

URETRORRAGIA

Es una hemorragia uretral caracterizada clínicamente por un escurrimiento de sangre por la uretra independiente de la micción.

La hemorragia se hace por gotas o por chorro abundante y continuo. Cuando se forma un coágulo es eliminado por esfuerzos de la micción.

Se diferencia la uretrorragia de la hematuria en que la salida de sangre es independiente de la micción. Cuando es abundante tiñe la orina del principio pero después es clara.

Son causas de uretrorragia: rupturas de la uretra, durante el coito o por caídas a horcajadas; sondajes, falsas vías, dilatación de la uretra, uretrotomía interna, prostatectomía, neoplasmas, pólipos, angiomas, blenorragia sobreaguda.

El diagnóstico no es difícil cuando un traumatismo, coito u operación se encuentran de por medio. La abundancia no indica sitio sino extensión y profundidad del accidente. En niños una fuerte uretrorragia proviene generalmente de un angioma de la uretra. En el adulto se debe casi siempre a la blenorragia que se inicia por ese síntoma alarmante, se confirma después por las otras manifestaciones y por el examen microscópico.

Si ninguna de las causas mencionadas apareciera deberá pensarse en epiteloma o pólipos uretrales. La uretroscopia muestra el angioma en forma de manchas violáceas o como un

rodete prominente y azulado. El epiteloma se ve como una masa irregular, roja, que sangra, muy fácilmente.

Escurrimientos uretrales

Además de flujos sanguíneos se observan en la uretra escurrimientos mucosos, muco-purulentos y purulentos cuyos caracteres y abundancia dependen de la causa que los produce. Es un líquido blanco lechoso o ligeramente amarillento espeso que se escurre al fin de la micción o en el momento de la defecación: es la prostatorrea o bien es muco-purulento o francamente purulento.

La prostatorrea se distingue de los demás flujos por el color, aspecto y momento de aparición: fin de micción, defecación, masaje de la próstata. La diferencia entre el líquido prostático normal y el patológico se hace en el laboratorio: el primero es ácido, existen granos de lecitina en gran abundancia, hay células redondas, corpúsculos amiloides y a veces espermatozoides. El patológico contiene pocos granos de lecitina rodeados de leucocitos numerosos que coexistiendo con gonococos, estafilococos, etc., la reacción es alcalina. Los pacientes confunden a menudo la prostatorrea con el escurrimiento prostético normal, con secreción de la glándula de Cooper y con la espermatorrea. En los neurópatas puede presentarse un abundante flujo de líquido prostático normal, secretado anormalmen-

te abundante. La secreción de la glándula de Cooper es mucosa, clara y viscosa. En la espermatorrea se encuentra siempre espermatozoides.

El flujo prostático anormal deberá despertar la idea de prostatitis crónica en unos, el adenoma en otros; se diferencian por medio del tacto rectal.

Los flujos muco-purulentos y purulentos indican inflamación de la uretra o de la próstata; de abundancia que varía desde la gota matinal hasta 50 o 100 gramos por día; no se descuidará jamás el examen microscópico y si necesario el cultivo. En la mujer se hace la expresión de la uretra por la vagina y en el hombre por el periné o el recto.

El flujo purulento es característico de la uretritis blenorragica: dolor a la micción vivo en la uretra y el examen microscópico mostrando los gonococos hacen el diagnóstico. Se observa también en los abscesos prostaticos y peri-uretrales y un tacto rectal o perineal muestra la procedencia.

El escurrimiento escaso proviene de uretritis crónica, de epididimitis tuberculosa presentándose a veces dificultades de diagnóstico, pues puede tratarse de la primera, de la segunda o de ambas a la vez. El examen microscópico, los cultivos, la evolución, la exploración del epidídimo y las antecedentes podrán resolver el problema. Algunas veces el flujo sólo es mucoso y aparece por la mañana, sólo existen gérmenes vanales y ningún leucocito; lo produce congestión crónica por tratamientos intempestivos.

Estrecheces de la uretra La estrechez de la uretra es una disminución permanente del calibre producida por una malformación congénita o por transformación esclerosa de las paredes del canal. Esta definición excluye las obstrucciones por cálculo, por compresiones y por neoplasmas.

El diagnóstico esencial se hace por la historia y la exploración; durante algún tiempo la estrechez está en estado latente no engendrando alteraciones sino poco acentuadas; pero a medida que el calibre se va estrechando y la vejiga perdiendo su tonicidad se vuelven más molestos y claros.

Al principio se nota una ligera dificultad para orinar y una disminución del calibre y deformación del chorro de orina; después es una disuria con polaquiuria más o menos intensa; en otros existe una eyaculación lenta, acompañada de dolores producida sin fuerza, o bien no sale al meato sino que se va a la vejiga por no haber podido franquear la estrechez. Algunos presentan incontinencia de orina que puede ser total debida a la atonía completa de los esfínteres que se han dejado forzar por un residuo vesical enorme.

En su evolución la estrechez puede complicarse; la retención que se diferencia de la producida por adenoma de la próstata en que termina al fin, si no se interviene, por una incontinencia en tanto que -en la segunda jamás. Se observan además uretritis crónica, prostatitis, cistitis, pielonefritis y sobre todo

peri-uretritis. Fenómenos de infección urinaria pueden también aparecer.

En presencia de cualquier urinario se procederá a la exploración de la uretra con un explorador de bola número 22 o 20; en caso de ser normal la uretra pasa hasta el esfínter que da un salto sin dificultad alguna. A veces el explorador se detiene al nivel de la uretra bulbar y entonces cabe preguntarse si es por estrechez o por espasmos. Si es por estrechez se reconoce por la palpación del periné, inmediatamente detrás de las bolsas se toca la bola. Al contrario si es espasmo o deformación de la uretra por adenoma peri-uretral la bola no se palpa en el periné. Otro medio: el beniqué, fuerza el espasmo a ceder y penetrar hasta la vejiga; al contrario en la estrechez. Cuando se sabe que es una estrechez se irá disminuyendo el calibre de las bolas hasta lograr pasar una que indicará el tamaño de la estrechez.

Las estrecheces son generalmente de origen blenorragico, aparecen a consecuencia de una uretritis crónica, 3 a 5 años des-

pués de la infección uretral gonocócica, de preferencia en la uretra anterior, en especial en el fondo de saco del bulbo, en la fosa navicular y en el ángulo peno-escrotal y son múltiples.

Las estrecheces inflamatoria! no blenorragicas con dificultad se distinguen de las anteriores pero su existencia es innegable. Cuando se ha sondeado por largo tiempo un prostático y se trata de una estrechez de la uretra posterior no cabe más que imputarla a la infección causada por los sondajes.

Las estrecheces tuberculosas se acompañan de otras lesiones, bacilares y son poco frecuentes; se extienden en una larga porción de la uretra, localizada en la uretra anterior.

Más raras aun son las estrecheces sifilíticas, secuelas casi siempre de un chancro duro intrauretral o bien de un sífiloma; los antecedentes y un tratamiento de prueba confirman, el diagnóstico.

Las estrecheces traumáticas, son después de las blenorragicas. las más frecuentes; tienen el carácter de ser precoces, únicas y

situadas de preferencia en la región perineo-bulbar.

Las estrecheces congenitales son más frecuentes de lo que generalmente se cree. Son únicas o múltiples; constituidas por una brida, por un verdadero diafragma o por una válvula o por tejido fibroso.

El diagnóstico etiologico es difícil, salvo en el niño; en el adulto se hace por el uretroscopio.

Eminencias al nivel del meato uretral femenino

El prolapso de la mucosa uretral, el más frecuente de las eminencias tiene el aspecto en los casos poco acentuados de un pequeño rodete rojo que limita adentro la porción cutánea del meato; al introducir una sonda se observa que el agujero queda justamente en medio. Cuando el prolapso es mayor parece un pólipo con inserción a todo el borde del meato pero una sonda puede rodear perfectamente la prominencia y dejar ver su continuidad con el meato amén del agujero que siempre está en el medio.

Los pólipos de la uretra promedian casi siempre en el meato; son del tamaño de una alberja, pequeñas masas rojas, netamente pediculadas o sésiles, únicos o múltiples; la uretra es exéntrica con relación al pólipo; la exploración al estilete muestra la inserción en un punto sobre la uretra.

El epiteloma del meato aparece como una eminencia roja, irregular, ligeramente vegetante y de consistencia dura; solo puede confundirse con un póli-

po del que se diferencia por la dureza, difusión en los tejidos vecinos y por el aspecto. El sarcoma sólo se identifica por el examen histológico cuando está ulcerado.

El chancro sifilítico del meato de aspecto vegetante y duro podría confundirse con un prolapso uretral infectado y ulcerado pero los caracteres de la ulceración y la existencia del surco circunferencial lo diferencian. El tratamiento específico local y general confirman el diagnóstico.

La dilatación qutstica del uréter rara vez franquea la uretra. La exploración al estilete y la cistoscopia solos pueden solucionar la cuestión.

Tumefacciones perineales en el hombre

La infiltración de orina se reconoce por la elevación térmica y por el gran ataque al estado general semejante al de las septicemias graves. Localmente el flegmón diluso se caracteriza por Jai tumefacción difusa del periné que se extienda rápidamente a las bolsas, el pene, ingles y regaón supra-pubica y hacia atrás hasta el ano; la coloración es roja al principio pero como a los cinco días aparecen placas negras de esfacelo diseminadas; entonces el diagnóstico es inconfundible. La gangrena del pene y de las bolsas nada tiene que ver con la uretra y el periné no presenta ninguna modificación.

El absceso urinoso se acompaña de elevación térmica pero el estado general es bueno; lo-

cálmente despierta un dolor perineal; una tumefacción visible perceptible a la palpación, sin rubicundez ni edema; es mediana, alargada en el eje de la uretra y a conexiones profundas, inmóvil, dura, renitente o fluctuante. Podría confundirse con una cooperitis, un forúnculo del periné, un absceso linfangítico de origen anal o con un absceso de la próstata que evolucionó hacia el periné; pero la situación mediana excluye la cooperitis; el forúnculo y el absceso por la falta de conexión con la uretra y el absceso de la próstata por el tacto rectal.

El tumor urinoso no presenta elevación térmica ni ataque al estado general; es una prominencia perineal del tamaño de una nuez, mediana, dura, bien limitada, sin rubicundez ni edema, conectada íntimamente a la uretra, fija en el sentido anteroposterior y movable en el lateral.

El epiteloma de la uretra tiene su origen en la porción perineo-escrotal evoluciona hacia el periné; es una tumefacción que forma cuerpo con la uretra; se parece al tumor urinoso, pero no es limitado sino difuso en el

tejido perineal; es una masa que aumenta la totalidad del cuerpo esponjoso. A un período avanzado se complica de absceso y fistula, pero entonces se diferencia su dureza, irregularidad y difusión; todo el periné está invadido y hay numerosos ganglios inguinales tomados.

Las infecciones de la glándula de Cooper son agudas o crónicas. La de origen blenorragica es la única que presenta tumefacción perineal cuando es aguda; se ve un poco atrás del escroto, es lateral y alargada de adelante atrás; la consistencia al principio es firme y de coloración normal, pero si la evolución se hace hacia la supuración entonces se vuelve fluctuante, rubicunda y aumenta de volumen; es siempre lateral. La Cooperitis tuberculosa es muy rara; no existe infección blenorragica y hay antecedentes bacilares. ¿Se percibe por la palpación digital, un dedo en e, recto y otro en el periné, lateralmente y un poco atrás del escroto, una pequeña masa del tamaño de una nuez o de una aceituna.

O. M.

r