

2ª Sesión Ordinaria - 27 de Mayo de 1965

Presidente.....Dr. Oscar A. Fonio
Secretario.....Dr. Juan M. Guzman

Revista Argentina de Urología y Nefrología
Volúmen XXXIV - Nos 1-8 Pág. 510-513

Adenocarcinoma de uretra femenina propagado a vejiga y vagina, su tratamiento y evolución

Por los doctores: A. Trabucco, L. Sánchez Sañudo, R. Borzone y P. Bragoni.

Presentamos a la consideración de ustedes el caso de una mujer de 48 años de edad, argentina, proveniente de Misiones, portadora de una neoplasia de uretra, de características histológicas poco frecuentes.

Entró en nuestro Servicio del Hospital Rawson en 7.6.64 con un cuadro de intensa disuria hemouretorrágias y hematurias con abundantes coágulos, polaquiuria diurna y nocturna, presentando esta sintomatología desde hace 10 meses, acompañada con molestias y dolores en el hipogastrio que se irradian a sus órganos genitales externos.

Ha perdido 20 kg. de peso y se encuentra, debido a la permanente pérdida de sangre, con un estado de anemia muy importante, siendo el valor de el hematocrito al internarse de 26%.

Padece desde hace pocos días dolores en fosa lumbar derecha en forma casi permanente acusando un estado febril, con temperaturas que oscilan entre los 38 y 39 grados.

Nos encontramos ante una enferma con muy mal estado general, febril, abúlica y ligeramente disneica, de mucosas y conjuntivas pálidas y secas, taquicárdica e hipotensa.

La fosa lumbar derecha dolorosa, con puño percusión y puntos reno ureterales positivos, el riñón no se palpa, existiendo ligera defensa muscular en la zona.

El hipogastrio presenta una gran resistencia dolorosa, se palpa globuloso con matitez a dos traveses de dedo del ombligo. No hay adenopatías.

Los órganos genitales externos cubiertos con restos de sangre y coágulos. La uretra, sagrante, ocupada por un proceso proliferativo que aflora al meato uretral con ma-

melones de tejidos recubiertos en parte por fibrina, sangre, coágulos y restos esfece-
lados.

Al tacto esta se palpa engrosada y endurecida por un proceso infiltrativo y a medida que se aleja del meato va perdiendo toda delimitación con los tejidos adyacentes, transformándose a nivel del cuello vesical en una gran tumoración, dura, de límites difusos; por detrás la masa tumoral se va agrandando, táctandose una vejiga ocupada.

La apalpación bi manual confirma la presencia en hipogastrio de una tumoración que contacta con la mano abdominal, de borde superior ligeramente redondeado, del tamaño de un pomelo grande, de límites netos, dolorosa, que corresponde a la vejiga urinaria.

Los fondos de vasos vaginales laterales y posteriores y el cuello uterino no parecen estar comprometidos en el proceso.

Al colocar un espéculo vaginal, observamos en la pared anterior de la vagina y en su pared lateral derecha, una gran ulceración, de bordes endurecidos y desflecados, cubierta su fondo con coágulos y tejido necrótico. Los fondos de sacos vaginales, el cuello uterino y la pared posterior de la vagina se muestran aparentemente normales.

Al tacto rectal nada de particular.

Se hacen tomas de tejidos para efectuar estudio anatomopatológico.

Debido a su estado se le practicaron varias transfusiones de sangre y plasma, se le medicaron antibióticos, analgésicos y sonda uretral nº 12 para drenar vejiga.

El calibre de la uretra se halla muy disminuído, pasando con dificultad la sonda reco-
giéndose por la misma 200 cc de orinas hematóricas con abundantes restos de tejidos y coágulos.

Los primeros análisis realizados de urgencia, arrojaron los siguientes resultados.

Hematocrito 26%, G. Rojos 2.400.000, G. Blancos 10.000, Eritrosedimentación 100 mm. para la primer hora. Glucemia 0.90 Gr/oo; Uremia 0.75 Gr/oo; Potasio 5 mEq. Sodio 123 mEq. Cloro 92 mEq.

A la semana de internada se le pudo aplicar un examen endoscópico bajo anestesia general, que informa: Dificultad en el pasaje del Cistoscopio calibre 16. La capacidad vesical se encuentra disminuída; el medio se enturbia rápidamente con sangre.

La mucosa que cubre el techo y la parte del fondo vesical se encuentra despulida e hipertrofiada; girando el Cistoscopio se visualiza desde hora 3 a hora 9 una masa de tejido de proliferación con amplias zonas de necrosis que invaden y cubren toda la superficie que va de la pared lateral izquierda a pared lateral derecha pasando por el piso vesical, ocultando trigono, ambos meatos ureterales y cuello de vejiga, haciendo continuidad con la uretra.

El urograma muestra buena eliminación con buena evacuación de la sustancia iodada, sin uretero pielectasia

En la cistografía se nota falta de relleno en hemivejiga derecha, imagen cistográfica que hace pensar en una masa proliferativa que ha invadido la luz vesical a nivel de la pared lateral derecha

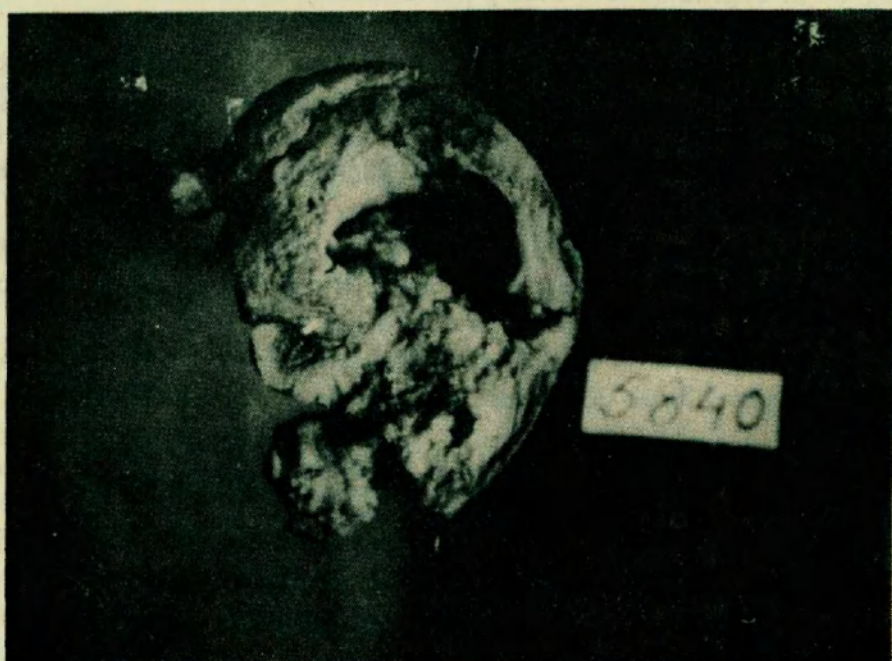
La uretrocistografía dibuja una marcada falta de relleno de la luz uretral, cuello vesical y piso de vejiga

El protocolo anatomopatológico de la biopsia informa: Adenocarcinoma diferenciado e infiltrante de Uretra, con pérdida de estroma e inflamación aguda adyacente.

Con este diagnóstico y ante la magnitud de la neoplasia planteamos la solución quirúrgica del caso y el 14-7-64 el Dr. Sánchez Sañudo le practica por vía transperitoneal de acuerdo a técnica de Trabucco una uretero sigmoideo anastomosis bilateral, derivación

urinaria que la enferma tolera bien sin grandes problemas post operatorios salvo ligera rectitis y algunos picos febriles, síntomas que se controlaron bien con meditación. Tal es así que al mes la enferma se encontraba en condiciones favorables de ser intervenida nuevamente y el 13.8.64 el Doctor Sanchez Sañudo le efectuó una uretrocistectomía total con colpohisterectomía total completa con vaciamiento ganglionar amplio.

La pieza operatoria confirmó la presencia de un tumor de uretra que infiltra y ulcera la pared anterior de la vagina, englobando todo el cuello vesical, piso de vejiga y ambas paredes laterales, con mayor producción a la derecha, donde engloba la desembocadura del ureter.



El pos operatorio presentó serios problemas de regulación humoral, provocados y agravados por un ilio funcional que mejoró recién al cabo de una semana de tratamiento habitual.

Como tratamiento complementario la enferma fue sometida a un tratamiento pos operatorio de tele-cobalto-terapia de 6000 R combinado con aplicaciones en la zona de agujas de radium y a posteriori se la medicó con Mostazas Nitrogenadas. A pesar de todo ello presenta actualmente en el fondo de saco de la cavidad pos operatoria una recidiva del tamaño de una frambuesa, que sangra con facilidad.

Considerando el interés en este caso de los estudios radiográficos efectuados a posteriori, que traducen fielmente la evolución seguida por el sistema excretor ante la derivación intestinal pasamos a comentar:

En un urograma sacado el 8/8/64 a casi un mes de la uretero anastomosis intestinal. Se observó un retardo marcado de la evacuación del contraste, una mala concentración del mismo y una actasia y dilatación de ambos sistemas excretores.

En un urograma sacado el 5/9/64, o sea aproximadamente a los 25 días de la segunda intervención se observó una marcada mejoría en la calidad de la función renal y en su morfología.

En el urograma actual sacado el 8/5/65 dicha mejoría se acentúa mucho más.

COMENTARIO: El adenocarcinoma primario de la uretra femenina es relativamente raro y su pronóstico es muy malo. Mientras el carcinoma transicional y el escamoso, que comprenden la mayoría de las tumoraciones uretrales, se originan en las células epiteliales de la uretra, el adenocarcinoma se origina en las glándulas periuretrales. Hasta la fecha se han publicado alrededor de 640 casos de tumores malignos primitivos de la uretra femenina de los cuales 60 eran adenocarcinomas primitivos; Ben Shuitzes agrega últimamente dos casos más y nosotros el que en este momento distrae la atención de Uds. Mc Cra pone al día el tema en 1952 y estudia 546 casos de tumores malignos de la uretra femenina de los cuales 48 eran adenocarcinomas.

Observó que la enfermedad comenzaba generalmente en el meato donde los conductos perimetrales se encontraban más fácilmente expuestos a la irritación y a la infección; que el promedio de edad era entre los 42 y los 43 años aunque se desarrollaban con más frecuencia en la mujer que en el hombre.

En agosto de 1960, Knoblich revisa la literatura y agrega tres casos afirmando la mayor frecuencia de estos en la menopausia y pos menopausia. Puntualizando que la mayoría de los adenocarcinomas se originan en la porción distal de la uretra y que no se ha registrado un solo caso de adenocarcinoma originado en la porción proximal de la misma. Sintetizando los adenocarcinomas de la uretra femenina comprenden el 10% de los tumores uretrales, se presentan en mujeres pos menopausicas y se originan en las glándulas periuretrales. La sintomatología incluye hemouretrorragias, síntomas del tracto urinario inferior, pérdida de peso y una masa palpable local. El esquema terapéutico debe adaptarse al caso, utilizando la intervención quirúrgica apropiada así como las modernas formas de irradiación y quimioterapia. Desgraciadamente los adenocarcinomas bien diferenciados, como generalmente ocurre, son altamente radioresistentes. En nuestro caso así ha ocurrido. Parece observarse poca diferencia evolutiva entre los adenocarcinomas y otros tipos de tumores malignos de la uretra, pero los que se encuentran circunscriptos a la porción más distal de la misma suelen ser los de mejor pronóstico.

RESUMEN: Se presenta un caso de adenocarcinoma de uretra femenina altamente diferenciado y muy avolucionado dado que invadía parte de vejiga y vagina. Se le practicó una ureterosigmoideoanastomosis y al mes una uretrocistectomía total con colpo histerectomía y vaciamiento ganglionar amplio. Complementándose la intervención con telecobaltoterapia, radiumterapia y quimioterapia. Se muestran los estudios radiográficos complemento que informa fielmente la recuperación de la función y evacuación renal afectada en el pos operatorio inmediato.

La enferma se encuentra actualmente con una recidiva.