

Carcinoma de Uretra en una gestante: presentación de un caso

Urethral Carcinoma in a pregnant woman: a case report

Teresita Llera Clausell¹, Rosa Maria Amador González², Idelma Castillo García³, Ileana Armas Ampudia⁴, Pedro Hernández Campo⁵.

¹ Profesor Auxiliar. Dra. Especialista de Primer Grado en Urología. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

² Instructora .Dra. Especialista de Segundo Grado en Oncología. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

³ Profesor Auxiliar. Dra. Especialista de Primer Grado en Urología. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

⁴ Instructor. Dra. Especialista de Primer Grado en Urología. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

⁵ Profesor Auxiliar. Dr. Especialista de Segundo Grado en Urología. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

RESUMEN

Paciente femenina de raza blanca, de 34 años de edad y 33 semanas de embarazo, acude al Cuerpo de Guardia del Hospital Clínico Quirúrgico «Abel Santamaría Cuadrado» en Pinar del Río, con sangrado genital cuando se le realiza el examen físico; se comprueba que sangra con facilidad a través del meato uretral, donde se observa que emerge una tumoración vascularizada situada en la uretra distal. Se realizan los exámenes complementarios e imagenológicos, los cuales se encuentran en rangos normales. Se realizó el tratamiento quirúrgico exéresis de la tumoración, electrofulguración y biopsia, resultando ser un carcinoma epidermoide

moderadamente diferenciado, que infiltra la submucosa que fue completamente removido y cursó con evolución clínica satisfactoria. Actualmente está asintomática.

Palabras clave: carcinoma, uretra.

ABSTRACT

A 34 year-old white female patient with 33 weeks of pregnancy, attended to the Emergency Room at "Abel Santamaria Cuadrado" University Hospital in Pinar del Rio presenting genital bleeding at physical examination; corroborating ease bleeding through the meatus urethrae and observing the appearance of a vascularized tumor in the distal urethra. Complementary and imaging examinations were performed being in normal ranks. Surgical treatment was carried out removing the tumor, performing the electrofulguration and biopsy which resulted in a moderately differentiate epidermoid carcinoma, that infiltrated the submucosa, completely removed having the patient a clinical satisfactory progress, currently asymptomatic.

Key words: carcinoma, urethra.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de la uretra femenina es la única neoplasia genitourinaria que es más común en la mujer que en el hombre, con una relación 4:1, sin embargo, en ambos son poco comunes. El pico de incidencia es en la sexta década de la vida, con predilección por la raza blanca 3: 1

El pronóstico del cáncer de la uretra depende de la ubicación anatómica, el tamaño y la profundidad del tumor. Los tumores superficiales ubicados en la uretra anterior, en ambos sexos, generalmente son curables las lesiones ubicadas en la uretra posterior y suelen ser invasoras. Esto pudiera estar relacionado con el revestimiento anatómico de la uretra que en su porción proximal está formada por epitelio de transición y en la porción distal por células escamosas estratificadas. El 60 % de las neoplasias de la uretra femenina son carcinomas de células escamosas, mientras que los otros tipos son carcinoma de células transicionales (20 %), adenocarcinoma (10 %), indiferenciados (8 %) y melanoma (2 %). El carcinoma de células claras se encuentra asociado con frecuencia a divertículo uretral. Los adenocarcinomas se pueden encontrar en cualquier porción de la uretra.^{1, 2}

Existen factores predisponentes como: irritación crónica, infecciones recurrentes del tractus genito urinario lesiones proliferativas, (carúnculas papilomas, pólipos, HPV). El síntoma más frecuente es la uretrorragia, pueden aparecer los irritativos (ardor

miccional, tenesmo, escozor) y obstructivos (masa uretral palpable) que son otros modos de presentación. Las lesiones ulcerativas producen una secreción fétida.^{2, 3}

Las vías de diseminación del carcinoma uretral siguen la subdivisión anatómica. Los linfáticos de la uretra anterior drenan hacia los ganglios linfáticos inguinales superficiales y profundos. La uretra posterior drena a los nódulos linfáticos de las arterias ilíacas externas e hipogástricas y del músculo obturador interno. En su diagnóstico inicial un tercio de las pacientes presenta metástasis en ganglios linfáticos inguinales y en un 20 % a los ganglios pélvicos. Los sitios de metástasis a distancia más comunes son los pulmones, hígado y huesos. La histología no afecta el pronóstico y los diferentes tipos histológicos son tratados similarmente.⁴

La estadificación del tumor de uretra en la mujer incluye un examen pélvico bajo anestesia, cistouretroscopia y biopsia. La evaluación incluye radiografía de tórax y tomografía axial computarizada de pelvis y abdomen. La resonancia magnética nuclear es usualmente usada para la estadificación del carcinoma uretral femenino.⁵⁻⁷

Evaluación y estadificación. Definición de los estadios por profundidad invasora:

Estadio 0 (Tis, Ta): Limitado a la mucosa.

Estadio A (T1): Invasión submucosa.

Estadio C (T3): Infiltración más allá del tejido periuretral: vagina, labios, músculo.

Estadio D1 (N+): Ganglios regionales; pélvicos e inguinales.

Estadio D2 (N+, M+): Ganglios distantes; metástasis viscerales.

El tratamiento si el cáncer es superficial o está adentro o casi adentro de los parámetros del meato (estadio 0/Tis, Ta), es posible efectuar una escisión abierta o una electrorresección y fulguración. La destrucción tumoral usando Nd-YAG o vaporización-coagulación de rayos láser dióxido de carbono representa una alternativa.^{7, 8}

El tratamiento está basado en el estadio en el diagnóstico inicial, con estadio bajo en la uretra distal, teniendo mejor pronóstico que los estadios altos, los tumores de uretra proximal. En la serie de Dalbagni de 5 años la supervivencia global enfermedad específica fue de 46 %, con 89 % para los tumores de estadio bajo comparado con 33 % para los estadios altos de la enfermedad.^{9, 10} Para los tumores que involucran la uretra proximal y para tumores voluminosos localmente avanzados, un tratamiento más agresivo con excentración pélvica anterior es recomendado. Este tratamiento en total comprende ureterectomía total, cistectomía con linfadenectomía pélvica, isterectomía con salpingectomía y remover la pared anterior de la vagina. Los tumores voluminosos de la uretra proximal, que invaden la sínfisis del pubis, pueden requerir resección de la sínfisis del pubis y rama inferior.¹⁰

Si no existe adenopatía inguinal, no se recomienda efectuar disección de los ganglios, pero sí es obligatorio efectuar una palpación inguinal cuidadosa en intervalos de 3 a 4 meses.³⁻⁵

La radioterapia es una alternativa al tratamiento de cirugía local para pacientes con carcinoma uretral de bajo estadio. En ellos la radioterapia definitiva con braquiterapia sola o combinada con radioterapia de haz externo ha reportado tasas de cura de hasta 75 %. Los tumores de uretra proximal con invasión al cuello de la vejiga y tumores voluminosos requieren de combinación de radioterapia externa y braquiterapia. Esta última reduce el riesgo de recurrencia local. Las lesiones de la uretra posterior o entera generalmente se asocian con invasión y una incidencia alta de metástasis ganglionares pélvicas. Las perspectivas de curación son limitadas, excepto en el caso de tumores pequeños.⁵⁻¹⁰

El tratamiento con combinación de modalidades puede ser quimioterapia neoadyuvante y radioterapia preoperatorio, seguido de cirugía. Es recomendada para carcinoma avanzado uretral femenino. Narayan y Konety reportaron un 55 % de tasa de supervivencia en pacientes con carcinoma uretral avanzado tratado con radioterapia y cirugía, comparado con una tasa de 34% con radioterapia sola.⁷

El tiempo medio de recurrencia local para el carcinoma invasivo es de 13 meses; la mayoría recaen por los 16 meses. Carcinoma uretra distal: Los tumores superficiales pequeños (Ta, Tis y T1) de la uretra distal pueden ser removidos quirúrgicamente con pequeño riesgo de incontinencia urinaria. La espatulación de la uretra y aproximación de la vagina adyacente previene la incontinencia urinaria y estenosis del meato. Para tumores pequeños invasivos de la uretra distal (T2), la braquiterapia sola es una excelente opción terapéutica.^{6,7}

Carcinoma uretra proximal: los tumores de la uretra proximal tienden a ser más agresivos y graves. Para las lesiones (T3 y T4), se utiliza la cirugía que consiste de una cistoureterectomía radical o una excenteración anterior, dependiendo de la extensión de la enfermedad. La radioterapia externa combinada con la braquiterapia es usualmente requerida. La quimioterapia neoadyuvante con 5-Fluorouracilo (5-fluoro-2,6-dihidroxi picimidina) y Mitomycin C han sido consideradas para la radioterapia.^{6,7}

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente femenina de la raza blanca con 34 años de edad y antecedentes de salud, estudiante de la enseñanza tecnológica con embarazo de 33 semanas de gestación que se presenta en el cuerpo de guardia del Hospital General Docente «Abel Santamaría Cuadrado» de Pinar del Río (Cuba) con sangrado genital a través de el meato uretral (uretrorragia). Se decidió ingresar en el Servicio de Ginecología y Obstetricia. (Fig.1)



Figura 1. Exploración del meato uretral

Examen físico

Se comprobó salida de sangre a través del meato uretral, visualizándose una tumoración vascularizada que sangra con facilidad, de aproximadamente 1cm, redondeada protruyendo de la porción distal de la uretra. (Fig.2) y (Fig.3)



Figura 2. Edema periuretral



Figura 3. Tumor de uretra , que emerge al traccionar la sonda.

Exámenes imagenológicos y Complementarios de Laboratorio clínico:

USG. Feto aparentemente normal, con buena vitalidad, que corresponde con embarazo único de 33-34 semanas de gestación.

Hemograma con diferencial:

Hemoglobina: 110 g/l

Hematocrito 31 L/L

Leucocitos: $8.7 \times 10^9/L$

Velocidad de Eritrosedimentación: 15 mm/h

Hemoquímica:

Glicemia 5.3 mmol/L (N: 4.2- 6.1 mmol/L)

Creatinina: 77 umol/L (N: 44- 80 umol/L)

Coagulograma: Normal.

Cistouretroscopia

Vejiga vascularizada, comprimida en su cara anterior por útero grávido, no se visualiza tumoración.

DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta la clínica y los valores normales de los exámenes complementarios, así como los imagenológicos se procedió a realizar cistouretroscopia como pilar para la estadificación y tratamiento quirúrgico de la tumoración de uretra en la gestante exéresis de la lesión, electrofulguración y biopsia), usándose tratamiento de soporte con antibióticoterapia, vitaminoterapia, analgésicos, con cuidado estricto y seguimiento del embarazo. El resultado biópsico fue carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, que infiltra la submucosa y que resultó completamente removido.

Estadificación: T1NXM0. Etapa clínica A

Evolución y tratamiento

La evolución post operatoria de la paciente fue satisfactoria, se realizó resección y electrofulguración de la tumoración, con colocación de sonda uretral Foley No. 20 por un término de 10 días para evitar la estrechez uretral post quirúrgica y antibióticoterapia parenteral (cefazolina: 500 mg EV cada 8 horas) por un término de cinco días seguido de cefalexina oral (cap. 500 mg: 1.5 g/día) diez días, en correspondencia con lo consultado en la literatura.¹¹ Actualmente asintomática.

Los carcinomas de uretra anterior son de bajo grado y estadio bajo, mientras que los carcinomas que involucran la uretra proximal o uretra entera son de más alto grado y estadio. La localización anatómica y el estadio del tumor son los más significativos factores pronósticos predictivos para el control local y la sobrevida. En el tratamiento y pronóstico del cáncer de uretra la profundidad invasora establece el estadio clínico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Srinivas V, Khan S. Female urethral cancer an overview. Int Urol Nephrol [revista en internet]. Dec. 1987[citado oct 2008]; 19(4):423-27. Disponible en: <http://www.springerlink.com/content/m877051m5q172u1x/>
2. Tiguert R, Ravery V, Madjar S, Gousse AE. Acute urinary retention secondary to clear cell carcinoma of the urethra. Prog Urol [revista en internet]. Febr. 2001[citado oct 2008]; 11(1):70-2. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11296650>
3. Sailer SL, Shipley WU, Wang CC. Carcinoma of the female urethra: a review of results with radiation therapy. J Urol. 1988[citado oct 2008]; 140:1. <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/uretra/HealthProfessional/allpages/print>
4. Dalbagni G, Zhang ZF, Lacombe L, Herr HW. Female urethral carcinoma: an analysis of treatment outcome and a plea for a standardized management strategy. Br J Urol [revista en internet]. 1998 Dec [citado oct 2008]; 82(6):835-41. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9883221>
5. Terry P, Cookson M, Sarosdy M. Carcinoma of the urethra and scrotum. In: Raghvan D, Leibel SA, Scher HI, et al. Principles and practice of genitourinary oncology. Philadelphia: Lippincott-Raven. 2004:347.

6. Milosevic MF, Warde PR, Banerjee D, et al. Urethral carcinoma in women: results of treatment with primary radiotherapy. *Radiother Oncol* [revista en internet]. 2000 Jul [citado oct 2008]; 56(1):29-35. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10869752>
7. Narayan P, Konety B. Surgical treatment of female urethral carcinoma. *Urol Clin North Am*. 1992 May [citado oct 2008]; 19(2): 373-82. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1574827>
- 8-Johnson DE, O'Connell JR, Delclos L: Carcinoma of the urethra. In: Javadpour N, ed.: Principles and Management of Urologic Cancer. 2nd ed. Baltimore, Md: Williams and Wilkins, 1983. Pp. 598-621.
- 9-National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse. Infecciones urinarias (Serie en Internet) 2002 (Consultado 2005 Nov 17). (aprox. 4 pantallas) Disponible en: http://kidney.niddk.nih.gov/spanish/pubs/uti_ez/
- 10-Nicolle LE. Asymptomatic bacteriuria in institutionalized elderly people: evidence and practice. *CMAJ*. August 8, 2000 [citado oct 2008]; 163 (3): Disponible en: <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/163/3/285>
- 11-Warren J.W. Catheter-Associated urinary tract infections. *Urinary tract infection. Inf Dis NA*. 2005; 11(3):609-18.

Recibido: 31 de Marzo de 2009.
Aprobado: 4 de Mayo de 2009.

Dra. Teresita Llera Clausell. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado".
Km. 89 Carretera Central Pinar del Río. Cuba. Teléfono: 751843 E- mail
luiste@princesa.pri.sld.cu