

Hosp. Fernández, Inst. de Anatomía y Patología; Jefe: Doctor G. ELIZALDE

Por los Doctores

E. CASTAÑO, A. TRABUCCO  
y R. SURRA CANARD

## FIBROMA DE LA URETRA POSTERIOR

LOS fibromas puros de la uretra posterior y cuello de vejiga, son realmente tumores muy poco frecuentes; no hemos encontrado en la literatura médica ningún caso semejante al que presentamos salvo el publicado por el Dr. Trabucco que fué un hallazgo de autopsia; a pesar que todos los tumores que se extirpan mal llamados hipertrofia de próstata, son estudiados por uno de nosotros, no se ha encontrado hasta la fecha en las numerosas piezas estudiadas un caso semejante al que publicamos, por eso hemos creído de interés comunicarlo, por ser el segundo que se conoce en la literatura mundial.

### HISTORIA CLÍNICA

N. N., 64 años, español, casado.

*Antecedentes hereditarios y personales.* — Sin importancia. Niega venéreas.

*Enfermedad actual.* — Hace un año que se inicia su enfermedad con poliuria nocturna, que ha ido progresando hasta hacerse diurna y nocturna. Disuria inicial durante la noche. No hay dolor a la micción. chorro de orina sin proyección.

*Estado actual.* — Pasamos por alto el examen clínico general por no tener nada de importancia. Orina ámbar. Uretra libre y ligeramente alargada en su región posterior deja pasar un explorador N° 20, con toda facilidad. Retención de orina 50 c. c. Por el tacto rectal se toca la próstata aumentada de volumen de consistencia más bien dura, pero de superficie lisa y regular, bien limitada.

*Cistoscopia.* — Capacidad 200 c. c. Vejiga en columnas. Mucosa normal. Cuello saliente formando un pronunciado ángulo diedro en el vértice superior. En la cara inferior se ve un lóbulo mediano, doble signo de Marión. Toda la mucosa del cuello vesical es lisa sin ningún signo de inflamación. Se hace el diagnóstico de adenoma peri-ureteral.

Tensión arterial: 14-8.

Urea: 0,37.

P. S. P.: 5' 65 %.

Se practica en un primer tiempo la talla con anestesia local y la ligadura de los canales deferentes.

A los 5 días de operado hematuria abundante que nos llama la atención pues nunca la había tenido.

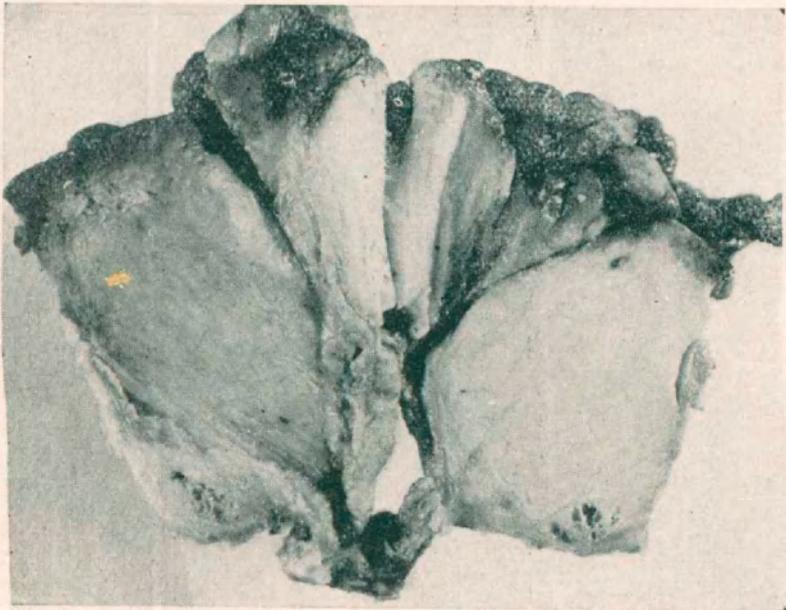


Figura 1

La pieza abierta por su cara anterior. Puede verse en la parte anteroinferior el único espacio glanduliforme que se ha podido hallar.

Se hacen las pruebas de coagulación y tiempo de sangría y son normales.

A los 10 días nueva hematuria, ésta en forma de hemorragia grave que produce una anemia pronunciada, se consigue cohibir la hemorragia, se hacen coagulantes durante 15 días hasta que mejora el estado general, con extractos hepáticos, no se repite la hematuria.

Se repiten las pruebas funcionales y como fueran buenas se resuelve el segundo tiempo, apremiados por los ardores intensos que dice sentir el enfermo en la uretra posterior.

*Segundo tiempo.* — Anestesia local y epidural. Novocaína al 1 %, 45 c. c. Se desprende la fístula hipogástrica y luego al llegar al cuello llama la atención en toda la superficie de la mucosa que rodea el tumor una serie de vegetaciones duras que nos explica la hemorragia pero que no presentaba antes de su talla;

se extrae todo el tumor con facilidad y en un solo block, en cuya fotografía puede verse esa serie de nódulos ulcerados en toda la superficie y de consistencia dura casi leñosa que nos hizo pensar en una degeneración maligna, siendo por esa causa sometida la pieza a un examen anátomopatológico por uno de nosotros, cuyos resultados veremos enseguida y cuyas microfotografías acompañamos.

El post-operatorio normal; se saca el tapón a los 4 días, a los 6 se coloca sonda permanente, a los 12 días la herida se encuentra cerrada, a los 25 días

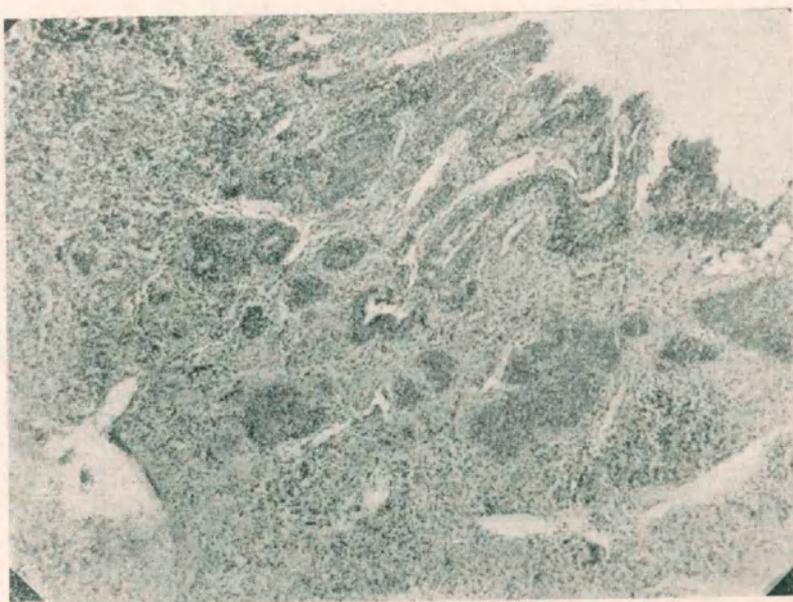


Figura 2

Se observan numerosos vasos sanguíneos abriéndose directamente al exterior que explican la hemorragia.

se retira la sonda permanente, quedando los primeros días un poco de incontinencia que va cediendo paulatinamente. Sale de alta con su orina ámbar.

El estudio del tumor revela ser, con gran sorpresa nuestra, un fibroma puro.

Llama la atención en esta historia la hemorragia sobrevenida después de la talla, la primera en forma de hematuria continua que persiste durante unos días; la segunda en forma hemorrágica que pone en peligro la vida del enfermo.

Creemos que los puntos de partida de la sangre son esas úlceraciones que aparecían sobre toda la mucosa del cuello y que aun-

que se puede atribuir su origen a la infección, hacemos constar que la talla fué practicada con orinas ambar que es raro en estos enfermos.

¿Estas hemorragias serán semejantes a las producidas en los fibromas uterinos? Creemos que sí, la presencia de vasos sanguíneos que se ven en la micro-fotografía que se abren directamente al ex-

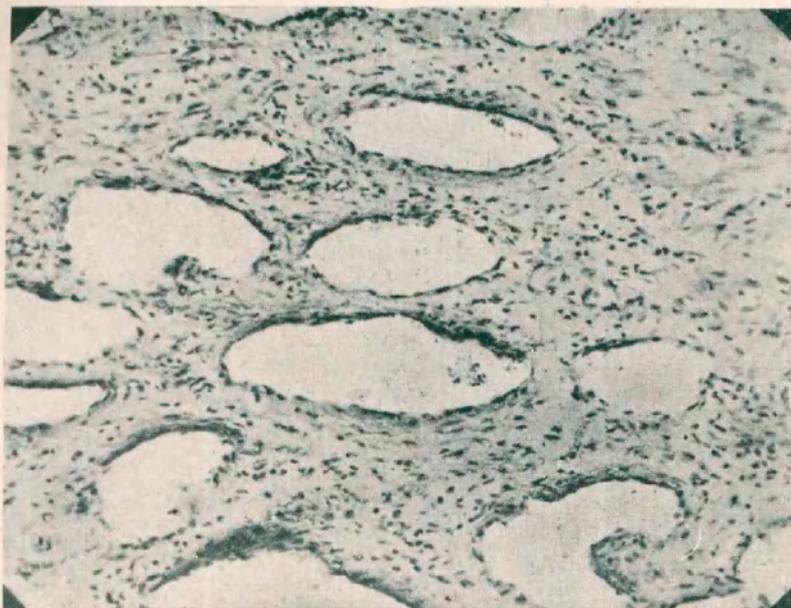


Figura 3  
Zona de fibroma telangectásico.

terior explicarían este accidente que creemos que se debe tener en cuenta para pensar en otro caso que se presentara en igual forma, que se tratara de un fibroma.

#### EXAMEN ANÁTOMO-PATOLÓGICO

La pieza extraída es de tamaño aproximado al de una nuez grande; observa una forma cilíndrica bastante regular y parece rodeada por una banda circular de 3 cm. de altura, erizada por pequeños desprendimientos tisurales característicos del tejido remanente en el órgano, después del desprendimiento de sus adherencias con otros órganos circunvecinos; esta faja circular ocupa toda la altura

de las paredes anteriores, posterior y laterales y es perfectamente regular; está además finamente estriada en sentido transversal dando la impresión microscópica de que sus haces conjuntivos estuviesen orientados transversalmente al eje del órgano.

En la parte inferior podemos ver un colgajo de unos 2 cm. de largo, formado por tejido conjuntivo y mucosa uretral. Este col-

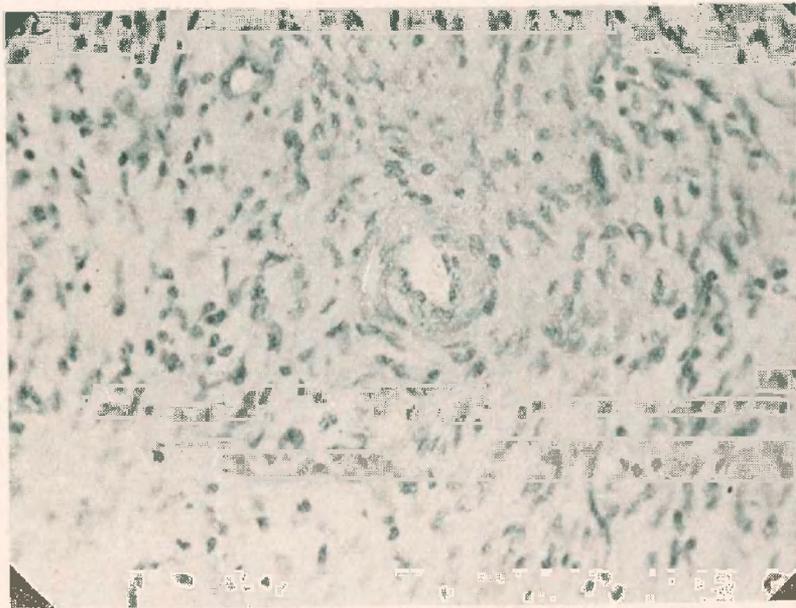


Figura 4  
Capilar rodeado por tejido fibromatoso joven.

gajo pertenece a la pared anterior de la uretra y ha quedado adherido a la tumoración después de haber sido practicado su arrancamiento.

Para facilitar la descripción macroscópica de la pieza, la dividiremos en: Cara superior, con mucho la más interesante, y caras laterales. Además de los caracteres que les imprimen las adherencias apuntadas más arriba, las caras laterales tienen un color blanco rosáceo y son de aspecto regularmente uniforme. Palpando el tejido por sus caras laterales demuestra una dureza elástica también uniforme.

La cara superior de la tumoración, en cambio, es completa-

mente irregular, sembrada de abollonaduras de distinto tamaño, algunas de bastante volumen, hasta llegar al tamaño de una habichuela; tienen la misma característica que el resto del tejido, es decir, son de una dureza elástica, resistente. El color blanco rosado que predomina en toda la pieza también está aquí presente, pero en diversas zonas este color se transforma en un rojo violáceo intenso, opaco a la luz reflejada y cubierto por pequeños coagulitos adheridos a su superficie. Vista a la luz polarizada podemos observar que la regularidad de la capa superficial que recubre esta zona no es uniforme; hay zonas, especialmente las que se relacionan con aquellas cuyo color es más violáceo, en donde pierde su tiesura y parece dejar en descubierto una excavación de muy poca profundidad formando exulceraciones más o menos grandes. En el medio de esta zona hay un surco profundo, bordeado por tres masas de tejido que es la iniciación del conducto de la uretra que atraviesa el órgano que estamos examinando.

El corte, pasando por el conducto uretral, nos permite constatar la relativa dureza de la tumoración y nos muestra la luz uretral enormemente ensanchada en sentido antero-posterior; la superficie que forman sus paredes es lisa, uniforme y de color blanco rosado, su aspecto es lardáceo y la observación atenta permite presumir que el todo está compuesto por tejido uniforme sin espacios ni soluciones de continuidad macroscópicamente visibles, excepto tan sólo en una pequeña zona situada en la parte antero-inferior, que tiene el tamaño de un grano de arroz. Esta zona deja ver una estructura francamente alveolada, radiada por tejido compacto y tiene las características que identifican a las glándulas periuretrales (ver figura 1), al parecer se halla rechazada hacia abajo y hacia adelante por la gran tumoración supero-anterior que ocupa casi todo el conjunto.

Para el estudio histológico de este proceso hemos fijado distintos trozos de la pieza en formol al 20 % y en líquido picroacético de Bounin, y coloreado los cortes con Hematoxilina de Mayer-Eosina y con el procedimiento tricromático de Masson, procedimientos suficientemente selectivos, que nos permiten apreciar a simple vista un predominio fibroso evidente. Para ser más explícitos vamos a examinar uno de los cortes que hemos efectuado: la

zona de tejido a que corresponde forma parte de la cara lateral izquierda orientada según la cavidad uretral y que tiene incluida en ella aquella pequeña área finamente alveolar, que relatamos más arriba, y que nos impresionó macroscópicamente como una glándula uretral.

Visto en pequeño aumento, sacada en forma topográfica, nos llama la atención a primera vista la densidad del tejido a examinar, sembrado por numerosos espacios claros, uno de ellos especialmente situado en el medio de la preparación, con las características, aun a pequeño aumento de un vaso sanguíneo. Sobre un borde de la preparación se encuentra adherida a la zona anteriormente descrita, otra más pequeña, bien limitada, con elementos huecos tabicados por pequeños trozos de tejido que forman el soporte conjuntivo de células epiteliales dispuestas en filas, con las características de las glándulas peri-uretrales.

A mayor aumento podemos constatar que todos estos espacios claros que a pequeño aumento se veían en la masa de tejido dominante, son pequeñas lagunas vasculares de vasos sanguíneos y capilares de neoformación y células linfocitarias. Los capilares y arteriolas especialmente, se hallan rodeados por tejido fibroso cuya estructura está sostenida por células de tejido conjuntivo de todas edades, de acuerdo a la zona examinada. La substancia intersticial, que no es muy abundante, se dispone en facículos que se entrecruzan y serpentean arremolinándose alrededor de los vasos formando masas de tejido fibroso en forma helicoidal, en bandas, etc. La riqueza en vasos y la disposición del tejido fibroso alrededor de ellos, nos permite colocarlo dentro de la clase de fibroma del tipo plexiforme, cuyas características consisten en la disposición ordenada alrededor de los vasos y el número relativo de éstos.

A mayor aumento podemos ver con toda precisión la morfología celular de esta tumoración.

La zona fibrosa está compuesta por elementos celulares de diversos tipos, predominando en algunas zonas las células conjuntivas jóvenes, de núcleo alargado, pero claras, con membrana nuclear bien marcada y con elementos cromáticos finamente alveolares; estas células se disponen paralelamente y hay un evidente predominio de los elementos nucleares con respecto a otras zonas, donde

los núcleos son más ralos, predominando las fibras conectivas. En otras zonas, zonas de tejido adulto, los núcleos celulares son más chicos, más oscuros y con un elemento cromático denso. Cualquiera que sea de las dos formas siempre conservan su orientación por haces paralelos.

Cerca del borde la tumoración, en la parte que corresponde a mucosa vesical, podemos ver una franca pérdida de sustancia epitelial, presentándose al descubierto la submucosa, sembrada de vasos de neoformación y de arteriolas, algunas de ellas abiertas directamente en el borde libre del tejido. Esta zona mucosa y submucosa se encuentra en un franco estado de inflamación crónica con una "poussèe" de subagudización. Los elementos inflamatorios tienen una base formada por células linfocitarias, por histiocitos, por células plasmáticas y numerosos capilares de neoformación. Además se pueden observar, especialmente donde la pérdida de sustancia es mayor, discreta cantidad de polinucleares y glóbulos rojos.

Los cortes histológicos hechos en otras zonas de la cara superior de esta formación tumoral nos muestran, dentro del tejido con los caracteres anteriormente enunciados, otras variedades que hacen semejar esa zona a la que poseen los fibromas telangiectásicos a vasos grandes y bien formados.

Existen, diseminadas en forma muy discreta, algunas fibras musculares del tipo liso, que interrumpen de vez en cuando el campo de la preparación, pero sin que por esto se pueda en realidad tener en cuenta para la interpretación histológica.

En la figura 4 podemos ver algunos vasos sanguíneos con glóbulos rojos en su interior, rodeados por un tejido de inflamación crónica con edema intersticial que se continúa insensiblemente con los fibroblastos y fibras conjuntivas situadas más abajo. Se puede observar también como algunos vasos de calibre mediano se abren directamente en la superficie libre del tumor, lo que han debido ocasionar y entretener seguramente, las intensas hemorragias que hemos visto relatadas en la historia clínica.

Y por último diremos, que esa pequeña zona alveolar situada en la parte anterior-inferior y de tamaño tan reducido, está histológicamente formada por tejido glandular con algunos acinios repletos de sustancia en su interior, con el epitelio achatado, situados

al lado de otros elementos, con prolongaciones céntricas, con células a protoplasma ligeramente acidófilo y núcleos basales que se encuentran en actividad secretora.

#### RESUMEN

Se trata de una observación de fibroma puro de la uretra posterior, semejante a otra observación publicada por uno de nosotros y hallazgo de autopsia.

La forma hemorrágica hace pensar que este signo habría de tenerse en cuenta al igual que en el fibroma uterino como síntoma de fibroma de la uretra posterior.

---