

## CARCINOMA DE URETRA FEMENINA

### Su tratamiento quirúrgico (\*)

Dres. Jorge Lockhart, G. Schroeder y A. Uturbey

Los tumores malignos de la uretra femenina son poco frecuentes: su tratamiento suele ser difícil, siendo muchas veces insuficiente de modo que la recidiva local se produce en un término de tiempo muy breve.

En nuestro medio es raro que se observe en sus primeras etapas, cuando la lesión estando localizada en el meato o en la porción distal permite soluciones quirúrgicas conservadoras asociadas o no a las radiaciones.

La uretra femenina tiene de 2,5 a 4 cms. de longitud y su epitelio es transicional en la porción vecina a la vejiga y poliestratificado hacia el meato. Esa zona límite de 2 epitelios distintos es la predispuesta para las transformaciones malignas. El meato se abre entre los pequeños labios de la vulva y un tabique conjuntivo separa la cara posterior de la uretra de la pared anterior de la vagina. De ahí se explica la posible evolución de los tumores uretrales hacia ambas regiones. Cuando la lesión es muy avanzada puede ser difícil distinguir cuál es el órgano donde se originó el tumor. De allí la importancia de rehacer cuidadosamente la historia clínica y señalar los hechos iniciales que conducen hacia el verdadero punto de partida de la afección. En principio toda lesión de la pared anterior de la vagina debe guiarnos hacia la uretra y en cuanto a la invasión de la vulva se debe considerar siempre más o menos tardía.

*La uretra femenina es similar a la uretra posterior del hom-*

---

(\*) Trabajo presentado a la Sociedad de Cirugía el día 9 de octubre de 1957.

*bre* y sus tumores tienen la misma malignidad e idéntica propagación: hacia el trigono a través del cuello vesical e invadiendo los linfáticos que van a las cadenas ganglionares ilíacas, externas e internas. Cuando la difusión es hacia la vulva en  $\frac{1}{4}$  de los casos se produce la metástasis en los ganglios inguinales internos. En cambio es muy rara la difusión por vía sanguínea.

### Etiología y anatomía patológica

Se ve en la mujer de 50 a 60 años y es importante señalar

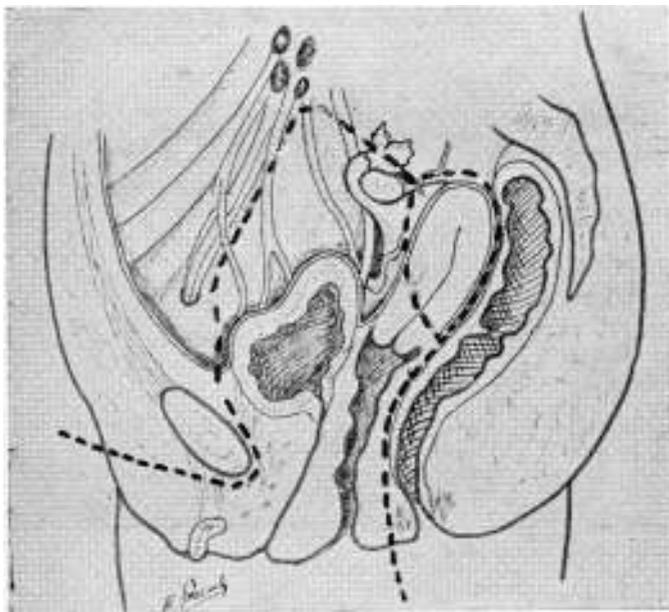


FIG. 1. — Límite de la exéresis pelvi - perineal. El cuerpo del útero y los anejos no estaban comprendidos en este caso (histerectomía sub - total previa).

el antecedente de un proceso irritativo crónico, uretritis, divertículo infectado, etc.

En el caso que mostramos, la enferma tenía 53 años y existía el antecedente de una uretrocistitis datando de 30 años. En 1925 había sido intervenida por una litiasis vesical y desde entonces persistió una intensa polaquiuria acompañada periódicamente de ardores miccionales y en los últimos tiempos de imperiosidad que determinaba una falsa incontinencia exacerbada con el esfuerzo. Dean insiste en el valor etiológico del proceso irritativo crónico que puede ser inflamatorio, infeccioso, litiásico, etc.

En el mismo sentido se señalan aspectos patológicos predis-

ponentes como los divertículos, el ectropion, el prolapso de la mucosa, las carúnculas, etc. En cambio, se considera poco frecuente que un tumor vesical invada secundariamente la uretra y del mismo modo que un epitelioma de la vagina o de la vulva comprenda en su evolución al canal uretral. El pequeño pólipo inflamatorio puede ser la lesión inicial de un carcinoma de la

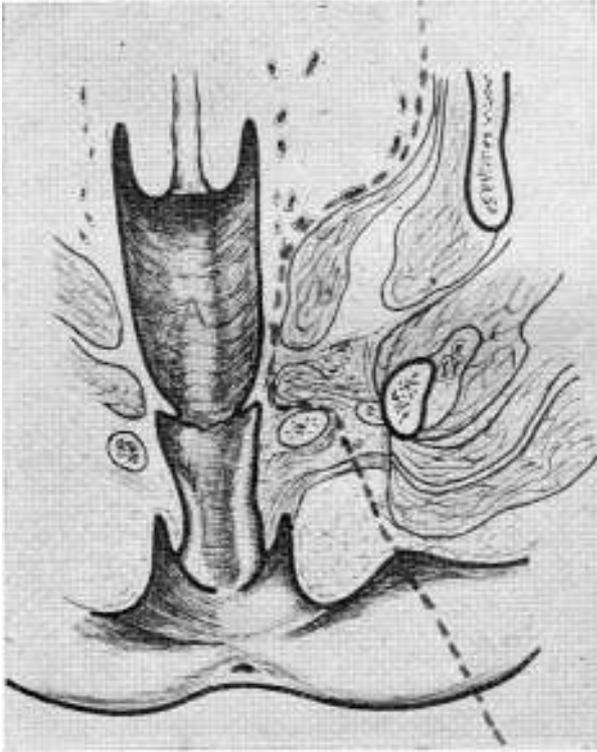


FIG. 2. — La línea punteada señala el límite de la extirpación pelvi-perineal. A) Vagina; B) Elevador.

uretra y a veces es el testigo o la expresión exteriorizada a través del meato de un tumor maligno que ya está constituido.

La clasificación más aceptada es la siguiente:

- a) carcinoma malpighiano,
- b) papiloma maligno de células transicionales,
- c) adeno-carcinoma.

Counseller describió además, los melano - epiteliomas, que serían muy raros. El carcinoma malpighiano es el más frecuente y en algunas estadísticas (Auer, Watson) llega al 90 % de los casos.

Los adenocarcinomas se originarían en glándulas para-uretrales, glándulas de Skene, etc.

Las adenopatías más frecuentes son las de la cadena hipogástrica y solamente en  $\frac{1}{4}$  de los casos aparecen invadidos los ganglios inguinales.

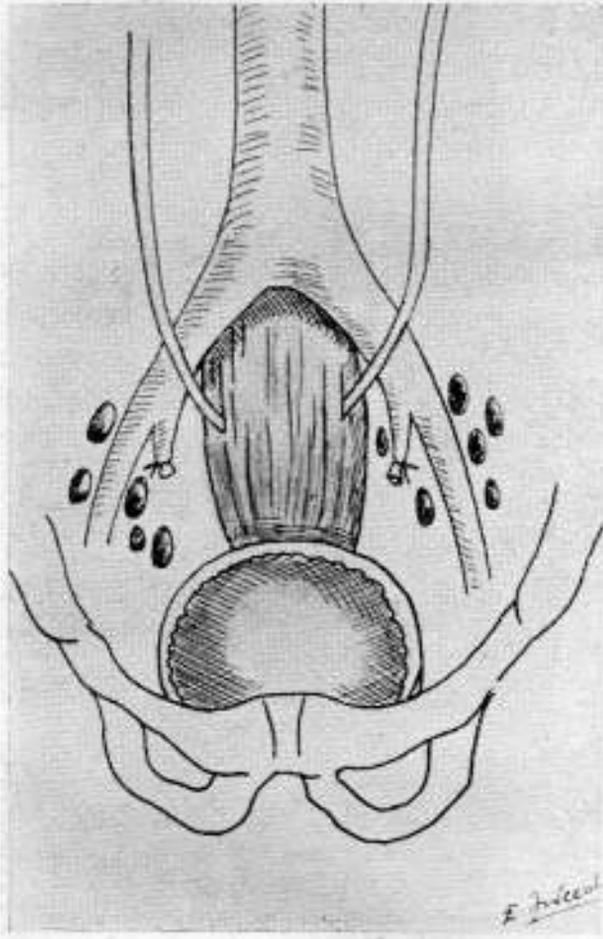


FIG. 3. — Primer tiempo del vaciamiento pelvi-perineal. Ligadura de las hipogástricas. Exploración ganglionar. Implantación uretero-intestinal.

### Síntomas. Diagnóstico

Dependen del período en que se estudie la enfermedad. En nuestro medio la consulta es generalmente tardía y llama la atención a veces la larga evolución de los síntomas. El antecedente de la enfermedad irritativa previa es importante de señalar.

*La uretrorragia* puede ser el hecho inicial pero puede haber historia de ardores o de disuria que no han sido bien interpretados. Cuando se invade el cuello o el trigono, la disuria es mayor y pueden aparecer hematurias iniciales.

*El aspecto físico y el tacto genital* son fundamentales. En el caso que mostramos existía tumefacción de los grandes y los pequeños labios e infiltración evidente del clítoris. En la vagina aparecía una lesión úlcero-vegetante que ocupaba el tercio medio-

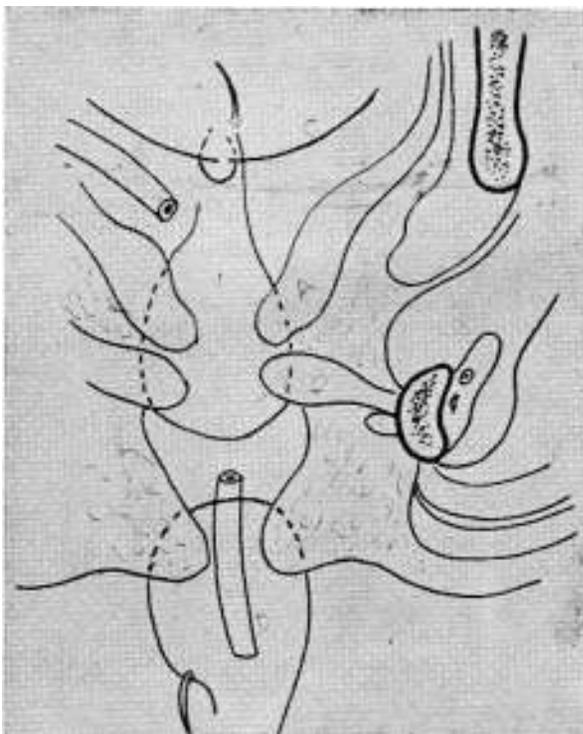


FIG. 4. — El cierre definitivo. Sutura de los elevadores y transversos (A - B). Drenaje por debajo del peritoneo (C). Drenaje perineal (D).

de su cara anterior y que hacía cuerpo con el resto del tumor. El meato estaba sustituido por una ulceración brotante e implantada en plena zona tumoral que se extendía a lo largo de toda la uretra.

Dos años antes, en 1955, la enferma consultó y fue internada en una clínica quirúrgica por afección digestiva, pero llamando además la atención por trastornos urinarios intensos, incontinencia de orina transitoria y hemorragias que provenían

al parecer de un pólipo de unos 4 cms., polilobulado que asomaba por el meato y que fue extirpado quirúrgicamente. En ese momento se comprobó infiltración de la pared anterior, donde existía un pequeño pólipo, estando indemne la vulva. La cistoscopia reveló la probable invasión tumoral del cuello y del trígono.

El estudio histológico reveló un *epitelioma superficial incipiente*.

Evolucionó bien pero a los dos meses había reaparecido un nuevo pólipo a través del meato uretral. Luego la enferma abandonó el tratamiento y durante un año y medio evolucionó con sus trastornos urinarios que llegaron a constituir por momentos una verdadera incontinencia, se constituyó la tumefacción de la vulva y las hemorragias se hicieron más frecuentes y más abundantes. En ese momento fuimos consultados, apreciando el cuadro local ya mencionado, así como una seria repercusión general producida por la anemia y el adelgazamiento. No se palpaban ganglios inguinales y persistía solamente el cuello del útero (histerectomía subtotal 7 años antes). Función renal conservada.

En resumen, un tumor uretral invadiendo vagina, vulva y probablemente el trígono que ha evolucionado en casi dos años y cuya complicación más seria está constituída por las intensas hemorragias. En este caso están resumidos los síntomas clínicos y la evolución hacia las etapas más avanzadas del carcinoma uretral.

El problema del diagnóstico no se refiere a su naturaleza sino al probable origen topográfico que puede ser difícil de distinguir en los casos muy extendidos, pero que en la historia clínica cuidadosamente recogida suele proporcionar los elementos para un juicio afirmativo.

En nuestro caso, una larga historia urinaria, las uretrorragias y la presencia de un pólipo saliendo por el meato comprobado y estudiado histológicamente mucho tiempo antes permitieron llegar a la conclusión exacta.

*El pronóstico* es muy serio y el promedio de sobrevida en las buenas estadísticas es de 16 meses, es decir, peor que el de los tumores de la uretra masculina. Seguramente se debe no sólo a la malignidad particular del proceso y a su difusión por los linfáticos hipogástricos sino también a las terapéuticas insufi-

cientes. Este es el motivo principal de nuestro estudio y sus conclusiones las trataremos en el capítulo correspondiente.

### Tratamiento

R. H. Flocks presentó al meetin anual de la A. A. of G. U. surgeons de 1955 un trabajo sobre el tratamiento de los tumores uretrales, donde resumía la experiencia sobre el tema en los Estados Unidos, citando además autores europeos con reconocida autoridad en el problema.

Cita a Fricke y Mc Millan de la Mayo Clinic, con 35 casos; Riches, de Inglaterra, con 28 casos; Ritter, 20; Kaplan 5, etc., y en resumen se plantean los siguientes tratamientos:

- 1) Cirugía radical local y de los ganglios.
- 2) Radium y cirugía local y coagulación y rayos X de los ganglios.
- 3) Radium y cirugía de los ganglios.
- 4) Cirugía local y radium de los ganglios.
- 5) Rayos X local y de los ganglios.

El radium bajo forma de agujas o semillas de radom.

Los resultados son muy malos, la recidiva se produce en poco tiempo y se entiende por cirugía local radical la que llega hasta el cuello de la vejiga y que deja en general una incontinencia definitiva por sacrificio del sistema esfinteriano.

Cuando la lesión es muy pequeña o incipiente todos los tratamientos, cirugía o radiaciones, son eficaces, pero desgraciadamente son los casos menos frecuentes.

Se recurre entonces a los paliativos y sobre todo a las derivaciones urinarias, implantaciones ureterales, cistostomía, etc., pero la afección persiste en su inexorable evolución.

*El vaciamiento pelvi-perineal (exceptuando el recto).* En el caso que analizamos y que tiene de interés la extensión de las lesiones que lo colocan en el límite de cualquier terapéutica, se planificó y se realizó una intervención radical, el vaciamiento pelvi-perineal exceptuando el recto, es decir, exéresis de vejiga uretra, tejido célula ganglionar hipogástrico, cuello de útero (la enferma tenía una histerectomía subtotal, con anexectomía bilateral), vagina y vulva.

Sus fundamentos son los siguientes:

1. El carcinoma uretral de la mujer implica casi siempre

un problema de cuello vesical que en toda terapéutica radical debe ser extirpado. Es excepcional que se pueda conservar reservorio vesical con o sin reimplantación ureteral y obviamente con una cistostomía definitiva.

2. El territorio ganglionar invadido es el hipogástrico que debe ser siempre explorado y en lo posible extirpado. En nuestro caso los ganglios eran de carácter inflamatorio.

3. La pared anterior de la vagina se encuentra parcial o totalmente invadida y aún estando sana es difícil su conservación y se corre el riesgo de la recidiva a su nivel. La extirpación en una menopáusica e inclusive la histerectomía puede resultar indispensable en una terapéutica radical cuando se desea realizar la exéresis del tejido célula-ganglionar situado en los parametrios y a lo largo de los pedículos uterinos.

4. Cuando se producen hemorragias graves el tratamiento local puede ser insuficiente y el abordaje y ligadura de las arterias hipogástricas (nuestro caso) permite su tratamiento y realizar el primer tiempo de la cura radical.

El vaciamiento pelvi-perineal, exceptuando el recto, se puede realizar en uno o dos tiempos, según lo permita el estado de la enferma.

En nuestro caso, las hemorragias muy abundantes nos obligaron a actuar en dos tiempos.

En la primera intervención quirúrgica se hizo el abordaje de ambas arterias hipogástricas, que fueron ligadas en su iniciación. El acto operatorio permitió realizar la exploración de los territorios ganglionares ilíacos externos e hipogástricos (se extirparon dos ganglios inflamatorios) y hacer la implantación de ambos uréteres en el recto sigmoide por el procedimiento de Leadbetter. Quince días después se procedió al segundo tiempo, con dos equipos quirúrgicos que actuaban simultáneamente, de modo que la operación duró solamente una hora y media. ("El equipo pelviano" realizó el vaciamiento de la pelvis anterior dejando el recto, seccionando los ligamentos pubo vesicales y extirpando la vejiga y el cuello del útero unidos al tejido célula ganglionar que los rodea. "El equipo perineal" realizó la exéresis de la vulva y de la vagina resecaando los tejidos contra la arcada pubiana de modo que al final de la intervención se había cons-

tituido una sola pieza operatoria con las vísceras extirpadas. Se cerró el piso pelviano con el elevador, se dejó un drenaje subperitoneal y por debajo se cerraron totalmente los planos superficiales, dejando otro drenaje por debajo del elevador. El estudio de la pieza operatoria realizado por el Dr. Ruben Ardao, demostró que se trataba de un *carcinoma malpighiano*.

La evolución post-operatoria se realizó sin inconvenientes, cicatrizando ambas heridas y estableciéndose un tránsito urinario compatible con una buena funcionalidad, como lo demuestra el urograma de excreción, que señala la buena concentración renal.

A los cuatro meses de la intervención la enferma se ha recuperado totalmente y a pesar de que no se palpan ganglios inguinales se procede a su tratamiento con radiaciones.

### Conclusiones

Se estudia el problema del carcinoma uretral femenino y se analizan las posibilidades terapéuticas, considerándose de utilidad en muchos casos la extirpación radical que se lleva a cabo practicándose el *vaciamiento pelvi-perineal, exceptuando el recto*.

**Dr. Stajano.** — Lamento haber llegado tarde pero, por lo que veo, se trata de un cáncer de uretra avanzado y que fue resuelto por una amplia extirpación.

Voy a decir la impresión que tengo, sin hacer comentarios de este caso, porque es un caso recientemente operado y cuyo resultado lo dirá su evolución.

El problema que concierne a este asunto, está relacionado con el origen, su evolución y con la propagación linfática de los distintos cánceres de esa región. En cáncer de vulva, por ejemplo, tengo una experiencia bastante grande. Al ocuparme particularmente de este tema llegué a hacer una clasificación regional en cuatro tipos, de acuerdo con las repercusiones linfáticas que tenían las distintas localizaciones primitivas del tumor. En un primer grupo, los cánceres de la región externa, es decir de los labios de la región vulvar, cuya difusibilidad linfática es muy simple y están a la merced del cirujano, puesto que puede hacer una extirpación íntegra de toda la región vulvar y de los ganglios correspondientes que se afectan primitivamente, es decir los ganglios de la vertiente inguino-crural y que tienen un propósito relativamente benigno. Yo los comparo a los cánceres de labio inferior que son relativamente benignos dentro de los cánceres de la región bucal.

Otra variedad es el cáncer primitivo clitorídeo que se complica, por su difusibilidad linfática y su tratamiento. Sus linfáticos primitivamente, y no secundariamente, van de primera intención, además de los ganglios

correspondientes a la variedad anterior, es decir a los ganglios inguinocrurales, a la vertiente retrocrural interna y externa. Es un cáncer que lo he comparado al cáncer de la lengua. Comparado con el del labio inferior, que no toca nada más que los submedulares y ganglios sub maxilares; éste toma los ganglios de la cadena carotídea y hasta los subclaviculares; es un cáncer todavía bien abordable quirúrgicamente pero es de una gravedad mucho mayor de acuerdo a sus sublocalizaciones.

La tercera variedad es el cáncer del meato uretral femenino. Es un cáncer terriblemente grave, aun cuando sean pequeños y la lesión no ha hecho gran desarrollo. A veces impresiona como pequeñas lesiones, pues son histológica y biológicamente muy malignas, ya que hacen una repercusión linfática terriblemente rápida, por su gran difusibilidad, que se hace no sólo por las vertientes anteriores comunes a los anteriores descritos: es decir crurales, ilíacos, sino que se proyecta hacia los linfáticos de la región pre vesical y su confluente ganglionar, y luego, hacia los ganglios de la vecindad del promontorio por la vía de la pared vaginal, la rectal, incluso los ganglios del promontorio y del recto, y de toda la zona linfática irradiante a toda la pelvis, es decir que es una difusión extensa no siempre abordable, o difícilmente abordable y, quirúrgicamente imposible poder dominar por su extensión.

Yo comparo el cáncer de la uretra al cáncer del piso de la boca, cuya gravedad es mayor que la del labio y de la lengua y, por su difusibilidad, lo hace prácticamente incurable. Son gravísimos los cánceres del piso de la boca; a poco andar, ya están fuera del resorte quirúrgico y la extirpación ganglionar y célula linfática es prácticamente irrealizable; lo mismo pasa con la retra o meato uretral; y hablo de esta gravedad porque hace muchos años que hablábamos de la gravedad inusitada de esta terrible localización, y que, la curación es una mera y feliz casualidad. Decíamos que quirúrgicamente aunque se hiciera extirpación del recto, de la vejiga, vagina, vulva y toda la parte circundante al tumor, es muy difícil dominar las vertientes ganglio linfáticas tan extensas, alcanzando a las pre aórticas. Nunca tuve entusiasmo por hacer esta amplia cirugía. La afección local se domina fácilmente, es la enfermedad ganglio linfática que hace sombría, muy sombría, aun la cirugía más ensanchada.

Ojalá que el Dr. Lockhart tenga éxito.

Ojalá que tenga suerte, para premiar su empeño.

Expresé mi pequeña experiencia. Dejo de mencionar otra variedad de cáncer que no tiene nada que ver con los epitelios superficiales de la vulva, es el cáncer cartotiniano que tiene otra biología, otro pronóstico y un tratamiento también distinto.