



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. julio 2010; 14(3):

PRESENTACIÓN DE CASO

Satisfactoria evolución y sobrevida en una paciente portadora del carcinoma uretral

A satisfactory progress and survival in a female patient suffering from urethral carcinoma. a case report

Idelma Castillo García¹, Teresita Llera Clausell², Annia Dolores Gorte Quiñones³, Ileana Armas Ampudia⁴, Rosa María Amador González⁵.

¹ Especialista de Primer Grado en Urología. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesora Auxiliar. Hospital Universitario Clínico Quirúrgico "León Cuervo Rubio" .Km 4.Consolación del Sur. Pinar del Río.

²Especialista de Primer grado Urología. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesora Auxiliar. Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado. Pinar del Río. Teléfono: 751843 E-mail: luiste@princesa.pri.sld.cu

³Especialista de Primer Grado en Anatomía Humana. Máster en Enfermedades Infecciosas. Diplomada en Imaginología Diagnóstica. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río.

⁴Especialista de Primer Grado en Urología. Máster en Longevidad Satisfactoria. Instructora.

⁵ Especialista de Segundo Grado en Oncología. Diplomada Radioterapia. Instructora.

RESUMEN

Se presenta un caso de una paciente femenina de la raza blanca, de 34 años de edad, con antecedentes de sepsis urinaria baja a recurrente, acude a la consulta externa del Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado, sintiendo un ardor y dolor al orinar, disminución en el calibre del chorro de la orina, pujos y tenesmo vesical. Al examen físico se comprueba un tumor que emerge través del meato uretral, vascularizada color rojo violáceo, situada en la uretra anterior. Se realizan los exámenes complementarios e imageneológicos, los cuales se encuentran en los rangos del valor normal. Se realiza un tratamiento quirúrgico (exéresis de la tumoración, electrofulguración) y biopsia, resultando ser un carcinoma transicional micro invasor con invasión linfática, completamente removido, y evolución clínica satisfactoria actualmente curada.

Palabras clave: CARCINOMA, URETRA.

ABSTRACT

A 34 year-old, Caucasian-female patient presenting a recurrent, low urinary sepsis came to the out-patient clinic at "Abel Santamaria Cuadrado" University Hospital complaining of burning and pain during the passing of urine, a diminution of urine stream and vesical tenesmus. At physical examination a tumor emerging from the urethral meatus was observed, having a red-purplish vascularization located in the anterior urethra. Complementary tests and imaging examinations were performed which ranges showed normal values. Surgical treatment (removal of the tumor and electro-fulguration) and a biopsy were performed which resulted in a micro-invasive transitional carcinoma having a lymphatic invasion completely removed, the patient showed a satisfactory clinical progress, currently cured.

Key words: CARCINOMA, URETHRA.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de la uretra es la única neoplasia genitourinaria más común en la mujer que en el hombre, con una relación 4:1, sin embargo, ambos son poco comunes. El pico de incidencia es en la sexta década de la vida, con predilección de la raza blanca.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, suelen ser invasoras. Esto pudiera estar relacionada con el revestimiento anatómico de la uretra en su porción proximal está revestida por las células de transición y en la porción distal por las células escamosas estratificadas. El 60 % de las neoplasias de la uretra femenina son carcinomas de células escamosas, carcinoma de células transicionales (20 %), adenocarcinoma (10 %), indiferenciados (8 %) y melanoma (2 %). El carcinoma de células claras se encuentra asociado al divertículo uretral. Los adenocarcinomas se pueden encontrar en cualquier porción de la uretra. ¹⁻²

Existen factores predisponentes como son la irritación crónica, las infecciones del tractus urinario recurrentes, lesiones proliferativas, (carunculas, papilomas, pólipos, HPV), el síntoma más frecuente es la uretrorragia, pueden aparecer síntomas imitativos (ardor miccional, tenesmo, escozor); obstructivos (masa uretral palpable) 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 la iliaca externa, hipogástrica, y obturador. En su diagnóstico inicial un tercio de las pacientes presentan metástasis en los ganglios linfáticos inguinal y un 20 % tiene invasión a los ganglios pélvicos. Los sitios de metástasis a distancia más comunes son el pulmón, hígado y el hueso. La histología no afecta el pronóstico y los diferentes tipos histológicos son tratados similarmente. ⁴

El estadiamiento ante de tumor de uretra en la mujer incluye un examen pélvico bajo de anestesia, citouretroendoscopia y biopsia. La evaluación incluye RX de tórax y tomografía axial computarizada de pelvis y abdomen. La resonancia magnética nuclear es usualmente usada para el estadiamiento del carcinoma uretral femenino. ^{5, 6, 7}

Evaluación y estadiamiento. 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 CO2 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 de sobrevida 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 los voluminosos, localmente avanzados, un tratamiento más agresivo con excentración pélvica anterior este tratamiento en bloque total comprende ureterectomía total, cistectomía con linfadenectomía pélvica, histerectomía 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 la 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 los pacientes con carcinoma uretral de bajo estadio. En tales pacientes, la radioterapia definitiva con braquiterapia sola o combinada con radioterapia de haz de luz 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. La braquiterapia reduce el riesgo de recurrencia local. Las lesiones de la uretra posterior o entera generalmente se asocian con la 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 de combinación de modalidades con quimioterapia neoadyuvante y radioterapia preoperatorio, seguido de cirugía, es recomendada para carcinoma avanzado uretral femenino. En compilación de datos, Narayan y Konety reportó un 55 % de la tasa de sobrevivencia en los pacientes con carcinoma uretral avanzado, tratado con radioterapia y cirugía, comparado con una tasa de 34% con radioterapia sola. 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 meatal. Para los 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 gruesos. Para las lesiones (T3 y T4) un tratamiento multimodal es preferido. La cirugía consiste de una radical cistoureterectomía 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 5FU y Mitomycin C ha sido considerada para la radioterapia.^{6,7}

Presentación del caso

Paciente femenina de la raza blanca, de 34 años de edad, con antecedentes de sepsis urinaria baja recurrente, acude a consulta externa del Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado, sintiendo un ardor y dolor al orinar, disminución en el calibre del chorro de la orina, pujos y tenesmo vesical. Al examen físico se comprueba un tumor que emerge través del meato uretral, vascularizado color rojo violáceo situado en la uretra anterior.

Examen físico

Se comprueba que tiene un tumor que emerge a través del meato uretral, visualizándose una tumoración vascularizada, que no sangra con facilidad, de aproximadamente 1 cm, redondeada protruyendo de la porción distal de la uretra.

Exámenes imageneológicos y Complementarios de Laboratorio clínico:

Ultrasonido normal

Urograma descendente: normal

Hemograma con diferencial:

Hemoglobina: 13g/%

Hematocrito 38 l/l

Leucocitos: 8.7×10^9

Eritrosedimentación: 20 mm/h

Hemoquímica:

Glicemia 5.3 mmol/L

Creatinina: 77 $\mu\text{mol/L}$

Coagulograma. Plaquetas adecuadas

Cistoscopia

Vejiga vascularizada, no se visualiza tumoración, de capacidad normal

DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta la clínica y los valores normales de los exámenes complementarios, así como los imagenológicos se procedió a realizar la cistoscopia como pilar para el estadiamiento y tratamiento quirúrgico de la tumoración de uretra (exéresis de la lesión, electro - fulguración y biopsia), cuyo resultado biopsico de carcinoma transicional microinvasor con invasión linfática. Completamente removido.

Estadiamiento; T1NXM0 Etapa clínica A.

Evolución y tratamiento

La evolución post operatoria de la paciente fue satisfactoria. Se realizó una resección y electrofulguración de la tumoración, la colocación de sonda uretral foley 20 por un término de 10 días para evitar complicaciones como la estrechez uretral post quirúrgica y antibioticoterapia.

El seguimiento continuó en la consulta central de uroncología en el Hospital III Congreso como se establece en estos pacientes, con cistoscopia evolutiva trimestral en el primer año y semestral en los años posteriores y después de cinco años de

forma anual. Actualmente, se encuentra asintomática y sin recidiva, después de 15 años de evolución, lo que se considera que la paciente está curada.

Los carcinomas de uretra anterior son de grado y estadio bajo, mientras que los 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 supervivencia en el tratamiento y pronóstico del cáncer de uretra; la división anatómica establece el estadio clínico, por lo que se considera que la paciente está curada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Segura Huerta A, Molina Saera J, Palomar Abad L, Pellín Ariño L, Guerrero Zotano A, Calderero Aragón V. Carcinoma uretral con extensión locorregional importante: ¿Cómo manejamos una patología infrecuente? Actas Urol Esp [revista en la Internet]. 2004 Ene [citado 2010 Jun 23]; 28(1): 57-61. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062004000100011&lng=es
2. Gaya Sopena JM^a, Peña González JA, Queralt M, Pascual Caparrós SJ, Palou Redorta J, Villavicencio Mavrich H. Carcinoma escamoso de uretra metastático. Actas Urol Esp [revista en la Internet]. 2009 Jun [citado 2010 Jun 23]; 33(6): 712-716. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062009000600018&lng=es
3. Thyavihally YB, Wuntkal R, Bakshi G, Uppin Sh, Tongaonkar HB. Primary Carcinoma of the Female Urethra: Single Center Experience of 18 Cases Japanese Journal of Clinical Oncology 2005 35(2): 84-87. Disponible en: <http://jjco.oxfordjournals.org/cgi/content/full/35/2/84>
4. Powell C, Mydlo JH, Donohoe JM. Urethral Cancer [monografía en internet]. Oct 29, 2009. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/451496-overview>. [citado nov. 2009]
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: p.347.
6. Milosevic MF, Warde PR, Banerjee D, et al. Urethral carcinoma in women: results of treatment with primary radiotherapy. Radiother Oncol 2003; 56(1):29.
7. Instituto Nacional del Cáncer. Cáncer de la uretra: Tratamiento (PDQ®) [monografía en internet]. 10/30/2009; Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/uretra/HealthProfessional/page5> [citado Nov. 2009]
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- Nicolle L.E. Asymptomatic bacteriuria in the elderly. Urinary tract infection. Inf Dis N A; 2005;11(3)647-60.

10- Warren J.W. Catheter-Associated urinary tract infections. Urinary tract infection. Inf Dis N A; 2005; 11(3):609-18.

Recibido: 20 de Noviembre de 2009.

Aprobado: 2 de Julio de 2010.

Dra. Idelma Castillo García. MsC. Especialista de Primer Grado en Urología. Master en Longevidad Satisfactoria. Profesora Auxiliar. Hospital Universitario Clínico Quirúrgico "León Cuervo Rubio". Dirección particular: Km 4. Consolación del Sur. Pinar del Río.