

DERIVACIONES URINARIAS

Drs. L. L. SANCHEZ SAÑUDO, * O. C. CARREÑO, R. BORZONE, H. A. LEVATI
y P. BRAGONI

Partiendo de la premisa que ninguna técnica de derivación urinaria que realicemos es satisfactoria y que siempre es una operación paliativa la elección debe regirse por las condiciones generales del enfermo, la etiología del proceso que lo lleva a la necesidad de la derivación y la evaluación de la sobrevida posible para darle el mayor confort posible con la técnica a emplear.

El problema pavoroso de las neoplasias vesicales es el que nos brinda, desgraciadamente, el mayor número de pacientes a los que debemos efectuarle una derivación urinaria.

Nosotros ante la indicación de la cistectomía total que nos plantea, por lógica, el problema de la derivación urinaria debemos evaluar qué técnica es aconsejable para el caso que nos ocupa.

Estudiamos el estado psíquico del enfermo, el nivel cultural, el trabajo que realiza y podrá realizar, el estado general y las características del tumor: tamaño, localización, multiplicidad e infiltración y el medio social en que actúa.

Así en los enfermos en mal estado general, con un gran tumor infiltrante, con ectasia ureteral (uni o bilateral), infectados y con algún grado de insuficiencia renal preferimos las derivaciones directas y de ellas la que más utilizamos es la urétero-cutáneo-anastomosis acompañada si es posible con la ligadura de las arterias hipogástricas.

No obstante los innegables problemas creados por este tipo de intervenciones nosotros nos inclinamos por ella, por ser la más simple y breve. Evidentemente la estructura del abocamiento, que obliga al uso permanente de catéteres, que deben ser periódicamente renovados y cuyo cambio puede ser trabajoso; la posibilidad que el enfermo se moje por su salida o taponamiento, nos indica que es la solución que se debe ofrecer al paciente cuando nada mejor puede hacer la cirugía y como medida para aliviar algo el dolor de la neoplasia y la hematuria.

En los enfermos con mejor estado general, que viven en centros donde pueden ser controlados y en donde se cuentan con medios apropiados abogamos por las derivaciones indirectas.

Nuestra experiencia se ha hecho en base:

1) A las urétero-sigmoideo-anastomosis con todas sus variantes que han mejorado los problemas postoperatorios que la acompañaban con el mejor conocimiento del medio interno y la depuración de la técnica quirúrgica que a su vez han disminuído las complicaciones alejadas de la estenosis de la neoboca, la pielonefritis ascendente y la insuficiencia renal.

2) A las vejigas ileales (Bricker) que ofrecen la separación de la orina de la materia fecal y actúan como reservorio parcial de la orina. Los fenómenos de desequilibrio electrolítico, pielonefritis y reflujo ureteral son menores.

3) Las prostato-cistectomías totales con abandono de los uréteres en la cavidad (Rebaudi) que tiene como las otras los inconvenientes del reflujo, la infección y la insuficiencia renal progresiva.

4) Las tallas tubuladas (tipo Lapidés y Blockson) que hemos usado en cierto tipo de vejigas neurogénicas. Hemos encontrado dificultad para la adaptación de las bolsas colectoras y además lesiones de piel periorificiales muy difíciles de controlar.

5) Las derivaciones ureterales en mariposa (variación de la urétero-cutáneo-anastomosis) que nos ha dado resultados aceptables en casos de uréteres dilatados y redundantes.

El no haberse encontrado una técnica derivatoria eficaz sobre todo en el tratamiento del cáncer vesical nos hace partidarios de la cirugía conservadora con la aplicación de tratamientos actínicos y cistotáticos toda vez que ello sea posible.

Desde 1955 hasta la fecha hemos tabulado en el servicio 54 derivaciones todas por neoplasias vesicales.

35 urétero-cutáneo-anastomosis

(el mayor número corresponde a los primeros años)

y 19 derivaciones intestinales que discriminamos así:

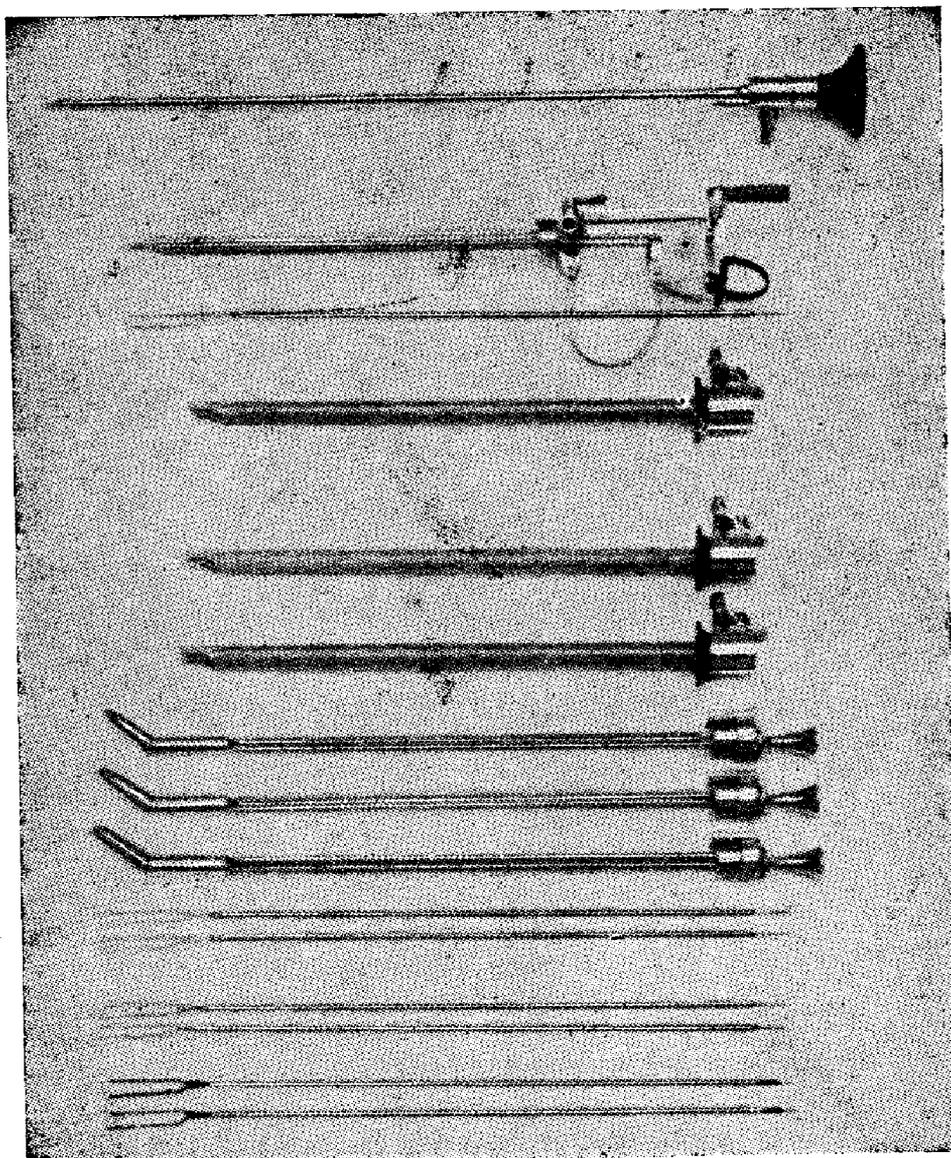
16 Bricker y 3 Coffey.

Con respecto al tema recordamos dos casos que por no ser hospitalarios no incluimos en la estadística de las urétero-sigmoideo-anastomosis, practicadas en dos pacientes mujeres, una jovencita de 13 años que nos llegó con una extrofia de vejiga y otra con una verdadera cloaca vesico-vaginal consecuencia a una aplicación de forceps.

A las dos se le practicó una operación de Coffey.

La primera vivió 17 años, trabajando, readaptada por completo a una vida útil y falleció porque en su oportunidad no permitió que se le efectuaran intervenciones plásticas para las hidronefrosis que poseía.

La segunda vive en la actualidad, casada nuevamente, el marido ignora su situación y trabaja en una fábrica. Lleva en la actualidad 7 años de casada.



RESECTOSCOPIO MULTIPLE DE IGLESIAS DE A. C. M. I.

Consta de: Una óptica telescópica foroblicua de fibras ópticas.
Elemento de trabajo.

Camisas de pico corto de fiberglass de 24, 26 y Fr.

Obturadores de Timberlake de 24, 26 y 28 Fr.

Anzas amarilla de 24 Fr.; gris de 26 Fr y azul de 28 Fr.

Los resectoscopios de McCarthy y Nesbit son idénticos al presentado con la excepción de que varía el elemento de trabajo.

Solicite información adicional sobre resectoscopios y toda la línea de A.C.M.I. a su representante exclusivo:

BIOTRON S. A.

Diag. J. A. Roca 584 - 3er. Piso

Buenos Aires

Tel. 34-9356 / 30-4846

CANCER DE URETRA EN LA MUJER (9 casos)

Dres. H. PAGLIERE *, C. SCORTICATI y J. C. BOTTINI

Los tumores malignos de la uretra femenina son considerados como relativamente raros. L. Mc Crea, en 1952, hace una excelente revisión en "Urological Survey" de los casos publicados hasta la fecha hallando 546, de ellos 504 eran carcinomas, 23 sarcomas y 19 melanomas. En 1966, Umberto Villani, en el suplemento nº 19 de "Urología", hace una nueva actualización de la casuística mundial y eleva el número a 702. El haber observado y tratado 9 pacientes con esta afección, y la escasez de los aportes a la bibliografía nacional, del que sólo conocemos en la revista de la Soc. Argentina de Urología los dos casos presentados por Dotta y Delporte en 1955, por Rubí y Rubí en 1959, y por Trabucco y col. en 1965, estos dos últimos con un caso, creemos justificar esta presentación, y porque en la ya citada revisión de Villani sobre 90 publicaciones, la mayoría a partir de 1939, sólo en 7 de ellas el número de casos supera los 9.

Según Staubitz y col., en el Estado de Nueva York, excluida la ciudad, la incidencia es de 0,21 por 100.000. Seng y Siminovich reportan una frecuencia de 1 en 1.191 en los ingresos femeninos del Royal Victoria Hospital en Montreal. En el Roswell Park Memorial Institute, dedicado exclusivamente al tratamiento del cáncer, se comprobaron 32 casos sobre 45.000 ingresos femeninos, una incidencia de 1 en 1.500. En el Reparto Urológico de Reggio Emilia se observaron 2 sobre 5.900; frecuencia de 0,034 %. Entre 55.000 piezas ginecológicas del laboratorio de anatomía patológica del John Hopkins Hospital hubo 15 neoplasias uretrales. Pointon y Poole Wilson, en 1968 publican 132 casos observados entre 1936 y 1964 en el Christie Hospital y Holt Radium Institute de Manchester, como se trata de un centro radioterápico la frecuencia de los casos es explicable, ya que posiblemente muchos de ellos figuren en series publicadas por otros autores, aunque el número la hace de indiscutible valor en la apreciación de los resultados, particularmente en las pacientes a quienes se aplicó tratamiento físico radiante.

En el texto de Ahumada y col. "Cáncer ginecológico" hay referencia de 7 casos observados por los autores. Las historias clínicas resumidas de las pacientes por nosotros observadas es la siguiente:

Caso nº 1:

Historia Clínica nº 802, sala 2ª, Hospital Alvear: S. G., soltera, 50 años.

Sufre de retención de orina que obliga a sondarla. Asegura no haber tenido hematuria ni dolor alguno antes de su retención. En meato uretral se observa lesión tumoral ulcerada de un centímetro de diámetro, de superficie regular, fácilmente sangrante. Se efectúa biopsia y el Dr. Beramendi informa: "Epitelioma glanduliforme". Posteriormente a nuestro pedido el Dr. Marano efectuó la revisión del preparado, informando: "Carcinoma transicional grado II desarrollado posiblemente sobre un papiloma".

Se trata colocando 6 agujas de radium de 1,33 mgr. alrededor del meato

uretral a 6 mm. de distancia una de otras durante una semana. Se deja sonda en permanencia. Alta el 3/12/1946. Fallece un año después.

Caso n° 2:

D. G. de C., 48 años, italiana. Historia Clínica n° 3900 del Hospital Sirio Libanés.

Desde dos meses antes de internarse ardor miccional, por el que es tratada sintomáticamente. Ingresa al hospital el 13/3/1957. Al examen lesión ulcerosa fácilmente sangrante de color rojo grisáceo que rodea el meato uretral y de unos dos cms. de diámetro. Se realiza biopsia cuyo estudio realiza el Dr. Domingo Mosto que informa: "Carcinoma de alta malignidad". Diez días después de la biopsia la lesión se ha extendido considerablemente, se palpan ganglios inguinales. Se realiza vulvectomía y uretrectomía total con resección de pared anterior de vagina. Por vía transvesical se cierra el cuello de la vejiga en dos planos estableciendo cistostomía definitiva, pero la enferma comienza a perder orina por vagina. Es retirada del hospital y fallece cuatro meses después.

Caso n° 3:

M. de D., 58 años, argentina, 10 hijos.

Desde agosto de 1958 pérdida de sangre que interpretó como metrorragia. Un ginecólogo le realiza raspado biopsia cuyo examen histológico fue negativo para blastoma. Siguió con pérdidas de sangre, comprobándose su origen uretral. Se realiza uretroscopía que muestra lesión polipoide situada a un cm. del meato, del volumen de un garbanzo, con base de implantación en pared posterior de uretra, sangrante, de color rojo vinoso. Se extirpa y coagula el lecho; el examen histopatológico informó: "Epitelioma de uretra", por lo que el 21/3/1959 se realiza uretrectomía parcial hasta un cm. del cuello vesical. Un mes después comenzó roentgenterapia practicada por el Dr. Feijóo. Seguía con vida y sin apariencia de recidiva cinco años después.

Caso n° 4:

B. Z., rusa, 59 años.

Desde hace un mes sensación de peso perineal e incontinencia de orina. Hematuria. Al examen urológico cistocele de 2° grado y uretrócele. En el meato uretral se observa lesión polipoidea color rojo vinoso, sangrante, del volumen de una guinda, con base de implantación de unos 5 mm. Se reseca cuagulando el lecho. El informe histopatológico, protocolo n° 14.344, realizado por el Dr. A. Napolitano, informa: "Epitelioma pavimentoso estratificado cuyo epitelio basal se presenta en parte desorganizado, sin invadir el corion que aparece congestivo, hemorrágico y edematoso".

Se realiza uretrectomía parcial en los 3 cms. distales y plástica del recto-cistocele. Se ignora la evolución posterior.

Caso n° 5:

I. de D., 53 años.

En 1941 y 1953 se le extirparon pólipos endocervicales de matriz. Desde 1953 prurito vulvar con lesiones de leucoplasia, mejorada con tratamiento médico. En 1959 pérdida de sangre al terminar la micción. Al examen urológico lesión sangrante ulcerada e infiltrante sobre el lado derecho del meato uretral. Se realiza biopsia que por protocolo 2455 el Dr. Pellerano informa: "Carcinoma pavimentoso perlado de uretra con infección sobreagregada".

El 10/9/1959 se realiza uretrectomía parcial en los dos tercios distales, completándose con vulvectomía y linfadenectomía. Postoperatorio con pequeña zona de esfacelo de piel en región inguinoabdominal. En el último control realizado el 14/9/1964 (5 años después) la enferma continúa sin recidiva aparente.

Caso nº 6:

Historia Clínica nº 6428 del Hospital Sirio Libanés. M. D. de F., viuda, 48 años de edad, dos hijos.

Ingresa el 4/9/1959. Refiere sufrir desde hace meses ardor uretral intenso en el momento de la micción y polaquiuria. Un prestigioso urólogo le efectúa cistoscopia no hallando justificación al proceso. Se realiza uretroscopia, comprobándose lesión sangrante, irregular, a unos dos cms. del meato. La lesión se palpa al tacto vaginal como una zona indurada de dos cms. de extensión.

Se efectúa biopsia con trocar de Marañi, mientras se repara la zona afectada con un dedo en la pared anterior de la vagina. Los trozos obtenidos se envían para su estudio al Dr. Julio César Lascano González, quien informa:

Examen macroscópico: La biopsia que se estudia comprende varios trozos de aspecto mamelonado de una formación polipoide de la uretra, el tejido es de color rosado con zonas de su superficie lisas y brillantes, la consistencia es blanda y el aspecto general uniforme.

Para el estudio histológico se incluye todo el material en parafina y se hacen cortes en diferentes planos que se colorean con hemalumbre de Mayer y eosina.

Examen microscópico: Los preparados muestran, cuando se los estudia topográficamente, algunos elementos de la estructura de la mucosa uretral y, al mismo tiempo, una proliferación epitelial penetrante en el corion de la mucosa y que por su estructura parece haber sido una carúncula papilomatosa.

Los brotes epiteliales que en algunas partes son de estructura típica, rodean a conductos glandulares, pero en otras —que son las más numerosas— la proliferación pierde esos caracteres, sus células son anaplásicas y crecen desordenadamente determinando una reacción defensiva de tipo inflamatoria en el estroma donde aparece una infiltración leucocitaria con marcada congestión.

Diagnóstico:

Carcinoma de la mucosa uretral originado en la degeneración de una carúncula papilomatosa.

La enferma es tratada insertando 6 agujas de radium alrededor de la uretra con un total de 8,694 mgr. El tercer día se salen espontáneamente, por lo que se recolocan alrededor de una sonda de Foley, a la que se atan simétricamente dejándose cuatro días más. La enferma es dada de alta, pero como continúa con igual sintomatología se efectúa nueva biopsia tres y medio meses después, informando el Dr. Lascano González lo siguiente:

Examen macroscópico: La biopsia que se estudia ha sido obtenida de la uretra con el trocar de Marañi y comprende cuatro fragmentos de pequeñas dimensiones, de los cuales dos son de color blanco rosado y los otros dos rojizos con aspecto hemorrágico.

En un examen anterior, efectuado en setiembre del corriente año, se comprobó la existencia de un proceso carcinomatoso aparentemente originado en una carúncula uretral papilomatosa.

Examen microscópico: Se incluye el material en parafina y se hacen cortes semiseriados que se colorean con hemalumbre de Mayer y eosina.

El examen topográfico de los preparados muestra en todos los fragmentos

la existencia de un proceso proliferativo epitelial originado en el epitelio paramalpighiano de la mucosa uretral.

En los fragmentos de color rojo se encuentra un estroma intensamente congestivo con pequeños focos hemorrágicos y la estructura de la parte epitelial es igual en todos, la proliferación es maciza y sus células indiferenciadas mostrando diversas anomalías y numerosas mitosis que denotan una actividad mantenida en la proliferación.

Diagnóstico:

Carcinoma de uretra de tipo paramalpighiano. No se observan signos de involución como consecuencia del tratamiento con radium.

A raíz del informe se efectúa uretrectomía total con resección de pared vaginal anterior y cierre transvesical del cuello dejando cistostomía permanente. A los 8 días la enferma fallece a raíz de un cuadro cerebral agudo.

Caso nº 7:

M. de C., 72 años, 6 hijos.

Consulta por uretrorragia post-miccional. Al examen cistocele de 2º grado. En meato uretral, lesión vegetante ulcerada. La biopsia informa: Carcinoma de uretra. El 8/8/1961 se realiza uretrectomía parcial. Es vista dos años después sin recidiva.

Caso nº 8:

C. de A., 65 años.

A principio de 1962, pérdida de sangre por uretra. Al examen se observa lesión vegetante que sangra fácilmente en el borde superior del meato uretral. Se efectúa biopsia y el examen histopatológico realizado por el Dr. Pellerano, en protocolo nº 3342, informa: "Carcinoma basocelular y glanuloma inflamatorio infectado". El 9/6/1962 se realiza uretrectomía parcial de los dos tercios distales de uretra, la enferma se encuentra bien en un control a los 5 años del tratamiento realizado.

Caso nº 9:

V. B. de F., 51 años. Historia Clínica nº 8391, de SOIVA.

Menopausa a los 45 años. Hace un año comienza con polaquiuria intensa, posteriormente alivio parcial de sus síntomas con diez micciones diurnas y tres a cinco nocturnas. Hace un mes retención completa, al tacto vaginal tumoración infiltrando pared anterior de vagina. El espesor de la pared entre uretra y vagina es de unos 2 cms., extendiéndose aproximadamente 3 cms. en longitud. En la uretroscopía, a 1 cm. del cuello, se observa uretra congestiva ulcerada en horas 6. Existen adenopatías confluentes, duras, en ambas regiones inguinales. Se efectúa biopsia de uretra y de un ganglio inguinal, informando el Dr. Grato Bur, por protocolos 31.059 y 31.224. Ganglio inguinal: Varios fragmentos que en conjunto alcanzan el volumen de un grano de uva, de consistencia elástica y con focos amarillentos.

En los preparados histológicos que se colorean con hematoxilina, eosina alcian blue, se puede observar: Un proceso blastomatoso bastante inmaduro y con signos de franca autólisis, pero sin embargo en algunos sitios llega a constituir estructuras pavimentosas.

Las células que lo constituyen son muy voluminosas, con gran cantidad de discromías nucleares y numerosos sectores en los cuales se ven mitosis

atípicas. El estroma es de tipo fibroblástico, destacándose en muchos puntos infiltrados linfoplasmocelulares.

Diagnóstico:

Metástasis de un carcinoma pavimentoso inmaduro.

Biopsia de uretra: Pequeños fragmentos de consistencia blanca, muy friable y de tinte rojizo.

En los preparados histológicos que se colorean con hematoxilina, eosina alcian blue, se puede observar: el cuadro de un carcinoma glandular inmaduro con extensos sectores de infiltración en el estroma, viéndose en la neoplasia gran cantidad de anomalías y monstruosidades nucleares.

Es tratada con implantación de agujas de radium ignorándose la evolución posterior.

CONSIDERACIONES

Edad: Se ha observado entre los 27 años y los 86; sin embargo en la gran mayoría de los casos oscila entre los 45 y 65 años, dando promedios de 62,2 la numerosa estadística ya citada de Pointon y Poole-Wilson; de 52 Counsellor y Menvielle; 54 Witehouse, etc.

Localización: La mayoría corresponde al meato uretral, iniciándose en la unión del epitelio transicional de la uretra y el estratificado escamoso de la vulva, si bien Colby afirma que la mucosa de la uretra femenina consiste en un epitelio escamoso estratificado que se transforma en transicional próximo a la vejiga. Con respecto a las glándulas, origen frecuente de los adenocarcinomas, según Ricci y col., disminuyen en número desde la vecindad del meato externo hasta el cuello vesical.

El carcinoma que se origina en el límite entre los epitelios uretral y vulvar es llamado por Ehrnedorfer vulvouretral, para diferenciarlo del originado en la porción media y superior de la uretra. Witehouse, que acepta y amplía el concepto anterior considera, al igual que Halban (Iº) la forma vulvouretral como la más frecuente, y dentro de ésta distingue: a) Una forma semejando un papiloma, irregular, sangrando fácilmente aunque parecido al pólipo uretral o la carúncula. b) Una úlcera subsiguiente a un nódulo en el vestíbulo, en la vecindad del meato, dicha úlcera, de bordes irregulares e indurados, se extiende rápidamente a los genitales externos. c) Una induración alrededor del meato que retrae el mismo sin ulcerarlo ni proliferar. Esta forma es de lenta evolución y aparece clínicamente como un escirro.

(IIº) Tumores uretrales: a) Una úlcera irregular comprometiendo el extremo distal del canal uretral, teniendo tendencia a extenderse hacia el orificio uretral. b) Induración periuretral que sólo se ulcera tardíamente, estrecha la uretra, y puede comprometerla en toda su extensión, crece lentamente y se asemeja al escirro.

Más simple y adecuada a lo observado por nosotros desde el punto de vista clínico, es la clasificación en (Iº) tumores del meato que invaden la región vestibular, metastatizando tempranamente en los ganglios inguinales superficiales y profundos.

(IIº) Los tumores del canal uretral, de tipo infiltrante, transforman a ésta en un tubo rígido. La invasión ganglionar se hace hacia los ganglios ilíacos internos y externos.

(IIIº) Los tumores uretro-cervicales, desarrollados en la porción proximal y con tendencia a invadir el trigono avanzando sobre la vejiga.

De estas tres formas la más inconfundible es la segunda; ya que los tumores del meato en ocasiones resulta difícil, cuando son vistos tardíamente, diferenciarlos de los vestibulares y en cuanto a los uretrocervicales pueden

crear dudas sobre su origen primitivo al extenderse a la región vesical pericervical.

En cuanto a la relación con las carúnculas uretrales, frecuentes en pacientes que han pasado la cincuentena, las opiniones son variadas, y mientras algunos, como Riches y Cullen, dudan que puedan dar lugar a la transformación maligna, otros encuentran que muchos carcinomas se desarrollaron sobre carúnculas preexistentes. Es así como Marshall, Uson y Melicow, sobre 376 carúnculas diagnosticadas clínicamente como tales, la biopsia demostró 11 tumores benignos y 22 tumores malignos; por lo tanto el 2,4 % de las pacientes en la que se diagnosticó la presencia de carúnculas, padecían tumores malignos. Se deduce de lo que antecede la conveniencia, como lo señala Wallace Scott, de tratar las carúnculas por el método de Deming, que logra la extirpación completa, sin limitarse, como es lo habitual, a la electrocuagulación o a la resección parcial.

Inversamente puede ocurrir que se diagnostique malignidad cuando ésta no exista. Bruntsch, en "Urologia Internationalis", realiza un estudio de las causas de error, que considera frecuentes, y de los elementos de juicio a tener en cuenta desde el punto de vista histológico, para evitar confusiones de esta naturaleza; cita algunos casos propios en que se efectuó diagnóstico de malignidad que posteriormente no se comprobó. Rich y col. efectuaron la revisión de 57 preparados de lesiones diagnosticadas en un lapso de 45 años como neoplásicas, encontrando que sólo el 60 % correspondían realmente a este diagnóstico. Olcott cita la opinión de Ewing de que la profundización en fondos de saco del epitelio induce a error, y cita un caso en que se realizó uretrectomía sin que el examen de la pieza justificara el diagnóstico inicial.

Sintomatología: En general se manifiesta por ardor miccional postmiccional, uretrorragia o hematuria, disuria, tenesmo y particularmente en los del canal uretral retención urinaria. El dolor, menos frecuente, puede en las formas ulceradas uretro-vulvares, manifestarse en el coito. En ocasiones se agregan síntomas genitales, prurito vulvar, hidrorrea, y en un caso de Pimenta y col., priapismo del clítoris por trombosis de los cuerpos cavernosos.

Diagnóstico:

El diagnóstico debe sospecharse ante alguno de los síntomas señalados, aunque ninguno es característico, ya hemos mencionado la disparidad de opiniones con respecto a si las carúnculas uretrales son o no causa favorecedora o predisponente, ante la gravedad del carcinoma y la simplicidad de su extirpación seguida del estudio histológico sistemático, creemos que constituye una formal lógica de tratamiento preventivo o de diagnóstico precoz. La palpación de la uretra, preferentemente sobre bujía o beniqué, es otra maniobra simple que puede orientar al diagnóstico, como ocurrió en uno de nuestros casos de carcinoma del canal uretral. En otra de las pacientes el diagnóstico exacto fue ignorado por realizar cistoscopia y prescindir de la uretroscopia, que reveló la existencia de la lesión. No hemos utilizado la uretrografía, ya que difícilmente puede ser más ilustrativa que la endoscopia, pero creemos puede tener alguna utilidad en aquellos casos en que el examen uretroscópico no fuera concluyente. La biopsia, con el trócar de Marañi o con piezas sacabocados ayudados por la palpación vaginal, creemos es preferible a la resección endoscópica, que puede alterar la estructura tisular. En los cánceres del meato la biopsia quirúrgica no plantea problemas por su fácil acceso.

El diagnóstico diferencial debe establecerse, según Villani, con:

1. Hipertrofia de la columna anterior de la vagina.
2. Ectropion de la mucosa uretral.

3. Carúnculas.
4. Divertículo de uretra.
5. Quistes parauretrales.
6. Abceso de uretra.
7. Cálculo intrauretral o diverticular.
8. Uretritis específica.
9. Tuberculosis.
10. Sífilis.
11. Craurosis.
12. Pólipos y papilomas del meato.
13. Papiloma vesical pediculado y exteriorizado en uretra.
14. Ureterocele gigante.

A los que podríamos agregar los granulomas por cuerpo extraño desarrollados en pacientes operadas por cistocele.

En el trabajo del autor mencionado se analizan individualmente los elementos a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial con las causas enumeradas, y a él remitimos para su consideración.

Pronóstico: depende en parte de la naturaleza del tumor, las formas sarcomatosas, melánicas y el adenocarcinoma suelen ser más malignas que el carcinoma pavimentoso o papilar. El adenocarcinoma se originaría en las glándulas parauretrales que para Virchow y Huffman representan la próstata femenina y reproducen histológicamente algunos caracteres del carcinoma prostático.

El melanoma, sumamente maligno, crea problemas histológicos sobre si se trata de un melanosarcoma o de un melanocarcinoma, y Ewing considera difícil la diferenciación, es conocida su rápida invasión linfática y aunque poco frecuente debe tenerse en cuenta la posibilidad de su diagnóstico por su típica coloración oscura. La presencia de adenopatías es un elemento de gran valor en la consideración del pronóstico, su frecuencia varía entre 1/3 de los casos según Eisenstadt, a un 47 % para Staubitz y col. y un 50 % según Riches y Cullen. Puede haber dificultad en diferenciar si se trata de adenopatías inflamatorias o neoplásicas, en favor de estas últimas se encuentra la dureza, la fijación a los planos subadyacentes y la confluencia. El estudio histopatológico de un ganglio no siempre es terminante, ya que pueden coexistir ganglios inflamatorios con otros neoplásicos, por otra parte, las metástasis superficiales inguinales se observan en los cánceres vulvouretrales, mientras que los del canal uretral y los cervicouretrales pueden evolucionar sin presentarlas, ya que las metástasis ganglionares ocurren en los ganglios ilíacos internos y externos.

Tratamiento: fundamentalmente está condicionado a su localización y al período evolutivo, por lo que difícilmente pueden admitirse generalizaciones sobre la conducta a adoptar. Básicamente debe diferenciarse el tratamiento quirúrgico del radiante y la combinación de ambos.

En el tratamiento quirúrgico los carcinomas vulvouretrales son pasibles de uretrectomía parcial de los 2/3 distales, que creemos preferible a la uretrectomía total, ya que como ocurrió en algunas de nuestras pacientes se conserva el mecanismo esfinteriano, tanto más si se tiene la precaución de plegar los tejidos parauretrales subcervicales. En los carcinomas del canal uretral y en los cervicouretrales es necesario recurrir a la uretrectomía total, eventualmente, si la extensión hacia el triángulo lo exige, con reimplante ureteral y cistostomía definitiva, y aún con cistectomía total y derivación urinaria. En el tratamiento radiante debe considerarse la escasa respuesta de los carcinomas a células escamosas y la poca tolerancia de los tejidos vulvares a las altas

dosis de radiación. La implantación de agujas de radium, en sus dos formas posibles, endocavitaria o parauretral constituye uno de los tratamientos más aceptables, aisladamente o en combinación. Pointon y Woole Wilson preconizan esta forma de irradiación o la implantación de semillas de oro radioactivo en las lesiones pequeñas, con 5500 R en siete días. Para lesiones mayores la terapia física con megavoltaje o betatron, obteniendo sobrevividas de 5 años en el 41,6 % de las pacientes irradiadas.

Discriminando los medios de irradiación consiguen en el lapso de tres años los siguientes resultados:

Implante de semillas de oro radioactivo: 76,9 % de sobrevividas en 26 pacientes.

Implante de radium: 40 % sobre 40 pacientes tratadas.

Roentgenterapia radical: 41,7 % sobre 12 pacientes.

Irradiación intracavitaria: 33,3 % sobre 3 pacientes.

Con tratamiento quirúrgico aplicado a 20 pacientes tuvieron 4 muertes operatorias y una sobrevivida de 41 % a los 5 años: Debe tenerse en cuenta que el tratamiento quirúrgico en muchos casos fue radical y aplicado a pacientes en las que había fracasado la irradiación o que padecían lesiones demasiado avanzadas para ser irradiadas.

Cuando existen metástasis linfáticas deben tratarse por linfadenectomía amplia, los resultados obtenidos por estos autores son de los mejores registrados en la literatura, y la amplitud de sus observaciones —132 casos— merecen la consideración de quienes tengan menor experiencia; las diferencias registradas en otras series obedecen a la dificultad de apreciar los éxitos o fracasos en series poco numerosas, en la diversidad histológica y de localización tan frecuente en estos tumores, y en la evolución de la terapia física a que se ha llegado en los últimos años.

Conclusiones: el cáncer de la uretra en la mujer, aunque infrecuente, debe ser tenido en cuenta por el urólogo en las manifestaciones clínicas de la patología uretral femenina, realizando uretroscopias y biopsias en toda lesión sospechosa de localización uretral. Los tratamientos preconizados deben tener en cuenta la edad de la paciente, la localización del tumor, y el tipo histológico hallado. No existe una orientación definida sobre las ventajas del tratamiento quirúrgico o del radiante, ya que los resultados son similares cuando las indicaciones de uno y otro se cumplen correctamente.

RESUMEN

Se presenta 9 casos de carcinoma de uretra en la mujer. 6 de ellos a localización vulvo-uretral y 3 del canal uretral. El tratamiento fue variable según la localización y los resultados obtenidos comparables a los de otros autores.

BIBLIOGRAFIA

- Ahumada J. C. y col.: El Cáncer Ginecológico. El Ateneo, Edit., 1953.
 Benzádon J., Morello F.: Cáncer de la uretra femenina. Bol. Soc. Obst. y Ginec. Bs. Aires 26: 13, 1947.
 Bruntsch K. H.: Die Bedeutung atypischer Epitelverbände im Bereich der weiblichen Harnröhrenmündung für die Differentialdiagnose zum Karzinom. Urol. Internat Vol. 1: 71-79, 1955.
 Buckle A. E.: Primary malignant melanoma of the female urethra. Brit. J. Surg. 56: 548-550, 1969.
 Callomon F.: Enfermedades no venéreas de los genitales. Javier Morata, 1931. Madrid.
 Chueco. A.: Epitelioma del meato urinario. Sem. Méd. 43: 2, 1336-1339, 1936.
 Dotta J. S., Delporte T. V.: Carcinoma de la uretra femenina. Rev. Arg. Urol. 34: 724-736, 1955

- Everett H. S. and Williams T. J.: In Urology M. Campell. Vol. III. W. B. Saunders Co. (Philadelphia and London) 2º edit.
- Graf E C., Callahan D. H. and Sozer I.: Study of tumors of female urethra. J. Urol. 88: 64-70, 1962.
- Hassim A. M. and Mac Neill A. T.: Primary adenocarcinoma of the para urethral glands. Brit. J. Surg. 53: 689-691, 1966.
- Grabstald H. Hilaris B., Hensche V. and Whitmore W. F.: Cancer of female urethra. Journ. Amer. Med. Assoc. 197: 83-85, 1966.
- Houston E.: Gynecological and Obstetrical Urology. The Williams Wilkins C. Baltimore. 1947, 2º edic.
- Howe G. E., Prentiss R. J., Mullenix R. B. et Feeney M. J.: Carcinoma of urethra; Diagnosis and treatment. J. Urol. 89: 232-235, 1963.
- Lange M. at Etcheverry M.: A propos de 9 observations de tumeurs malignes primitives de l'urethre. J. Urol. Nephrol. 71: 642-645, 1965.
- Marshall F. C., Ulson A. C. and Melicow M. M.: Neoplasmas and caruncles of female urethra. Surg. Gynec. Obst. 110: 723-733, 1960.
- Nash: Urethral caruncle. J. Obst. & Gynec. Brit Commonwealth. 75: 781-783, 1968.
- Olcott C. T.: Urethral caruncle in the female. Surg. Gynec. Obst. 51: 61-64, 1930.
- Pavlosky A. J.: Reconstrucción de uretra. Semana Med. 37: 2, 494-496, 1930.
- Pimenta A. F., Cukier J. et Couvelaire R.: Les epitheliomas primitifs de l'urethre feminin (a propos de 10 cas). J. Urol. Nephrol. 70: 17-31, 1964.
- Pointon R. C. and Poole-Wilson D. S.: Primary carcinoma of the urethra. Brit. J. Urol. 40: 682-693, 1968.
- Rich R. M., Frerichs J. B. and Arneson A. N.: Cancer of the female urethra. Cáncer, N. Y. 5: 748, 1952.
- Riches E. W. and Cullen T. H.: Carcinoma of the urethra. Brit. J. Urol. 23: 209-221, 1951.
- Rubi R., Rubi R. A.: Epitelioma intradiverticular de uretra femenina. Rev. Arg. Urol. 28: 258-261, 1959.
- Staubitz W. J., Carden L. M., Oberkircher O. J., Lent M. H. and Muephy W. T.: Management of urethral carcinoma in the female. J. Urol. 73: 1045-1053, 1955.
- Schnitzer S.: Primary adenocarcinoma of the female urethra — a review and report of two cases. J. Urol. 92: 135-139, 1964.
- Steyn J., Hall M. and Logie N. J.: Adenocarcinoma of the female urethra. Brit. J. Urol. 39: 504-505, 1967.
- Teoh T. B.: Papillary adenocarcinoma of female urethra. Brit. J. Surg. 48: 151-152, 1960.
- Trabucco A., Sánchez Sañudo L., Borzone R., Bragoni P.: Adenocarcinoma de uretra femenina propagado a vejiga y vagina. Su tratamiento y evolución (un caso). Rev. Arg. Urol. 34: 510-513, 1965.
- Trabucco A., Borzone R. J.: Cistoadenoma metaplásico de la uretra femenina. Rev. Arg. Urol. 19: 61-65, 1950.
- Uhle C. A. and Kohler F. P.: Carcinoma of the female urethra: report of 2 cases of the urethro-vestibular epidermoid group. J. Urol. 95: 378-383, 1966.
- Villani U.: Sui tumori maligni primitivi dell uretra femminili. Urologua Suppl. 19: 60-78, 1966.
- Wishard W. N., Nourse J. M. and Mertz J. H. D.: Carcinoma in a diverticulum of the female urethra. J. Urol. 89: 431-432, 1963.
- Mc. Crea L. E.: Malignancy of the female urethra. Urological Survey. 2: 85-149, 1952.