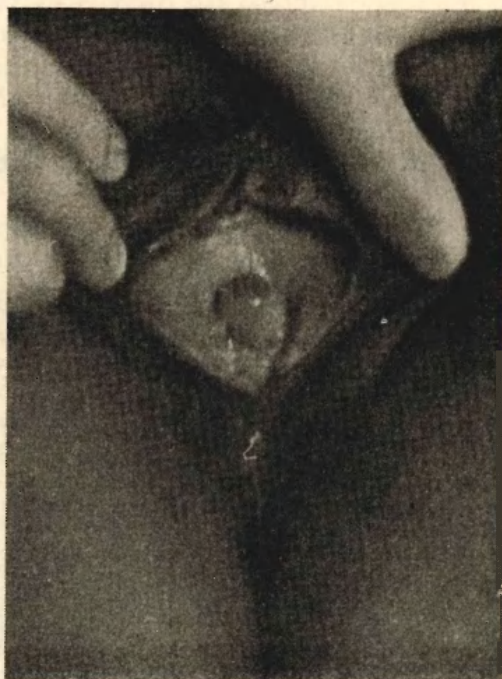


Fig. 1.  
Aspecto macroscópico.

se sutura en dos planos con catgut, dejando sonda permanente uretral y un pequeño tapón de gasa sulfamidada en la vagina.

Tres días después (24-III-50) se retira el tapón vaginal y la sonda uretral. La enferma orina sin molestias. El día 27 egresa con la herida del meato en vías de cicatrización "per primam". El día 30 concurre para su control, con la herida perfectamente cicatrizada y sin molestia alguna.

La Anatomía Patológica (Protocolo N° 695) revela, macroscópicamente, una formación vesicular, de tamaño de una avellana grande, de superficie lisa. Se la fija, previo relleno de su cavidad con formol por punción y a los tres días se efectúa un corte sagital, que nos muestra una cavidad de paredes lisas y brillantes, de color rosado pálido, sin soluciones de continuidad, con un espesor de 1 mm. en la mayor parte de su contorno, salvo en la zona de implantación que es de 2 a 3 mm. de grosor.

El estudio microscópico de un corte sagital es realmente interesante. Vemos en la figura 2 una toma a pequeño aumento, que permite un enfoque panorámico de la preparación "in toto". Se observa dos cavidades quísticas grandes, de tamaño desigual —la mayor es la

que se apreciaba macroscópicamente y cuyo contenido se evacuó involuntariamente durante la intervención quirúrgica— separadas por un fino tabique conjuntivo, conteniendo la más pequeña una escasa cantidad de sustancia amorfa, tapizadas ambas por un epitelio de tipo secretante y rodeadas por una fina adventicia conjuntiva que se engruesa en un extremo, el cual corresponde a la zona de implantación pedicular, de estructura músculo conjuntiva. En el seno de esta masa conectiva se ven algunos focos epiteliales de disposición adenoide y en el otro extremo hay adherido a la pared quística un colgajo de mucosa uretral, que revestía a la formación por su cara externa.

Enfocando a gran aumento en la zona adenoide, vemos en la figura 3 una parte en que el epitelio presenta aún caracteres de tipo paramalpighiano de revestimiento, con sus dis-

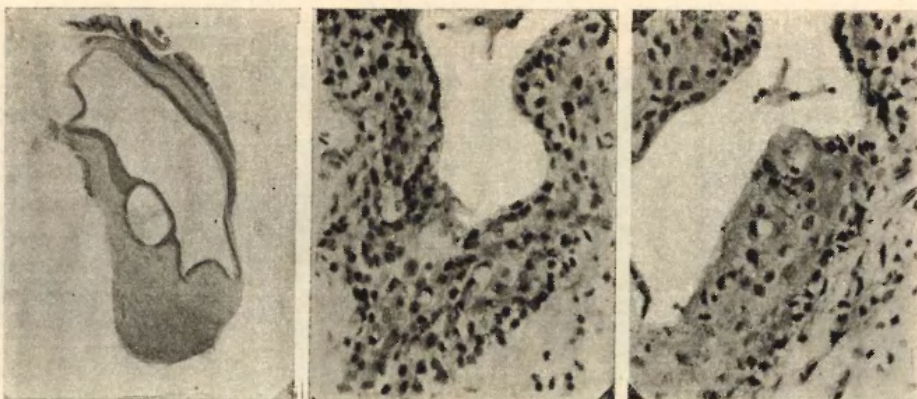


Figura 2

Figura 3

Figura 4

Fig. 2.

Microscopia a pequeño aumento. Se observan dos grandes cavidades quísticas, la más pequeña con un contenido amorfo, tapizadas por epitelio plano, secretante, con una adventicia conectivo-muscular, hacia la derecha restos de mucosa uretral, de cubierta, a la izquierda la base de implantación y alrededor del quiste pequeño varias formaciones adenoides.

Fig. 3.

A gran aumento se ve, en una de las formaciones adenoides o seudoglandulares, una zona de epitelio paramalpighiano (izquierda), con todas sus capas conservadas; pero comenzando ya las modificaciones siguientes: vacuolización y desprendimiento de las capas superficiales; grandes células de Virchow y células intermedias, con picnosis nuclear y homogeneización citoplasmática (derecha). Sólo restan inmodificadas las células profundas.

Fig. 4.

Una etapa más avanzada que la figura anterior. Se observa la ausencia de las células tapizantes de Virchow, vacuolización, con citolisis y cariólisis, restando pocos núcleos picnóticos en las capas intermedias, con una gran bola de sustancia amorfa a punto de desprenderse hacia la cavidad microquística. Sólo se ven bien coloreados los núcleos de la capa basal.

tintas capas bien conservadas: la superficial, de grandes células de Virchow, dos o tres capas intermedias de células cuboides y la capa basal, germinativa, de células cilíndricas. Junto a esa parte de epitelio originario se nota ya el comienzo de una transformación: desprendi-



miento de la capa superficial, citolisis de las capas intermedias, con picnosis nuclear y modificación mucoide del citoplasma, quedando sólo intactas las células basales.

La figura 4 muestra otra etapa evolutiva en una zona vecina, en donde la transformación mucoide ha progresado más y se ve una esfera de secreción a punto de desprenderse hacia la cavidad, todas las capas intermedias vacuoladas con citolisis y cariólisis y la capa basal inmodificada, con núcleos bien teñidos. En la figura 5 se comprueba la ausencia de células de Virchow, las células de la capa intermedia están vacuoladas y en vías de desprenderse y hay una proliferación de las células basales, con iniciación de una polarización secretante en aquellas que cubren a las que van a quedar como capa basal definitiva. En la figura 6, que corresponde al epitelio de los grandes quistes, se ve la etapa definitiva de metaplasia mucoide, donde han quedado: una capa basal, de núcleos bien teñidos y una funcional con neta polaridad de sus células, que presentan el núcleo rechazado hacia la base y el citoplasma cargado de mucus hacia la cavidad, adonde habrá de desprenderse. El epitelio se

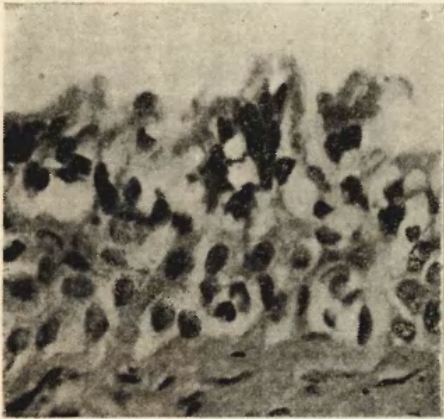


Fig. 5.

Ausencia de células de Virchow, desprendimiento de las células de la capa intermedia, vacuoladas, proliferación de las células basales, con iniciación de una polarización secretante en las células que cubren la capa basal definitiva.

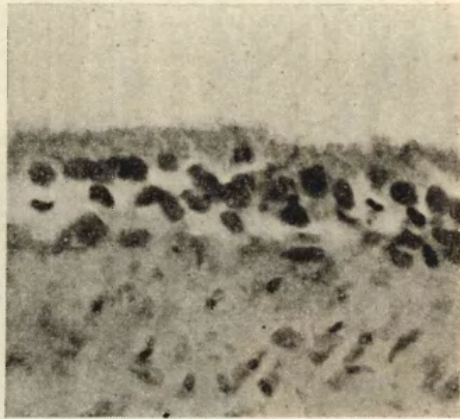


Fig. 6.

Estadio final, con neta metaplasia secretante. Capa basal con núcleos bien teñidos y capa funcional con diferenciación mucoide, con su núcleo desplazado hacia la base y citoplasma cargado de sustancia amorfa, mucoide. Constituyen los elementos epiteliales de los macroquistes de la microfotografía N° 2.

va aplanando por razones mecánicas, dada la tensión creciente de la cavidad quística, rellena de sustancia mucoide.

#### COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

No cabe ninguna duda de que estamos ante un cistoadenoma de la uretra ya que, en el seno de una masa de tejido conectivo de sostén hay algunos focos epiteliales de tipo acinoso, dos de los cuales adoptan la disposición quística, que es predominante en lo que a volumen respecta. Ahora bien: no se ha constituido el cistoadenoma a expensas de glándulas preexistentes en el meato uretral —glándulas de Skene o glándulas periuretrales— ya que los escasos elementos acinoquísticos que lo constituyen no se hallan en el seno de estructuras glandulares preformadas, sino en la submucosa uretral y en

ellos hemos encontrado los elementos originarios que son, justamente, nidos o repliegues de estructura paramalpighiana de revestimiento, no glandulares. Debemos pues, interpretar el presente caso desde el punto de vista etiopatogénico, como invaginaciones epitiliales que se han aislado de la mucosa uretral, estableciéndose, a manera de nidos submucosos, sufriendo ulteriormente dicho epitelio una metaplasia de tipo adenoide que comienza con la caída de las grandes células tapizantes de Virchow y sigue luego con la transformación celular de las capas medias, para quedar reducido finalmente el total del nido, a un epitelio de dos o tres capas celulares diferenciadas en elementos basales, germinativos y elementos funcionales, bien secretantes, tal como hemos visto en las microfotografías.

Consideramos que en el proceso metaplásico de un epitelio paramalpighiano en epitelio glandular, el punto más importante de la evolución, por necesario y condicionante, es la caída de las células de Virchow, elementos tapizantes, de defensa, que impiden tanto la salida de elementos difusibles elaborados por las células basales, como la penetración hacia el medio interno de los que existan en el medio externo, cavitario. Si persistieran dichas células de Virchow no sería posible, en este caso, hablar de metaplasia cistoadenomatosa: sería tan sólo un quiste por inclusión; pero como bien se puede ver en las microfotografías, esta formación ha seguido todas las etapas necesarias para el cambio del epitelio de cubierta hasta la completa transformación secretante.

Creemos fundado así el epígrafe que rotula nuestro diagnóstico como *cistoadenoma metaplásico de uretra*.