

CARCINOMA PRIMITIVO DE LA URETRA PENEANA

Por el Prof. Adjunto Dr. A. ASTRALDI

No se tiene la pretensión de hacer un trabajo de conjunto sobre la cuestión que tratamos, sino referir un caso de carcinoma primitivo de la uretra masculina, por ser el primero que se observa en el Instituto de Medicina Experimental desde su fundación, 1923, y, por otra parte, es el primero que el autor observa después de diez y ocho años de servicios urológicos.

Según **Tanton**, debe entenderse por epiteloma primitivo de la uretra a toda neoplasia carcinomatosa que tiene su origen primitivo en las proliferaciones atípicas del epitelio de revestimiento de la uretra o de sus glándulas.

La primera observación documentada con examen histológico se le debe a **Thiersch** en el año 1865, por cuanto a los que hacen figurar los nombres de **Thibaudiere** en 1834 y **Hutchinson** en 1861 como derecho a prioridad es de agregar que son simples relatos clínicos sin comprobación histológica.

La frecuencia de esta lesión es poco común, ya que **Wurmser** hace remontar a un centenar de casos en la casuística mundial;



Fig. 1.

Corte a nivel de la uretra esponjosa. Cavidad uretral transformada en una masa neoplásica, de tejido pavimentoso perlado.

sobreentendido que en la uretra masculina. La localización perineal dentro de la uretra es la más frecuente. En esto, están contestes todos los autores. Nuestra observación corresponde a la uretra peneana, o, si se quiere, para la pene-escrotal, aunque, al decir del enfermo, se inició a nivel de la peneana pura.

El enfermo con esta lesión es un español, de 74 años, sin antecedentes urinarios, quien relata que su afección actual se inició hace unos 5 a 6 meses, en forma insidiosa e indolora, con una ligera tumoración en la uretra peneana a nivel del rafe de las bolsas. Los fenómenos disúricos se iniciaron a medida que la tumoración aumentaba, motivo por el cual dicho enfermo consultó a un médico.

En la actualidad nuestro enfermo tiene: marcados fenómenos disúricos, chorro urinario muy disminuído de volumen, de tipo filiforme; en otras oportunidades, la micción se realiza gota a gota, sin ninguna fuerza de proyección; el paciente se orina sus zapatos. La micción se realiza con esfuerzo desde el comienzo hasta el fin, acompañada de gran ardor y dolor. Las orinas

son piúricas y hematúricas. A veces las uretrorragias se presentan al final de cada micción.

El pene está deformado por aumento del diámetro transversal a nivel del ángulo pene-escrotal. Levantando la verga se observa que sobre la cara inferior de la misma, existe una tumoración del tamaño de una castaña grande,

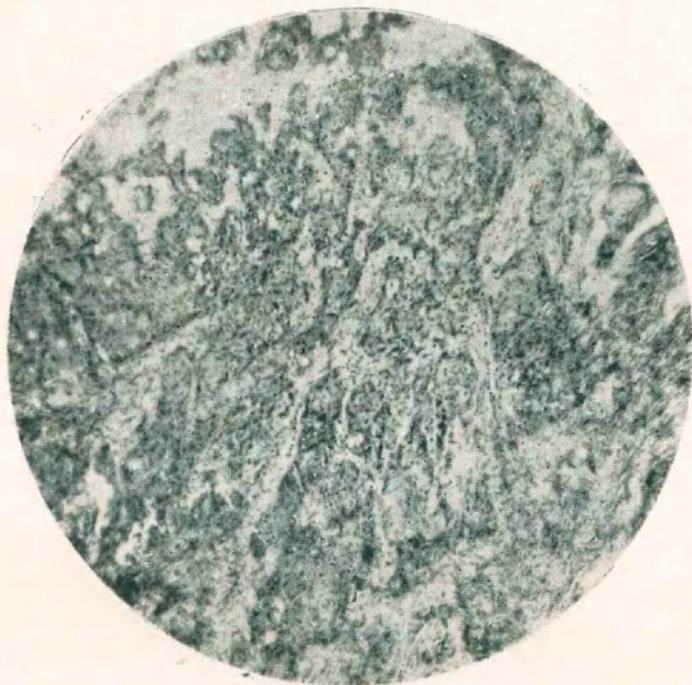


Fig. 2

De la porción tumoral anterior: carcinoma pavimentoso perlado.

recubierta por una piel de coloración violácea. A la palpación, la piel está adherida al plano profundo, es ligeramente renitente sólo en algunos puntos, pero en conjunto el tumor es duro, casi leñoso; de superficie irregular, se extiende en unos 3 o 4 cts. sobre el trayecto del pene; hace cuerpo con la uretra, siendo imposible independizarla, no se puede separarla aunque se le propulse ya en sentido transversal como en el antero-posterior. Hace cuerpo con los cuerpos cavernosos, pero a excepción de la cara superior y porciones altas de las laterales que permanecen al menos a la palpación indemnes. El tumor es doloroso a la palpación y ésta hace salir por la uretra un líquido sanioso hemático. El resto de la uretra es normal a la palpación. La exploración instrumental practicada con el explorador a bola de GUYON Nº 18 es

franqueable hasta el lugar donde se encuentra el tumor no pudiéndose desde allí continuar aquélla por imposibilidad de franquearle.

Se repiten los cateterismos exploradores descendiendo paulatinamente de N° no pudiéndolo hacer ni con el N° 8. Exactamente acontece con las bu-

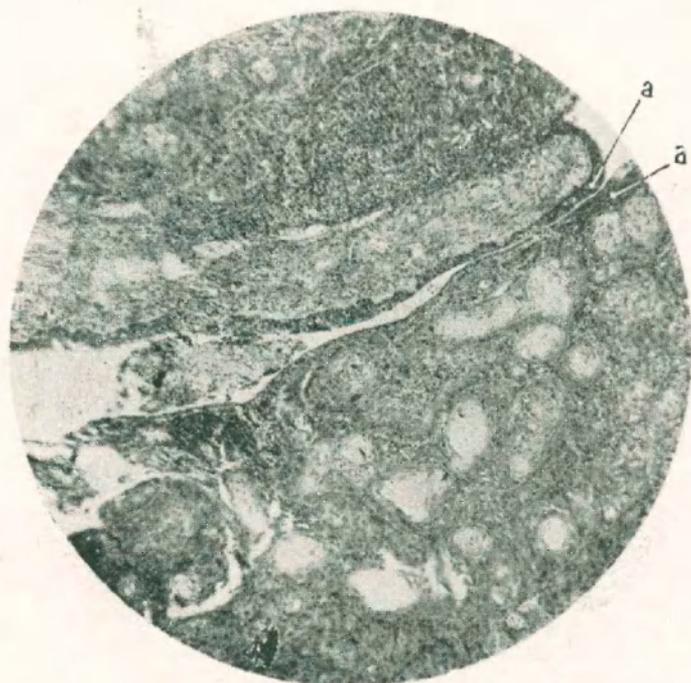


Fig. 3

Corte de la uretra de la región esponjosa (a y a). Uretra bien conservada, por debajo de ella se observa la masa carcinomatosa.

ñas filiformes exploradores. Todas estas maniobras exploradoras instrumentales provocan mucho dolor y una marcada uretrorragia. Recurrimos a la uretrografía con suspensión opaca y a pesar de la presión ejercida con el émbolo de la jeringa para vencer el obstáculo resulta infructuosa. Sospechando la posibilidad del pasaje de una pequeña cantidad de líquido, pero lo suficiente para indicar la dirección del eje de la uretra, intentamos la toma radiográfica con resultado absolutamente negativo. Se observa en la película una marcada distensión de la uretra por delante de la estrechez, producida por la distension de ésta por la presión del líquido.

Dada la situación uretral, la estrechez filiforme, el estado del enfermo,

y la marcada disuria, como la polaquiuria, decido de inmediato la cistostomía. Practicada me decido a obtener una biopsia de la lesión. La reacción de ROFFO es francamente positiva. El resultado de la biopsia corrobora la presunción clínica: se trata de un CARCINOMA PAVIMENTOSO CORNEO.

Ante el diagnóstico obtenido, la edad del enfermo, el estado de las bolsas (ulceradas) me decido por una emasculación total, que se practica con raqui-

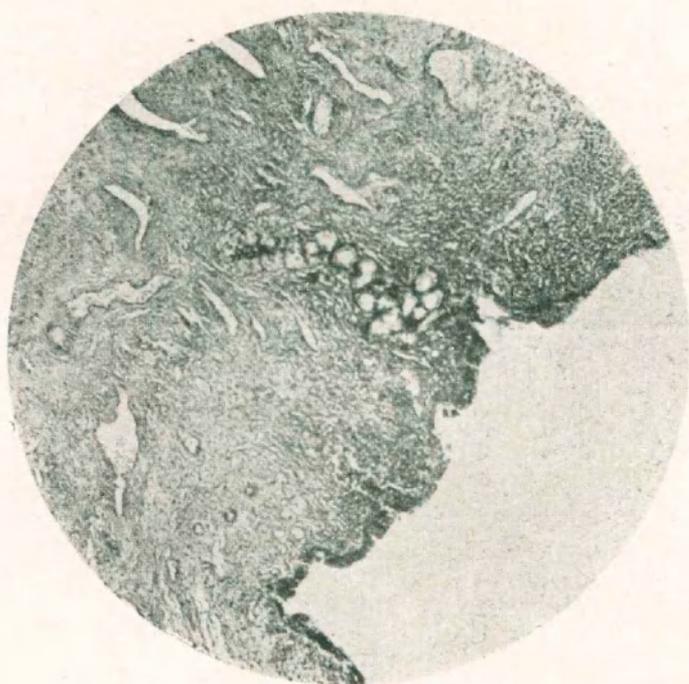


Fig. 4

Porción uretral anterior; uretra bien conservada, infiltración submucosa con abundantes glándulas mucosas.

anestesia y utilizando la incisión de DAVALOS del Paraguay. Los resultados y marcha post-operatoria es excelente.

Las consideraciones son de orden terapéutico.

Watson M. Ernest es partidario del radium y presenta dos observaciones tratadas en esa forma con 910,8 m.c. que curó, permitiendo al cabo de tres años pasar por esa uretra un explorador N° 23; la segunda fué tratada con 242,6 mc.; a los seis meses el enfermo presenta una receidiva que trata con igual medio. **Flamm** es partidario

del medio quirúrgico y sólo aconseja el radium para las recidivas o para los casos incurables. **Michon, Rizzi** son decididos partidarios del tratamiento quirúrgico. En nuestro caso si lo hubiéramos observado más o menos en su iniciación, es decir en los comienzos hubiéramos intentado el radium, ya que para estas neoplasias no tenemos



Fig. 5

Brote natural formado por tejido tumoral. Carcinoma pavimentoso perlado.

ninguna experiencia, aunque debo agregar que personalmente hasta la fecha no he obtenido a pesar de los innumerables casos tratados con esta sustancia en neoplasias urinarias y genitales el más mínimo resultado curativo.

INFORME ANATOMO-PATOLOGICO-MICROSCOPICO

En los cortes seriados del pene se observa que la primera porción de la uretra esponjosa en una extensión de dos centímetros no presenta alteración alguna, en cambio, más hacia atrás se presenta engrosada habiendo casi des-

aparecido el orificio. Es en la vecindad de los cuerpos cavernosos donde se inicia la formación tumoral, que como pueden verse en la (fotografía N° 1) se traduce por una neoformación del tejido blanquecino que llena por completo el calibre uretral y que llega a tener medio centímetro de diámetro.

En el examen histológico practicado se observa que en un corte transversal de la región esponjosa de la uretra ha sido reemplazada por una masa tumoral vegetante, (fotografía N° 2) y cuya histología responde a la estructura de un carcinoma pavimentoso perlado (microfotografía n° 2); en un corte efectuado a dos cms. por delante del anterior en plena masa esponjosa, se observa una propagación de esta masa bien conservada (micrografía N° 3) por delante de esta región todo rastro de neoplasia ha desaparecido. (micrografía N° 4).

El examen macroscópico y microscópico como el informe adjunto corresponden al Prof. Roffo.