

Se reconoce por lo común, que el síndrome artritis representa uno de los mejores ejemplos para ser tratados con procedimientos psicósomáticos. Además, si bien la terapia fundamental antiartrítica es un problema médico, la corrección de algunas deformidades pertenece de derecho al cirujano, cuya misión es de singular importancia.

En toda ocasión debe reconocerse el valor terapéutico de la vitamina C en esta clase de enfermos. En nuestro sistema se añade ácido ascórbico o ascorbato sódico a todas las inyecciones procaínicas, a razón de 1 gm. por cada 1.000 centímetros cúbicos. Las ventajas de esta adición son múltiples: 1) se corrige la porosidad capilar que siempre es consecutiva a la carencia vitamínica C; 2) aumenta la resistencia a los efectos secundarios de la procaína, especialmente en los enfermos de mediocre estado general; 3) se corrige la carencia vitamínica C, la cual, según las investigaciones del laboratorio, es muy frecuente en conjunción con los estados artríticos.

No hemos observado ningún fenómeno de orden clínico que contraindique el empleo de la procaína por vía intravenosa en los individuos que sufren distiroidismo o diabetes. Pero, en cambio, se ha señalado que aquellos sometidos a la acción de los medicamentos de tipo digitalico no toleran la procaína. El dietilaminoetanol, uno de los componentes de la molécula excindida de la procaína, tiene relación estrecha, química y farmacológica, con los alcaloides derivados de la especie «Veratrum», conocidos por su acción similar a la del digital.

UROLOGIA

CARÚNCULA URETERAL *

Dres. JAMES K. PALMER, JOHN L. EMMETT y JOHN R. McDONALD

De la Sección de Urología, «Mayo Foundation» y las Secciones de Urología y Patología Quirúrgica, «Mayo Clinic». Rochester, Minn.

LA carúncula uretral, descrita por primera vez por SHARP en 1750, ha sido objeto de controversias respecto a su etiología, a su diagnóstico y a su tratamiento, las cuales se han tratado de resumir y resolver en el estudio que hemos practicado en 120 pacientes, cuyo resultado se comenta en las presentes líneas.

Embriología y anatomía. El segmento caudal de la cloaca separada del recto, forma el seno urogenital primitivo; en la mujer, la prolongación entre la vejiga y este seno, evoluciona para formar la uretra permanente.

La uretra en la mujer es un tubo estrecho, de naturaleza membranosa, de unos 4 cm. de longitud y de diámetro aproximado de unos 6 mm., aunque su calibre no es uniforme y puede sufrir grandes dilataciones. Está situada detrás de la sínfisis del pubis, en la intimidad de la pared anterior de la vagina, dirigida oblicuamente abajo y adelante, con trayecto ligeramente curvo de concavidad anterior.

El orificio uretral externo suele tener la forma de un V invertida, situado encima de la abertura vaginal, a 2,5 cm. del clítoris, en la parte prominente de una pequeña eminencia. Alrededor del meato se observan diminutos orificios, que son los correspondientes a las glándulas periuretrales; las de Skene desembocan en la misma uretra a poca distancia del meato.

Al abrir la uretra en su sentido longitudinal, se observan pliegues de la mucosa que parten del meato y se separan en sentido ascendente; en la parte inferior quedan reunidos por otros pliegues transversales, lo que da lugar a criptas y depresiones, dentro de las cuales se abren las glándulas uretrales de mayor tamaño.

El riego vascular de la uretra deriva de las arterias vaginal, pudenda interna y vesical inferior; el plexo venoso de Santorini está en relación con la circulación uretral de retorno, la cual, antes de entrar en el plexo, forma espacios venosos cerca del conducto uretral. Los linfáticos se dirigen a los ganglios inguinales y pélvicos. Los nervios derivan de los plexos sacropudendos y del plexo hipogástrico del simpático.

Histología. La uretra está formada de tres capas: mucosa, submucosa y muscular.

La capa mucosa, de coloración pálida, es continuación de la vagina en su parte externa y de la vejiga en la interna; a partir de este último punto su estructura es tradicional para convertirse en endotelioescamosa estratificada, en algunas zonas columnares.

La capa submucosa, muy vascularizada, está formada de tejido conectivo laxo, con abundantes plexos venosos de tipo cavernoso (semejantes al cuerpo esponjoso). En esta capa se encuentran las glándulas, cada una de las cuales comunica con la uretra por medio de un simple conducto, muchas veces reducida la luz del mismo a masas celulares columnizadas.

La capa muscular, parte de la cual es continuación de la capa muscular media de la vejiga, se extiende por la totalidad de la uretra en forma de una capa interna longitudinal no estriada y de una capa externa circular de la misma estructura. El esfínter involuntario de la uretra está formado de fibras adicionales que, en parte, rodean al orificio posterior; entre las capas del ligamento triangular (diafragma urogenital) el conducto está rodeado de una capa de fibras musculares voluntarias, de tipo estriado, las cuales forman el compresor de la uretra o esfínter urogenital.

Etiología. Desde la descripción original se han multiplicado las hipótesis sobre la carúncula uretral. GREGOIRE emitió una explicación embriológica. RÉPITONT-PRÉNEUF teorizó sobre motivos congestivos. SIMPSON supuso que esta entidad clínica podía compararse a unos hemorroides internos. FERRIER ha sostenido que se debía a la ruptura de quistes de los conductos de Skene. GUTIÉRREZ insistió en que el factor etiológico era la infección, la erosión o el traumatismo. Otros autores han sido más precisos al señalar como agentes provocadores, a la falta de higiene y a la infección blenorragica.

Sintomatología. El síntoma más común es el dolor intenso, desproporcionado con el aspecto de las lesiones, descrito como punzante, terebrante o quemante; localizado en el origen y propagado al hipogastrio, al periné, a los lomos, al recto y al miembro inferior. Se exacerba con la micción, los contactos, la ambulación y hasta la aplicación de apósitos. Este dolor puede ser tan intolerable, que del mismo deriven la pérdida de peso, el insomnio, la neurastenia y otros trastornos generales y mentales. Por contraste, algunas carúnculas son indoloras.

Otra manifestación corriente de esta afección es la hemorragia, generalmente aparecida al comienzo y al final de la micción o provocada por contactos;

aunque suele ser escasa y reducirse a algunas gotas, a veces llega a la profusión, lo que puede llevar a la confusión con irregularidades menstruales. El primer hallazgo puede ser un tumor reducido, pero lo suficientemente alarmante para decidir la consulta al médico. Otros síntomas pueden ser la polaquiguria, la nicturia y el prurito.

Cuadro clínico y clasificación. Estas lesiones ocurren sólo en el sexo femenino, en la edad adulta y, sobre todo, en las multíparas.

La apariencia de la lesión ha sido descrita como una prominencia de color rojo vivo (como una minúscula cresta de gallo o como una excrescencia polipoidea). El tamaño puede variar entre el de una cabeza de alfiler y el de una nuez, aunque el más corriente se compara al de un guisante; casi siempre es simple, pero puede ser múltiple.

GUTIÉRREZ dividió las carúnculas uretrales en tres tipos topográficos: 1) las externas con respecto al meato; 2) las internas; 3) las mixtas, con parte por fuera y parte por dentro del meato. STEVENS las ha clasificado, según su aspecto, en sesiles y pediculadas. NOVAK ha sostenido que se encuentran tres tipos fundamentales, de acuerdo con la estructura histológica: la variedad papilomatosa y la variedad angiomatosa o telangiectásica.

Diagnóstico diferencial. Se encuentran bastantes lesiones de la uretra, que deberán distinguirse de la carúncula.

1. El pólipo uretral suele ser múltiple y, por lo común, está situado a nivel superior dentro de la luz de la uretra. Su naturaleza es quística, por lo que está repleto de líquido acuoso.

2. El papiloma uretral es una formación de carácter siempre benigno, de naturaleza pluriglandular, implantado en cualquier porción de la uretra.

3. El prolapso uretral, o sea el prolapso de la mucosa de la uretra, es una afección muy común que a veces se la confunde con la arúnula. Su carácter distintivo es el de que comprende toda la circunferencia del meato. El tejido es de color menos vivo, de consistencia más blanda y parece protrudir del interior de la luz uretral. El dolor es menos intenso y raras veces provoca hemorragias.

4. Las varicosidades uretrales son de coloración azulada, de consistencia elástica y de reducción fácil a la compresión.

5. Los abscesos periuretrales, así como los abscesos de las glándulas de Skene, pueden prestar a confusión con la carúncula, tanto por su aspecto, y sintomatología, como por su situación. La lesión, sin embargo, es de carácter infeccioso, con derrame purulento y calor local. El edema es patente y no tiene el aspecto frambuesoide de la carúncula.

6. El carcinoma uretral puede ser casi imposible de distinguir de la carúncula en los momentos del comienzo de su evolución. Esto quiere decir que el diagnóstico seguro depende del examen microscópico. Desde el punto de vista estadístico es más probable la carúncula, puesto que el carcinoma uretral es una entidad rara. Debe sostenerse que la carúncula no es lesión precancerosa.

7. El condiloma uretral también puede confundirse con la carúncula. Su consistencia es más dura, suele ser múltiple, no causa dolor y tiene apariencia fungosa.

Los divertículos uretrales y los uretroceles pueden identificarse y distinguirse por medio de la uretroscopia.

Tratamiento. Es importante considerar que algunas carúnculas responden a cualquier tratamiento, tanto si es radical como conservador. Por lo tanto, para la apreciación verdadera de los resultados deben ser tratados y seguidos numerosos pacientes. Los diferentes métodos propuestos en el curso del tiempo han sido los siguientes:

I. Tratamiento conservador

- a) Aplicación tópica de cáusticos tales como el nitrato de plata o el ácido fénico, seguidos de emplastos calmantes.
- b) Rádium o radioterapia.

II. Tratamiento radical

- a) Fulguración simple.
- b) Excisión simple.
- c) Excisión con cuchillo electroquirúrgico, asa eléctrica o destrucción con aguja eléctrica.
- d) Uretroplastia.

III. Métodos combinados

- a) Excisión simple y cauterio.
- b) Excisión y rádium o radioterapia.

Tratamiento conservador. a) La aplicación tópica de cáusticos, aunque proporciona alivio sintomático, es de naturaleza paliativa.

b) Irradiación. MEAKER ha sostenido que la rádium o a la radioterapia deben atribuirse muchos casos favorables, pero en esta clase de terapia se evitan con mucho cuidado las quemaduras mediante el empleo de protectores de plata, de cobre o de hule. La dosis que emplea este autor es la de 25 a 30 miligramos aplicados durante 2 a 6 horas según el tamaño del tumor. Muchos autores, después de haber comprobado curaciones persistentes durante más de 15 años, sostienen que éste es el tratamiento específico.

Tratamiento radical. b) Muchos autores están de acuerdo en que la fulguración simple, esto es, la destrucción de la carúncula por medio de la corriente eléctrica, no tiene apenas ventaja sobre la aplicación local de cáusticos, puesto que la destrucción es sólo superficial y, como consecuencia, provoca la recurrencia. Sin embargo, LEVANT recomendó el tipo monopolar de corriente en los casos de carúncula telangiectásica; la ventaja principal de este proceder, según dicho autor, deriva del poco tiempo empleado y de que se evita la hemorragia, la infección, la cicatriz y los síntomas postoperatorios, además de que no se necesita hospitalización.

BALLINGER y ELDER han empleado la alta frecuencia de d'Arsonval hasta que toda la porción enrojecida quedaba blanqueada.

b) La excisión simple con tijeras o escalpelo ha determinado gran frecuencia de recidivas y, por lo mismo, ha sido abandonada.

c) GUTIÉRREZ aconsejó extirpar las carúnculas por medio de la resección electroquirúrgica, por medio de cortes y coagulaciones sistemáticas. Su procedimiento consiste en lo siguiente: Se inyecta clorhidrato de procaína en cuatro puntos alrededor de la lesión; se excinde el tumor con el cuchillete eléctrico; la coagulación de la herida se lleva a cabo con la aguja eléctrica para prevenir la hemostasia.

WALTHER ha empleado un procedimiento similar que se describe del modo siguiente: dilatación de la uretra con un cono de Kelly o meatomía; se dispone una sutura de tracción en la base del tumor; se aplica el cauterio firmemente en la base de la lesión; la hemorragia se domina por medio de la corriente eléctrica.

d) La uretroplastia es el método aceptado por gran cantidad de cirujanos. Según el método de Deming, se procede a la anestesia general; se practica la incisión a través de la mucosa alrededor del meato externo; la mucosa se separa entonces de la capa muscular a distancia suficiente más allá del tumor; se incinde el canal a lo largo de la parte dorsal; la sutura se aplica en dicha

región dorsal y se excinde la mucosa disecada; el resto de la mucosa se sutura a la mucosa vaginal. Se deja una sonda uretral. En este procedimiento, según los autores, es preciso que las raíces de la lesión sean destruidas para evitar la recurrencia.

Métodos combinados. a) KICKHAM emplea una incisión semicircular alrededor de la carúncula, lo suficientemente ancha para incluirla completamente, y profunda para comprender todo el espesor de la mucosa. La carúncula se excinde y la base cruenta se coagula con cauterio fino. No hay necesidad de suturas.

El procedimiento de Crenshaw sigue los pasos siguientes:

1. La paciente se coloca en la posición de la litotomía. Se aplica localmente, con una torunda de algodón, una solución al 10 por 100 de cocaína, además de un lubricante.

2. Se sujeta la lesión con un pinza de Graefe; debe tenerse el cuidado de incluir toda la carúncula sin ninguna porción de la mucosa.

3. La parte tumoral se corta en la superficie con la pinza; la forcipresión del pedículo evita la hemorragia. La muestra se lleva al laboratorio para asegurar el diagnóstico.

4. La superficie cruenta se trata con solución de nitrato de mercurio, con el cuidado de no cauterizar las partes vecinas.

ESTUDIO CLÍNICO E HISTOPATOLÓGICO DE 120 CASOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA MAYO. — En estos 120 casos se procedió al estudiomicroscópico cuidadoso. El epitelio de recubrimiento se encontró del tipo escamoso en la mayoría, con algunos casos de tipo transicional. La ulceración resultó más frecuente en los casos crónicos y en los tratados con cáusticos. Se halló en abundancia la circunstancia de reacción vascular, variable entre la simple dilatación con extravasación hasta la verdadera trombosis, lo que explica el color rojo vivo que da característica a la lesión, la uniformidad de la estructura celular y la falta de actividad nuclear se pusieron de manifiesto, lo cual no deja duda acerca de la benignidad de esta neoformación.

De los 120 casos estudiados, 17 fueron asintomáticos, con igual cuadro microscópico que los 103 restantes; es decir, las pacientes con síndrome más aparatoso no presentaron necesariamente un análisis histológico que acusara mayores trastornos.

La apariencia pedunculada de algunas carúnculas se explicó como consecuencia del prolapso regional, precipitado por las criptas de la mucosa. Este aspecto quedó más manifiesto después de ciertos irritantes, puesto que influyó en el proceso la congestión vascular sobreañadida.

De acuerdo con el material estudiado, se ha deducido que las carúnculas uretrales se deben a varios factores. Entre ellos se cuenta la estructura anatómica de la uretra femenina, la cual se dispone de forma que es fácil el prolapso circunscrito; la situación del meato, expuesto al traumatismo y a la irritación, y la estructura histológica, propicia a la inflamación y a la congestión, así como a la sensibilidad más marcada.

En nuestras series, el mayor número de lesiones se encontraron entre los 40 y los 80 años; sin embargo, la enferma más joven contaba 6 años y la de más edad 88. La edad de la paciente no tenía relación alguna con la severidad de los síntomas.

Respecto al tratamiento no ha podido definirse cuál haya sido el mejor, puesto que ninguno de ellos es aplicable a todos los casos. La recidiva de las lesiones presenta elevada proporción con todos los métodos, si las enfermas se siguen durante tiempo suficiente. Nosotros la hemos comprobado en dos tercios de las pacientes tratadas, que respondieron a nuestra correspondencia en demanda de datos.

El principal objeto del tratamiento es asegurar el alivio sintomático, el cual debe proporcionarse con el método más indicado, según la naturaleza de la lesión. Es importante que, cualquiera sea el procedimiento, se evite la estenosis uretral, la cual debe combatirse con dilataciones sucesivas. Será mejor el sistema que permita volverlo a emprender, una y otra vez, si la lesión recurre, sin peligro de complicaciones.

La principal objeción que se opone a la uretroplastia es que si no se practica por un cirujano competente, la uretra podrá quedar tan acortada en la intervención inicial o en las sucesivas, que se deberá lamentar luego la incontinencia urinaria. Esta complicación se encuentra en el tipo circular de prolapso.

En conjunto, nos inclinamos a los procedimientos radicales, aunque no creemos que deba darse ninguna importancia a la excisión de las llamadas ramificaciones o raíces de la carúncula.



PROTAMINAL

Alimentación desintoxicante y plástica

700'28 CALORIAS GRANDES POR 100 C. C.

INFECCIONES, INSUFICIENCIAS HEPÁTICAS Y RENALES, DESNUTRIDOS EMBARAZO, CONVALESCIENTES Y POST OPERADOS

LABORATORIO ELES, S. A.

BARCELONA
(España)



ELIXIR CALLOL

GLICEROFOSFATOS KOLA - PEPSINA

Poderoso tónico-reconstituyente - Eficaz eupéptico y digestivo

**CONVALESCENCIAS-FATIGA INTELLECTUAL - AGOTAMIENTO FISICO
ANOREXIAS Y DISPEPSIAS**

PARA MUESTRAS:

Apartado 520 LABORATORIO CALLOL BARCELONA