

## ADENOCARCINOMA DE URETRA FEMENINA

Dr. Almós, Alfredo - Dr. Lamela, Luis - Dr. Márquez, Jorge  
Dr. Rangugni, Alberto - Dra. Baron Lis, Elsa

Presentamos un caso de adenocarcinoma primitivo de uretra femenina. Estadísticamente este tipo de blastoma se presenta en un porcentaje que varía entre 8 y 10% de los tumores epiteliales de la uretra.

La mayor parte de los tumores uretrales, como son el carcinoma transicional y el escamoso, se originan a partir de las células epiteliales de la mucosa uretral; el adenocarcinoma, en cambio, se origina a partir de las glándulas para-uretrales, que según Ricci y col. disminuyen en número desde la vecindad del meato uretral hasta el cuello de la vejiga. Se trata de la paciente Rosa R., casada, de 65 años, historia clínica N° 109.325, que ingresa el 27/4/76 al servicio de guardia de nuestro hospital, presentando dolor intenso en hipogastrio, disuria, polaquiuria y disnea de reposo. Refiere, 4 días antes de su internación, un episodio de retención aguda de orina.

El día 28/4/76 se produce un nuevo episodio de retención aguda de orina, debiéndosele colocar una sonda uretral.

El día 10/5/76 es derivada al servicio de Ginecología, con el diagnóstico de útero miomatoso encarcelado y en anteversoflexión como causante de la retención urinaria. Se practica laparotomía, encontrándose una matriz normal, se realiza una exploración vesical a cielo abierto, en donde se comprueba una sobreelevación importante del cuello vesical, dando la sensación óptica de un adenoma de próstata; se cierra la laparotomía por planos, dejando talla hipogástrica.

El día 16/6/76 es derivada al servicio de Urología. Paciente lúcida, afebril, ubicada en tiempo y lugar, presentando talla hipogástrica.

El tacto vaginal permite apreciar una tumoración periuretral, de forma ovoidea, de 3 por 5 cm de tamaño y de consistencia similar a la del caucho, de bordes nítidos y sin infiltración macroscópica aparente de los planos vecinos y que se extiende desde 1 cm por detrás del meato uretral hasta el cuello de la vejiga, siendo la mucosa vaginal que la recubre de aspecto normal.

El examen panendoscópico, que es dificultoso, nos permite observar a nivel del cuello vesical una elevación importante del trigono, por dos lóbulos, y además colgajos de fibrina en toda la pared vesical.

### Análisis clínicos

Orina turbia, densidad 1020, con vestigios de albúmina y conteniendo hemoglobina, células epiteliales, leucocitos y uratos amorfos.

Urocultivo: desarrollo de *Escherichia coli*, más de 100.000 colonias por cm<sup>3</sup>.

Eritrosedimentación: 1ª hora, 13; 2ª hora, 38. Uremia: 0,45 g %.. Hemograma: Gr. 4.200.000; Blancos, 9.400. Proteínas totales: 6,30.

Urograma excretor: se aprecia buena eliminación de sustancia opaca bilateralmente; a nivel del piso vesical se observa una elevación del mismo asemejando una imagen típica de adenoma de próstata.

Se decide intervenirla quirúrgicamente el día 2/7/76. Posición ginecológica, se coloca sonda uretral; incisión longitudinal de cara anterior de vagina que comienza a 1 cm del meato uretral y se extiende hacia atrás hasta el cuello de la vejiga, disección de los colgajos vaginales sin dificultad. Se realiza entonces la enucleación fraccionada de un tumor sólido periuretral que se envía a biopsia por congelación. Resultado de la misma, informe 29.016: proliferación glandular sin signos de malignidad histológica (fig. 1).

Anatomía patológica: inclusión 29.034, tumor adenomatoso con algunas anomalías celulares.

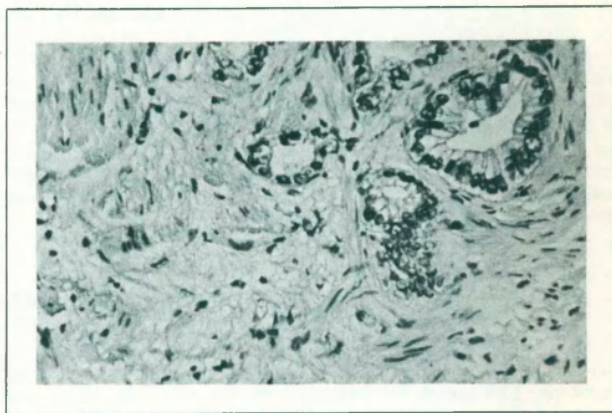


Figura 1. Se aprecian 3 glándulas tapizadas por epitelio sin mayor particularidad.

Paciente evoluciona bien, orinando espontáneamente; alta de sala el 18/8/76.

El día 10/2/77 reingresa a nuestro servicio por retención aguda de orina, debido a la existencia de una importante tumoración periuretral. Se decide realizar uretrectomía total para, en un segundo tiempo, formar una neouretra.

Intervención quirúrgica: 21/2/77; se aborda vejiga por vía abdominal, se despeja la misma de los tejidos vecinos y del pubis en forma trabajosa, al abrir la vejiga se comprueba la prominencia del tumor uretral que empuja la mucosa vesical sin invadirla macroscópicamente. No se individualizan meatos ureterales debido a una gran cistitis reaccional. Se coloca a la paciente en posición ginecológica. Se realiza incisión periuretral de la mucosa vaginal y se trata de disecar el tumor. Por no existir plano de clivaje, se realiza enucleación a tijera y en forma digital. Se secciona uretra a nivel del cuello vesical y se cierra el orificio del mismo con puntos de dexton 00, realizándose luego uretrectomía total. Se cierra mucosa vaginal; cierre de vejiga y pared abdominal por planos, dejándose talla hipogástrica.

Anatomía patológica: inclusión 30.549; informe adenocarcinoma bien diferenciado (fig. 2).

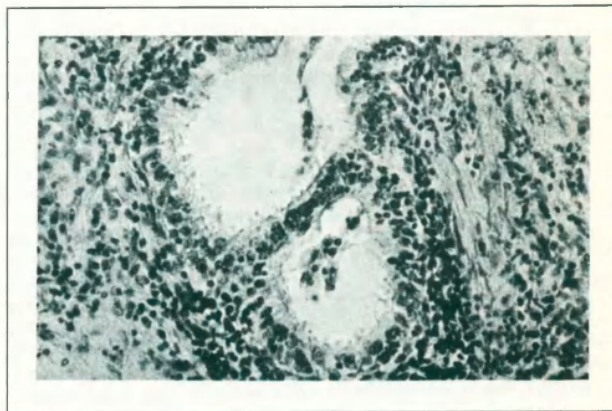


Figura 2. Se observan 2 glándulas tapizadas por epitelio moderadamente atípico y gran infiltración linfocitaria en el estroma.

Día 10/3/77 se descubre una fístula vesicovaginal. Día 2/4/77, cierre de la fístula por vía vaginal; evolución buena en los días subsiguientes. Alta de sala el 24/4/77, con tala hipogástrica; la paciente se niega a realizar cobaltoterapia posoperatoria.

### Disquisiciones anatomopatológicas

Efectuada la revisión del material de esta paciente cabría el siguiente comentario: en primer lugar, no se trata de un error de diagnóstico histopatológico. En segundo término, no creemos que corresponda a aquellos casos, que aunque no muy frecuentemente pueden verse, de tumores benignos en sus primeras manifestaciones y que luego recidivan mostran-

do, en cada nueva aparición, signos de anomalías crecientes, hasta que finalmente terminan como blastomas malignos. Pero sí pensamos que debido al poco tiempo transcurrido entre las distintas tomas, los dispares diagnósticos histopatológicos son consecuencia de los diferentes lugares de donde se realizó la biopsia y no por cambios posteriores de la estructura celular.

### Comentarios

Hemos creído oportuno presentar este caso de adenocarcinoma primitivo de uretra femenina, como un nuevo aporte a la casuística nacional.

### Bibliografía

1. Ahumada, J. C., y col.: "El cáncer ginecológico". Edit. El Ate-neo, Buenos Aires, 1953.
2. Astraldí, y col.: "Fístulas uretroescrotales. Epitelioma pavimen-toso escinocelular del periné". Rev. Socied. Arg. de Urología, vol. 6, año 1937.
3. Benzádon, J., y Morello, F.: "Cáncer de la uretra". Bol. Soc. Obst. y G. Bs. Aires, 26:13, 1947.
4. Dotta, J. S., y Delporte, T. U.: "Carcinoma de la uretra feme-nina". Rev. Arg. Urol., 34:724-736, 1955.
5. Graf, E. C.; Callahan, D. H., y Sozer, I.: "Study of tumors of female urethra". J. Urol., 88:64-70, 1962.
6. Guzmán, J.; Casal, J., y Monserrat, M.: Tumor metastásico de la uretra anterior secundario a epitelioma vesical". Rev. Arg. Urol., 37:64, 1968.
7. Hassim, A. M., y Mac Neill, A. T.: "Primary adenocarcinoma of the para urethral glais". Brit. J. Surg., 53:689-691, 1966.
8. Howe, G. W.E., y col.: "Carcinoma of urethra: Diagnosis and treat-ment". J. Urol., 89:232-235, 1963.
9. Irazu, J.: "Tumor de la uretra prostática". Rev. Arg. Urol., 10: 43, 1941.
10. Nash: "Urethral caruncle". Obst. and Gynec. Brit. Common-wealth, 75:781-783, 1968.
11. Paglieri, H.; Scorticati, C., y Bottini, J. C.: "Cáncer de uretra en la mujer". Rev. Arg. Urol., vol. 39, 121-129, 1970.
12. Trabucco, A., y Bottini, E. (h.): "Adenoma de la uretra femeni-na". Rev. Arg. Urol., vol. 15, 1946.
13. Trabucco, A., y Borzone, R. J.: "Cistoadenoma metaplásico de uretra femenina". Rev. Arg. Urol., vol. 19, 1950.
14. Trabucco, A., y col.: "Adenocarcinoma de uretra femenina pro-pagado a vejiga y vagina, su tratamiento y evolución. 1 caso". Rev. Arg. Urol., vol. 34, 510, 1965.
15. Rubi, R., y Rubi, R. A.: "Epitelioma intradiverticular de uretra femenina". Rev. Arg. Urol., 28:258-261, 1959.