

es como yo la he practicado en mis casos, o bien desde el abdomen.

En el primer caso, se practica una incisión longitudinal y media de la pared vaginal anterior separando ésta y apareciendo en el fondo la vejiga, la cual se separa obtusamente del cuello uterino y se la mantiene elevada, siguiendo la abertura del pliegue vésico uterino peritoneal y atrayendo a través de esta abertura el fondo del útero; inmediatamente se agarra con una pinza el ligamento redondo y se le estira hasta formar un asa que juntamente con la del lado opuesto, se suturan por debajo de la vejiga y a la distancia de unos 3 o 4 centímetros de la abertura uretral externa, de modo que circundan el fondo vesical ambas asas del ligamento redondo fijadas por sutura al sitio indicado de la vejiga; se sutura la incisión peritoneal y la vaginal y con ello la operación queda terminada; su resultado parece muy digno de ser considerado como favorable. Existen casos en que debido a una fijación patológica del útero no es técnicamente fácil la operación de atraer los ligamentos redondos por vía vaginal; en estas circunstancias puede intentarse un proceder combinado abdómino-vaginal, empezando por la movilización del útero y aislar las asas de ligamento redondo las que serán atraídas después desde la vagina al sitio correspondiente del fondo vesical previo descubrimiento del mismo por la incisión vaginal.

Sin embargo, yo conseguí simplificar esta operación de modo que después de la abertura del abdomen incidí el pliegue peritoneal vésico uterino, separé al máximo el cuello uterino de la vejiga, y sosteniendo hacia adelante esta vejiga separada del útero y vagina, seccioné los ligamentos redondos cerca del anillo inguinal interno formando así dos cordones movibles y adosándolos al fondo vesical uno a cada lado y unidos por sus extremos de modo que al fin aparecía la vejiga como acabalgando sobre el asa constituida por los ligamentos redondos suturados a la vejiga y unidos ambos extremos de sección en la línea media. Sutura de la herida peritoneal vesico uterina y de la herida abdominal constituye el término de la operación. Me he convencido de que este proceder excede en sencillez a todos los demás y que sus resultados no son inferiores a los otros.

Este modo de formación de un esfínter vesical por los ligamentos redondos ha demostrado que también se puede influir favorablemente sobre un cistocele que exista simultáneamente por que el anillo ligamentoso tira en el sentido del septum pubo vesical y respectivamente del trigono—atravando hacia arriba el cuello de la vejiga y hacia adelante, y con ello contribuye a eliminar la torsión en forma de arco de la uretra y del cuello vesical—del cono uretral—causa principal de la formación del cistocele. Para eliminación completa de un cistocele se habrá de descubrir aun naturalmente el resto de fascia vesical hasta la portio, se dividirá longitudinalmente y se hará un plegamiento transversal.

Aun se ha de referir, que también en casos de fistulas en el territorio del cuello vesical y respectivamente del músculo oclisor que permanece a menudo insuficiente a pesar de la oclusión de la fistula, permite obtener la curación este proceder plástico.

## CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA KRAUROSIS, LEUCOPLASIA, ERITROPLASIA, QUERATOMA Y VERRUGA PENIANA

(PROCESOS PRE-CANCEROSOS DEL PENE)

por el Prof. Dr. JAIME PEYRÍ  
Catedrático de Dermatología, de Barcelona

En los genitales externos del hombre y de la mujer, los procesos que preceden y condicionan el epiteloma tienen sobre todo en las regiones de contacto cutáneo-mucosas, una fisonomía bien diferente morfológica y evolutiva que les distingue de los de las otras regiones cutáneo-mucosas. Pueden sintetizarse clínicamente estos procesos en cinco, de los cuales dos, las kraurosis y las eritroplasias, son poco conocidos y su estudio puede contribuir grandemente a la divulgación de los procesos que, iniciándose con diferentes morfológicas, terminan en epiteloma. Son estos cinco procesos:

- a) Una atrofodermia primitiva semejante a la *kraurosis vulvae*, que se puede llamar kraurosis alba.
- b) La conocida leucoplasia pura o atrofodérmica
- c) Una eritrosis con infiltrado, esto es una eritroplasia (QUEYRAT).
- d) Las queratosis seniles o sean los queratomas en sus tres grados, y
- e) La verruga senil.

La correspondencia de estos procesos en la mujer y el conocimiento más completo de alguno de ellos, nos servirá para estudiarlos en el pene.

### A) ATROFODERMIA PRIMITIVA O KRAUROSIS PENEAL

Entendemos con el término de kraurosis una atrofodermia progresiva que acaba con retracción orificial, aplicándose hasta ahora principalmente a la vulva (BREISKY), si bien ha sido aplicado ya al hombre con el nombre de kraurosis penis (BOAK, PELLIER). Es preciso separar esta atrofodermia de la que presenta la leucoplasia, (TIBIERGE, JAYLE), haciendo de ella una



Fig. 1. - Kraurosis

variedad de kraurosis pura, no leucoplásica y haciendo constar por otra parte que ambos procesos pueden superponerse. Creemos que también es necesario separar de la atrofia prepuccial peniana todas las variedades de

leucoplasia con o sin atrofia, cuyas leucoplasias en ciertos casos como en el caso de PELLIER son la causa primera de la kraurosis, para hacer como ha hecho TIBIERGE en la kraurosis vulvar una entidad aparte netamente separada de las otras con el término ya expuesto de kraurosis pura del pene.

Este proceso del pene comienza con una pérdida de la elasticidad prepucial, dificultad progresiva en el descapullar, se forman escoriaciones en el borde cutáneo prepucial, que son la consecuencia del cambio de elasticidad, del aumento de consistencia y de la sequedad de la cara mucosa; se inicia un cambio en el color de la mucosa que se ve palidecer progresivamente; en la cara cutánea existen irregularidades pigmentarias alternando con las acromias y las pigmentaciones; desaparece el esmegma como consecuencia de la sequedad mucosa, en la superficie del glande se ven cambios de color y desigualdades; se forman unos huecos como si respondiese a retracciones cicatriciales exteriorizadas del tejido cavernoso; la consistencia aumenta, la rigidez prepucial hace que se forme un semi-fimosis y más adelante un fimosis completo; se presentan molestias subjetivas; el prurito o el dolor de una fisura longitudinal consecutivo a los esfuerzos para descapullar obliga a recurrir al médico.

En este estado de fimosis, con el prepucio seco, duro, inelástico, con una corona de escoriaciones o fisuras, es difícil precisar lo que pasa en la ranura balano-prepucial o en las caras mucosas del prepucio y del balano, pero al notarse un núcleo de mayor densidad o de mayor dureza es probable que el epiteloma, que será un epiteloma ulcerado o de tipo rodens parecido al plano cicatricial de la piel, haya hecho su aparición.

Queda bien claramente expresado e insistimos en ello, que todo esto puede existir sin leucoplasia y aun afirmaremos más, la leucoplasia produce una atrofodermia como la de la kraurosis algunas veces, pero en estos casos la atrofodermia es claramente leucoplásica o post-leucoplásica, nunca anterior a la leucoplasia, es decir, el proceso que acabamos de describir no termina nunca en leucoplasia ni su transformación epiteliomatosa pasa por el intermedio de la leucoplasia.

Nuestra impresión clínica es la misma que tienen TIBIERGE y BROQ de la *kraurosis vulvae*, que la creen una forma de involución especial de los genitales, como un caso particular de la senilidad de los tegumentos, que se observa después de la menopausia o como un hecho post-operatorio después de la castración. Nosotros diríamos que la kraurosis penis pura comparece asimismo después de casos de extinción fisiológica o patológica de la sexualidad; es posible observar la formación de la kraurosis, como diremos después, a causa de leucoplasia y entonces se ve, en los bordes, la leucoplasia que al avanzar va dejando las atrofias de la kraurosis, dando la impresión a nuestro modo de ver equivocada, de que el borde kraurósico se transforma en leucoplasia (caso de PELLIER y uno de los nuestros) y que después sufre la transformación epiteliomatosa: lo que más amenudo ocurre es la formación de un epiteloma fisurario de la ranura balano prepucial de bordes indurados, perlados, y que asienta sobre los residuos de las glándulas de Tysson que le

prestarán los primeros elementos para el desarrollo de las columnas epiteliales.

Histológicamente la kraurosis penis muestra las capas epiteliales adelgazadas con desaparición de los elementos del estrato filamentosos; la dermis demuestra la esclerosis de los vasos, engrosamiento de las fibras conjuntivas, pérdida de los elementos elásticos, escasez, a excepción de algunos vasos, de elementos celulares; en resumen una dermatitis cicatricial con menos consistencia de los elementos conjuntivos que en los tejidos cicatriciales.

#### B) LA LEUCOPLASIA BALANO-PREPUICIAL Y LA KRAUROSIS BLANCA

La leucoplasia puede encontrarse como proceso independiente de la kraurosis, puede precederla pero, como hemos dicho, es muy difícil que pueda sucederla. Como proceso independiente puede aparecer sobre cicatrices de lues terciarias, sobre cicatrices irregulares de procesos venéreos o tuberculosos, por transformaciones de placas mucosas recidivantes o por balanitis crónicas del mismo modo que se ve en la boca; otra causa que, por otra parte, es común en la kraurosis y en el queratoma es la acrinia de las glándulas de Tysson; la sequedad provoca todos estos procesos de epidermización y de queratinización de las mucosas por un procedimiento sencillo de reducción. A veces el cambio de coloración se halla difumado por toda la región, marcándose en ciertos lugares la mucosa más espesa, más gruesa, tomando una opalescencia lechosa principalmente en los fondos de saco, en los cuales se ve en capas sucesivas, superpuestas, aparecer tonalidades de color, que van desde las opalescencias iniciales, hasta el gris perla o el nacarado, que resaltan sobre el color rosado o eritematoso que las rodea; reblandecidas por la humedad, se ven algunas veces las placas desprendidas dejando una escoriación que pronto vuelve a rehacer la placa leucoplásica.

Cuando la placa evoluciona hacia la atrofodermia, hacia la kraurosis, es por este procedimiento que se constituye, produciendo retracciones prepuciales irregulares, o desaparición del frenillo o bien adherencias cicatriciales entre el glande y el prepucio, dejando como consecuencia de la deformación atrofiante una asimetría del glande.

El meato puede retraerse también a veces produciéndose una *atresia puntiforme*.

La histología dice lo que ya sabemos de las leucoplasias: que hay una queratinización, una hiperacantosis y después una atrofodermia o bien la transformación epiteliomatosa. La histología de la hiperacantosis con hiperqueratosis o sea leucoplasia, no difiere de las otras más que en la ranura balano-prepucial, en donde se caracteriza por los residuos de las glándulas de Tysson; sin existencia de paraqueratosis y con presencia de elementos granulosos, prueba de la transformación epidermizante. Otra característica clínica e histológica es la transformación epiteliomatosa de lenta evolución, a pesar de ofrecerse con las características del epiteloma espinocelular; el lugar de preferencia es la ranura o más aun el frenillo en donde se notan las consecuencias de la atrofodermia y en donde el

epitelioma nivela las desigualdades de la región; es difícil muchas veces el diagnóstico clínico del momento preciso de esta transformación epiteliomatosa, pues las fisuras que lo inician pueden ser confundidas con las fisuras debidas a la inelasticidad de la mucosa leucoplásica.

C) ERITROPLASIA

Con esta palabra dió a entender QUEYRAT en 1911 la existencia de un proceso balanoprepucial caracterizado por unas placas rojas, relucientes de una dureza elástica, algo secretantes, que presentan histológicamente una paraqueratosis y evolucionan a menudo hacia el epiteloma; el nombre deriva de la semejanza con la

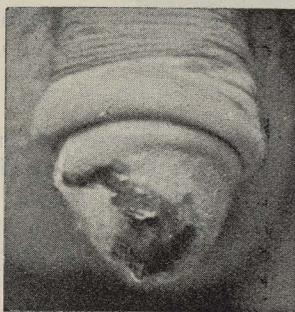


Fig. II. - Eritroplasia

leucoplasia o paraqueratosis blanca debiendo, por lo tanto, llamarse a la eritroplasia, paraqueratosis roja.

Lo que no se menciona en los cuatro casos de la descripción de QUEYRAT es la tendencia a la difusión de las placas y sobre todo en los casos de invasión total de la mucosa prepucial y del glande, a producir el fimosis por endurecimiento progresivo y difuso del proceso y esto es lo que una vez constituido hace que se ignoren muchos casos de eritroplasia, por lo cual fijaremos especial atención en el diagnóstico de las eritroplasias fimóticas con el objeto de completar la descripción de QUEYRAT.

Se trata casi siempre de enfermos de más de 50 años en los cuales se inicia una placa apenas saliente ordinariamente en la convexidad del glande y menos a menudo en la ranura balano prepucial o en la cara interna del prepucio; placa roja, escoriada que no molesta, que se ensancha y se hace dura; el color de la placa es de un rojo encendido y reluciente, inicialmente es poco secretante, más tarde segrega un líquido sero-hemorrágico, se va haciendo algo molesta, los bordes están netamente limitados del color rosado del glande y de la mucosa prepucial, pero se continúan insensiblemente desde el ligero relieve de la placa a la parte sana; no hay transición brusca entre el tejido sano y el enfermo ya que el centro de la placa se ondula suavemente para terminar como hemos dicho sin hacer relieve en el tejido sano; se podría decir en los comienzos del proceso que el glande o el prepucio es normal, pero que en él se han pintado con vermellón una o varias placas de contorno irregular.

Cuando la placa se va difumando, si el individuo no es fimótico nota cierta dificultad al descapullar, si es que las placas están en el prepucio, y se nota enton-

ces algo semejante a la resistencia a la inversión iniciales induraciones difusas propias de las esclerosis iniciales luéticas, es decir, adquiere parecido a la consistencia del cartilago tarso. Si es semifimótico el sujeto se hace fimótico completo y entonces es posible el diagnóstico cuando existe propagación al reborde balano prepucial o por el aumento de induración prepucial, caracteres que naturalmente servirán también para los casos de eritroplasia en un individuo fimótico congénito o adquirido; este aumento de la consistencia y la dificultad en la movilidad prepucial es hija a la vez de dos causas: del aumento de consistencia de la placa y de la retracción general del hipodermis y de la piel prepucial como consecuencia de una atrofia de dichos tejidos semejante a la descrita para la kraurosis penis. Histológicamente se ve una paraqueratosis descrita ya en los casos de QUEYRAT, con la particularidad de que están los elementos malpighianos paraqueratosados al descubierto; esta paraqueratosis es muy semejante a la de la leucoplasia, faltando empero la hiperqueratosis de la misma y sostenida además por un infiltrado del cuerpo papilar y fuertes núcleos de infiltrados linfocitarios y plasmáticos, que dan al proceso, junto con una espesa trama conjuntiva, el aspecto de una infiltración dérmica semejante a los infiltrados iniciales de las elefantiasis.

Uno de los casos de QUEYRAT llevaba la transformación epiteliomatosa y nosotros la hemos encontrado de siete casos en tres (interviniendo dos de ellos, fimosis indurados por eritroplasia) en enfermos septuagenarios en los cuales el origen de la transformación ha sido en los tres la ranura balano prepucial como si las glándulas de Tyson fuesen origen del mismo.

Insistiremos finalmente en que la eritroplasia que da lugar al fimosis es un proceso de enorme interés clínico, diagnóstico y pronóstico, pues es posible por el edema indurado que produce, la confusión con el proceso inicial de la lues; la avanzada edad del enfermo, la pausada evolución, la falta de ganglios, y sobre

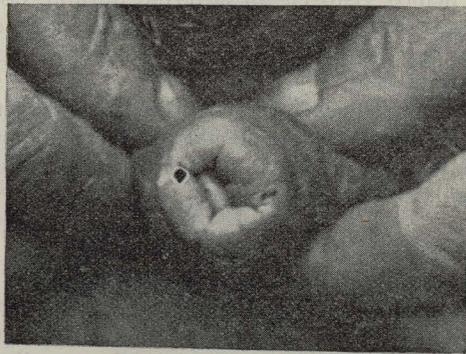


Fig. III. - Fimosis eritroplásica

todo la posible escoriación eritroplásica orientará el diagnóstico, ya que no es posible fijar caracteres que diferencien en la mayor parte de los casos las dos induraciones. La placa de eritroplasia no se confundirá ni con la lues secundaria ni con los infiltrados terciarios, tanto por el color rojo vivo, como por la forma irregular, como por la evolución lenta; mucho menos cabrá la confusión con una balano-postitis erosiva en

la cual el fondo lardáceo y la rapidez evolutiva imponen el diagnóstico.

#### D) EL QUERATOMA

Con un aumento de rugosidad y aspereza en un punto de la región, con un cambio de color que va del rosado amarillento al amarillo pardo, con la aparición de ligeras escamas hiperqueratósicas o a veces sin alteraciones previas en la superficie del glande, aparece una formación córnea semejante en un todo a un callo y que molesta poco al enfermo; pero la ligera molestia o a veces su extensión hasta el surco balano-prepucial, en cuyo caso produce retracción, obligan al enfermo a veces a consultar el caso. Semanas o meses después la extensión del proceso o la sensación de picotazo o de prurito obliga a todos los enfermos a hacerlo; la induración inicial se ha ensanchado y se proyecta sobre la superficie, los bordes se ven rojos e inflamados, si se reblandece la masa dura y se desprende, cosa que cuesta en su totalidad bastante, se ve adherida a una superficie de papilas proyectadas claramente de las cuales representa el molde; papilas hemorrágicas que tendrán su base indurada o no, según las circunstancias de la región y el momento evolutivo; mas brevemente estaremos según el caso frente a un queratoma de tercero o segundo grado.

A distancia de la placa primera se ven aparecer placas nuevas que siguen la misma etapa evolutiva y que pueden sumarse más adelante en una placa única; en medio de esta placa surge una induración que se anuncia por pinchazos y por vivo dolor a la presión; el queratoma de tercer grado se ha transformado en epiteloma. Este epiteloma seguirá un curso pausado, de años, deformará y corroerá el glande y seguirá esta deformación y corrosión hacia los cuerpos cavernosos del pene, que tomará formas irregulares o extravagantes producidas por un epiteloma que clínicamente se acerca al úlcus rodens, sin ofrecer empero el borde perlado característico del mismo; nosotros lo hemos visto en un enfermo durante doce años sin infectar los ganglios y sin producir más que corrosiones que irregularizaron y destruyeron casi completamente el pene.

Histológicamente el proceso primario es exactamente el del queratoma; se puede identificar bien la producción central que parece mejor el cuerno cutáneo; el epiteloma es un baso-celular.

#### E) LA VERRUGA SENIL

Muchas veces es una sorpresa al practicar la circuncisión en individuos sexagenarios fimóticos congénitos o con balanitis común o con balanitis con esmegmatos, circuncisión obligada entonces por dolores o linfangitis de la región, el encontrarnos en el fondo de la ranura balano prepucial o en la cara mucosa del prepucio una producción verrugosa que surge sobre la superficie de la mucosa en crestas cubiertas de una queratosis, cuya superficie granulosa al desprender la cubierta queratósica se dibuja sobre el parterre verrugoso; la base ancha, la induración, el color parduzco, los elementos hiperqueratósicos y la escasa humedad, hacen el diagnóstico diferencial claro con las vegetaciones papilares. Estas verrugas son las que originan los epitelomas

vegetantes de la región y cuando se abren estos fimosis neoplásicos, al lado del epiteloma vegetante y espinocelular se encuentra la verruga que le inició y que demuestra claramente la evolución del proceso.

La histología es la de las verrugas seniles, el epiteloma es un espinocelular lo que quiere decir que es el que infecta corrientemente los ganglios y produce la metástasis de generalización del epiteloma. Las variantes morfológicas son numerosas, pero pueden reducirse como todos los epitelomas vegetantes a dos: el epiteloma papilar o vegetante blando y el verrugoso o vegetante duro que corresponden a dos grados diferentes de gravedad y a dos variantes histológicas bien caracterizadas por el predominio en un caso de los elementos vasculares y en otro de los elementos epiteliales, así como la presencia de elementos diferentes de generativos que caracteriza a cada uno.

\*\*\*

Este conjunto de procesos se pueden encontrar separados o asociados, pero constituyen siempre una forma común de senilización de la región; indistintamente la leucoplasia, la eritroplasia, y hasta el queratoma de la región pueden acabar con atrofodermia diferente, quizá dando la explicación de las diferentes formas de kraurosis inflamatoria que admite JAYLE para la vulva o sea la simple, la vascular y la folicular. PELLIER se pregunta si es preciso considerarlos como larvadas formas de epiteliomatosis y de hecho es muy interesante creerlas así ya que en un gran número de casos se acaba por evolución natural histológica en epiteloma, y en buena parte de los otros casos, el epiteloma que viene por primera vez a nuestra observación, bien estudiado, lleva adjunto en los bordes de la neoplasia alguno de los procesos mencionados, indicando que han sido los causantes del epiteloma que tenemos a la vista. Es más, creemos que en esta región dentro de las modalidades mencionadas vemos todos los aspectos morfológicos de los procesos cancerosos de la región y que la formación epiteliomatosa, aquí como en todas partes, se presenta sólo excepcionalmente *d'emblée*; creemos pues, que mejor aun que formas larvadas de epiteloma se deben considerar como formas claras de pre-cáncer, que corrientemente van al epiteloma pero que muchas veces no traspasan la transformación paraqueratósica, hiperacantósica o hiperqueratósica y por lo tanto, sólo pueden llamarse de aquel modo, los casos que por la existencia de un fimosis puede ignorarse por un tiempo más o menos largo lo que se incuba dentro del espacio balano prepucial.

NOTA TERAPÉUTICA FINAL.—Estos procesos son tributarios principalmente de la radiumterapia, pero en gran número de casos hay que insistir en diferentes regiones y en diferentes topografías radium-resistentes. Entonces es inútil forzar con dosis mayores de radium en placas la resistencia del proceso, por este motivo estos casos y quizá todos los queratomas de tercer grado y las verrugas seniles, como sin distinción todos los epitelomas, son tributarios ya inicialmente de la radiopuntura que ha venido a resolver la terapéutica demasiado comprometida de los procesos pre-cancerosos y epiteliomatosis de la región cutáneo-mucosa de los genitales externos del hombre.

PROCESOS PREEPITELIOMATOSOS DEL PENE



Kraurosis pura.



Kraurosis y Leucoplasia.



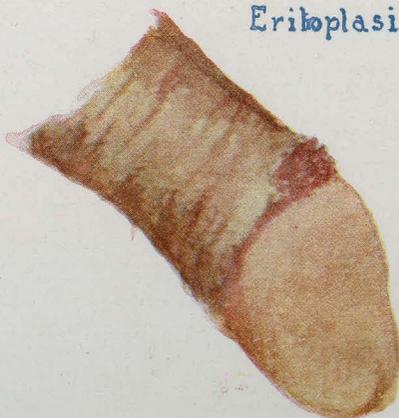
Fimosis eritoplásico.



Eritoplasia.



Queratoma.



Verruga senil.