

La Electro-coagulación en el Tratamiento de las Uretritis Crónicas Anteriores

POR EL DR. L. RIVERO BORREL

Hace algunos meses, con motivo de una comunicación del doctor Brioso Vasconcelos relativa a la aplicación de las corrientes de alta frecuencia en urología, hacía yo una síntesis de lo que sobre el particular había observado y lo que en las obras que de tal asunto se ocupan, está consignado. Y deteniéndome particularmente en la forma especial de aplicación de estas corrientes que se denomina electro-coagulación, decía, como en un principio se usaron para destruir los tumores de la vejiga y más tarde se aplicaron a lesiones de la uretra prostática y a la verumontanitis, ambas en su forma crónica; esto es, que se había ampliado su uso atacando con ellos las lesiones inflamatorias, cuando antes estaban reservadas sólo para los tumores. Desde entonces decía yo que pensaba a priori en la posibilidad de aplicar este método terapéutico a las uretritis crónicas anteriores y ahora, habiendo puesto en práctica esas ideas, estoy en posibilidad de afirmar que tal método no sólo es posible, sino de gran utilidad.

He creído que este tema sería de algún interés para mi trabajo reglamentario de la Academia, porque es bien sabido de todo médico, especialista o no; cómo son rebeldes las uretritis crónicas, causa de desesperación para médicos y enfermos que luchan denodadamente años enteros sin lograr dominar la dolencia; y buena prueba es también de ello la multitud de medicamentos y métodos terapéuticos que a diario aparecen en la prensa médica, y los más numerosos aún que publican los charlatanes, ofreciendo imposibles curaciones maravillosas, concedores como son éstos últimos, de la rebeldía del padecimiento y del estado psicológico especial del enfermo, que ha perdido la paciencia y se echa en brazos de cualquiera que le promete la curación.

Un método más que a priori aparece como racional y que en la práctica ha conducido a resultados buenos, de acuerdo con el juicio que de antema-

no se había hecho de él, vale la pena de ser aplicado y estudiado para verificar si realmente es útil y hasta donde puede servir, o si resulta inútil y debe desecharse.

¿En qué consiste el método? En aplicar la corriente de alta frecuencia, mediana tensión, pequeña intensidad y bi-polar, para destruir las variadas lesiones anatómicas que se observan en la uretritis crónica. Es la electro-coagulación de pequeña intensidad. Cuando se utilizan las corrientes de alta frecuencia bi-polares conectando un polo con un electrodo de gran superficie y el otro con uno pequeño, al nivel de este último, la densidad eléctrica es mayor: y si se reduce la superficie del citado electrodo hasta hacerle una punta más o menos roma, es tal el aumento de densidad eléctrica, que produce un gran desarrollo de calor y determina la coagulación de los tejidos y por ende la destrucción de los mismos en una zona más o menos extensa según la intensidad de la corriente. Esta acción destructiva no se limita al punto en contacto con el electrodo, sino que se extiende en superficie y profundidad. La zona de acción coagulante tiene la forma de un cono cuyo vértice está en el punto de contacto del electrodo y su base a unos milímetros hacia el interior de los tejidos, es decir, que la proporción del tejido destruido es de mayor extensión en la profundidad que en la superficie. Esta preciosa cualidad es la que permite, sin duda, obtener halagadores resultados. En efecto; sabemos que la causa principal de la rebeldía de las uretritis crónicas, estriba en que es una infección glandular. Los cuerpos de las glándulas infectadas están colocados en la profundidad de los tejidos, sus canalitos excretores vierten productos séptimos constantemente en la superficie de la mucosa, y es imposible desinfectarlos porque no se puede pasar a través de sus canales. No queda otro recurso que la destrucción de estas glándulas y a la destrucción se recurre corrientemente usando una punta fina del galvano-cauterio; pero este instrumento solo quema la porción de tejido en contacto con él y para alcanzar el cuerpo glandular hay que hundirlo hasta una cierta profundidad dejando una oquedad que tarda en repararse, que está expuesta a la infección y que deja una cicatriz. Si se aplica a una que otra glándula, ampliamente espaciadas unas de otras, el inconveniente es en realidad pequeño pero cuando existe un número grande en una zona pequeña, hay que imaginarse lo que podrá resultar de tanto agujero y de tanta cicatriz que puede comprometer el calibre uretral.

No pasa lo mismo con el método de la electro-coagulación. A una quemadura putiforme en la superficie corresponde una zona de destrucción en la profundidad, de dimensiones mucho mayores que bien pueden englobar el cuerpo de una glándula. La zona afectada queda llamada por el tejido coagulado y éste se elimina después de algunos días cuando a su alrededor

hay ya trabajos de defensa del organismo, de donde resulta la disminución de las probabilidades de infección y de hemorragia, y las cicatrices que resultan son pequeñas y además son suaves; particularidad ésta última que se ha apreciado convenientemente tanto en la vejiga como en la uretra posterior, donde se han aplicado desde hace años.

Razones semejantes, pero teniendo en cuenta las variaciones de la forma, volumen, etc., son las que nos podrían afirmar en la posibilidad de usar el mismo método para la inflamación de las lagunas de Morgagne. Por demás está decir que si en la vejiga y en la uretra posterior han podido tratarse por la electro-coagulación los pólipos, no hay razón alguna para que esas producciones no puedan ser tratadas de la misma manera en el caso de uretritis crónicas anteriores. Y en efecto, así he tenido oportunidad de hacerlo, sin haber encontrado dificultad ninguna.

Cuando se notan en la uretra pequeños abscesos, pueden también ser tratadas por la electro-coagulación. En este caso, la corriente eléctrica es suficientemente poderosa para coagular todo el contenido del absceso, que se elimina más tarde.

Queda otra lesión anatómica de las uretritis crónicas contra la que nuestros recursos terapéuticos son muy limitados y para la que se abre un horizonte nuevo y por cierto halagüeño, con el empleo de la electro-coagulación; me refiero a la llamada infiltración dura. Esta consiste en la formación de un gran número de capas epiteliales que poco a poco van tomando el aspecto de células de la piel y llegan a sufrir la queratinización. En estas condiciones, los medios terapéuticos son difíciles de aplicar. Las numerosas capas que he indicado, son impermeables a los líquidos, por lo cual solamente su destrucción podría terminar con estas lesiones. Se comprende por la sola enunciación de la lesión anatómica, que donde se presenta ésta, debe estar levantada con relación al nivel de la mucosa y este levantamiento afecta formas muy diversas. Las hay muy limitadas, que podrían compararse a una placa y que varían en su forma así como en su extensión; otras veces ocupan toda la circunferencia de la uretra, siendo un estrechamiento que comienza, en este caso. Otras ocasiones revisten una forma más o menos cilíndrica alargada que se dispone a veces siguiendo una directriz de la uretra, otras formando un paso de hélice, o bien afectando formas irregulares.

Dos casos principales debemos considerar a este respecto. Cuando la lesión se ha extendido a casi toda la uretra, en la que la aplicación del método no creo que pueda tener lugar; pero la mayoría de las veces las lesiones se circunscriben a algunos sitios de la uretra, y entre ellos señalaré tres: el fondo de saco del bulbo, el ángulo peco-escrotal e inmediatamente

atrás de la fosa navicular. Las zonas afectadas no son generalmente más de uno o dos centímetros, y éstas sí pueden ser destruidas por la electro-coagulación.

El método tiene, además, la ventaja de ser sencillo. Para su aplicación se necesita un uretroscopio, un aparato productor de corrientes de alta frecuencia con miliamperómetro y con un switch pedal y los electrodos a propósito. El uretroscopio que uso es el de Young, que es de luz externa. Lo prefiero al más conocido de luz interna, porque la lámpara que va en el fondo del tubo, quita una parte del campo operatorio; y además, como la lámpara termina en punta y es indispensable limpiar la mucosa uretral con pedacitos de algodón montados en un tallo, al intentar sacar el algodón, se clava la punta de la lámpara y es entonces indispensable sacarla y después volverla a colocar, lo cual quita mucho tiempo y hace incómoda la aplicación.

El aparato productor de corrientes de alta frecuencia puede ser cualquiera de los modelos sencillos que se encuentran en las casas que venden aparatos eléctricos para aplicaciones médicas, porque la intensidad que se requiere es muy pequeña y estos aparatos la dan suficientemente. En efecto la intensidad de la corriente es de 125 a 150 miliámperos.

No creo necesario describir el switch pedal que conocen todos los señores que me escuchan.

Por lo que se refiere a los electrodos, debo decir que en un principio utilizaba la sonda electroda que se usa para hacer la electro-coagulación en el interior de la vejiga y que también se emplea para el tratamiento de las lesiones de la uretra profunda; pero como esta sonda electroda tiene que pasar por el interior del cistoscopio, está acondicionada de modo que sea perfectamente flexible, y para manejarla en el interior del tubo uretroscópico se trabaja mucho porque se dobla, impide ver el interior y no consigue uno sino después de mucho tiempo el que la extremidad toque el punto que se desea. Además, para tratar las inflamaciones de las glándulas y de las lagunas, conviene que el electrodo termine en punta; mientras que para las lesiones de infiltración dura, es más conveniente que sea en forma de asa o de espátula. Para esto me he servido de unas agujas delgadas y largas a las que he revestido de varias capas de sustancia aisladora de la electricidad. Encontraba el inconveniente de que como hay que ver en el fondo del tubo dirigiendo una visual que es paralela al eje de la aguja, es muy difícil distinguir bien la punta. Para esto, he doblado esa punta formando un ángulo de 45°, con lo cual se consigue que sea perfectamente visible y segura para aplicarse en los puntos elegidos.

Este es el electrodo activo. En cuanto al indiferente, está constituido por una placa metálica de cien centímetros cuadrados, poco más o menos, la que se envuelve en una compresa humedecida. El modo de aplicación

de este método es el siguiente: Se hace primero que el enfermo orine, con el fin de arrastrar mecánicamente los productos que pudiera haber en el canal uretral; se hace la asepsia del glande, frotando con un fragmento de algodón humedecido con alcohol; se anestesia la uretra por los medios usuales, con solución de cocaína al 4 o 5%, o bien con estobaina en la misma proporción; después se introduce el uretroscopio hasta el fondo del saco del bulbo, se saca el mandrín, se acomoda la lámpara y se va recorriendo lentamente la uretra, de atrás hacia adelante. A medida que se presentan en el campo uretroscópico cualesquiera de las lesiones a que me he referido, se introduce el electrodo especial, se aplica su extremidad sobre el punto que quiere tratarse y en seguida, oprimiendo el pedal del switch, se hace pasar la corriente: basta un segundo, o cuando más dos, para que la lesión quede totalmente destruída. En lugar del punto rojo que indica la inflamación de una glándula, queda una mancha blanca, ligeramente saliente sobre el nivel de la mucosa, que no da sangre ni produce dolor.

Como el número de lesiones es generalmente grande, no es posible en una sola sesión destruirlas todas. Tendrá, en consecuencia, que escogerse una zona para una sesión, y otras para las sucesivas; pero en regla general, en cuatro o cinco sesiones la labor está terminada.

Si se trata del caso de infiltración dura, entonces se utiliza el electrodo en forma de asa; la parte convexa del asa se aplica sobre la saliente que forma la placa o cordón de infiltración dura, y cuando se ha cerrado ya el circuito, se desliza esta asa, sin perder el contacto sobre la parte enferma, hasta recorrerla en toda su extensión.

En los días siguientes se ve salir en la orina un gran número de pequeños fragmentos blancos que no son otra cosa que partes de la escara que comienzan a eliminarse. Al cabo de unos quince días ésta ha terminado y se ve en el lugar que antes ocupaban las lesiones, zonas de color rosado algo oscuro que muy pronto quedan completamente cicatrizadas; las cicatrices son blandas.

No creo necesario citar detalladamente los casos clínicos en que he aplicado el procedimiento y he obtenido éxito, porque esto no vendría a ser otra cosa que una repetición.

Se ve, por lo anteriormente expuesto, que todas las lesiones que constituyen la uretritis crónica, pueden ser tratadas por la electro-coagulación. También he comenzado a aplicarla en los casos de estrechez uretral, pero, por juzgarlo de interés, me reservo a presentar las observaciones conducentes, en otro trabajo.

L. Rivero Bonell
