

DISPAREUNIA. SIGNO DE URETRITIS POSTERIOR FEMENINA

Por el Dr. ALFONSO PUJOL

El urólogo no suele ser consultado corrientemente por los trastornos sexuales femeninos sino cuando éstos van asociados a síntomas urológicos y sobre todo cuando adquieren una preponderante jerarquía dentro de la sintomatología. El comentario de 3 casos de dispareunia asociados a síntomas urológicos nos permitirán analizar algunos hechos dignos de recordar y sobre todo de tener presentes frente a la mujer que se queja de dolencias mal definidas y que asientan en la esfera urogenital.

1ª Observación. — L. F. de M., 38 años, casada, enfermera; refiere una vida genital normal hasta hace aproximadamente 2 años en que empieza a experimentar dolor durante el coito que va acentuándose progresivamente. A ese dolor se ha sumado en estos últimos 6 meses una hematuria muy particular que aparece en la primera y hasta segunda micción después del coito para luego desaparecer. Orina limpia. En su condición de enfermera ha sido estudiada por varios médicos, se le consideró sucesivamente desde una tuberculosis urogenital hasta una histeria, tiene estudios radiológicos exuberantes. Le han efectuado cistoscopias a repetición, nunca una panendoscopia.

Iniciamos nuestro estudio por una cistoscopia que sólo acusa una ligera vascularización trigonal, resto de la vejiga normal. El paso del cistoscopio es ya muy doloroso, sobre todo a nivel de la uretra posterior y despierta reacción casi intolerable de la enferma, lo mismo sucede al pretender explorar la uretra desde vagina mientras está colocado el cistoscopio; hay derrame de sangre en la orina vesical después de estas maniobras. Por estos datos sospechamos que existe una uretritis posterior y bajo anestesia le efectuamos una panendoscopia; ésta es de gran utilidad porque nos revela la presencia de un proceso edematoso, congestivo, melonado y polipóideo de la uretra posterior, sangrante al menor contacto. Aprovechamos la anestesia para efectuar una limpieza completa de toda la uretra posterior mediante electrocoagulación. Sonda permanente durante 3 días.

Postoperatorio sin novedad.

A los 2 meses reinicia su vida matrimonial en forma absolutamente normal, hace 3 años permanece sin novedad y en perfecto estado.

2ª Observación. — M. H. de T., 42 años, casada; refiere haber tenido crisis de cistitis en varias ocasiones, durante años fué sometida a distintos tratamientos para corregir un trastorno de la gestación que le impedía alcanzar el término del embarazo, tuvo 3 abortos y 2 partos prematuros. Consulta por una ligera polaquiuria, dolor suprapúbico constante, exacerbado al terminar la micción, pero la razón principal de su consulta es un dolor durante y después del coito, que empezó a presentarse hace 4 o 5 años para ir acentuándose cada vez más.

Orina aparentemente limpia, el cultivo revela presencia de estafilos y estreptococos. El examen urológico manifiesta una ptosis renal derecha que se corrige con una faja ortopédica.

La cistoscopia es normal excepto un piqueteado hemorrágico a nivel del trigono, el cuello presenta en su borde superior, vertiente vesical y bordes laterales la presencia de formaciones polipóideas, dolor manifiesto al paso del cistoscopio. Panendoscopia: Uretra posterior muy congestiva, deformada en toda su luz por una degeneración polipoide semejante a la que aparece hacia vejiga. Bajo anestesia general practicamos una electrocoagulación dejando libre de lesiones patológicas toda la uretra posterior afectada. Postoperatorio normal. Todas las molestias dolorosas fuera y durante el coito han desaparecido al año después del tratamiento.

3ª Observación. — R. de S., de 35 años, casada, artista; sufre de fuertes ataques de dolores de uretra acompañados de enturbiamiento de la orina que se atenúan parcialmente para

reaparecer con mayor intensidad. Coito muy doloroso que se hace imposible durante las crisis. Actualmente orina ligeramente turbia, el cultivo acusa la presencia de colibacilos. Cistoscopia normal, la introducción y el movimiento del cistoscopio despiertan dolores tan intensos que imposibilitan el examen. Panendoscopia bajo anestesia; uretra posterior muy congestiva, degeneración polipóide, destrucción con electrocoagulación de toda la zona afectada. Postoperatorio normal. Todos los trastornos entran en orden, y en especial los de la esfera genital, la vida sexual se reinicia y prosigue después de 2 años sin anomalías.

COMENTARIOS

Es fácil establecer una relación de causa y efecto entre las lesiones que al examen presentan estas enfermas y los síntomas que acusan; podemos decir que en estas pacientes el síntoma dispareunia nos ha revelado la existencia de una lesión orgánica de la uretra posterior. Es evidente que no todas las uretritis posteriores de la mujer se expresan con el síntoma dispareunia, pero sí es probable que cuando este síntoma está presente suele coincidir con lesiones crónicas de la uretra posterior. Al hablar de uretritis posterior en la mujer es preciso referir su origen más frecuente, es decir, las lesiones genitales y en especial las del cuello de la matriz, verdadero foco de reinfecciones iterativas de las llamadas cistitis que muchas veces sólo son infecciones que asientan en uretra posterior y la vertiente vesical del trigono, la que en los intervalos de las crisis agudas se manifiesta al examen cistoscópico con los signos de la trigonitis; se deduce por consiguiente que será menester siempre que tratemos una uretritis posterior indagar sobre su posible origen y en tal caso además de realizar el tratamiento local urológico, también iniciar el tratamiento ginecológico que será el único que evitará las recaídas, las reinfecciones y la permanencia del foco séptico causal.

Desearíamos que este comentario provocase una mayor preocupación en los médicos especializados o no que tratan las enfermas aquejadas de este síntoma para que, agotando los exámenes a su alcance, y en especial la panendoscopia, puedan establecer la relación que existe entre el síntoma dispareunia y la afección uretral crónica a fin de que al indagar uno se vaya en busca del otro y viceversa.

DISCUSION

Dr. P. Dawria. — Con respecto a lo dicho por el Dr. Pujol, como ginecólogo puedo decir que muchas veces la sintomatología que uno atribuye al aparato genital femenino, sobre todo las leucorreas trichomoníasicas particularmente rebelde a todo tratamiento son debidos a que se encuentran acantonadas en la uretra posterior comprobado por el tacto que es doloroso a nivel de la uretra y la expresión de atras a adelante o de dentro afuera como Uds. prefieran hace posible reconocer la presencia de los parásitos a pesar de la vagina encontrarse completamente normal.

Dr. Pujol. — Muchas gracias por la colaboración del Dr. Dawria y estamos de acuerdo en que la electrocoagulación no es más que un elemento más en la terapéutica y de buenos resultados en los casos bien indicados.
