

TUMORES DE URETRA POSTERIOR

Dr. Morera, J. - Dr. Rivero, M. - Dr. Ruiz, R. - Dr. Borst, E. - Dr. Giorgini, E.
Dr. Alescio, J. - Dr. Bardoneschi, E.

El carcinoma de uretra posterior registra una incidencia del 6,6 % de los tumores de la uretra. (*)

Estos tumores eran de difícil tratamiento, hasta el advenimiento de la cirugía transuretral. Esta cirugía ha modificado radicalmente el pronóstico de estos enfermos.

Una revisión de la casuística publicada en nuestro país y en el exterior, muestra que los síntomas más frecuentes en las neoplasias de esta localización han sido la combinación de obstrucción, infección, ulceración y hematuria.

A diferencia de los tumores de uretra anterior, usualmente palpables, los de uretra posterior suelen manifestarse con los signos descritos.

En casos avanzados la neoplasia infiltra el perineo y da lugar a la aparición de adenopatías palpables en el trayecto inguinal, con invasión de próstata y base de vejiga.

Los tipos histológicos encontrados en pacientes portadores de carcinoma de uretra son, en orden de frecuencia: carcinoma de células escamosas, carcinoma de células transicionales, adenocarcinoma y melanoma.

La leucoplasia debe ser tenida en cuenta como lesión pre-neoplásica del carcinoma escamoso, manifestándose clínicamente con disuria y hematuria, y endoscópicamente como una formación anular que comprime el lumen.

Desde el punto de vista del estudio de estos pacientes, el laboratorio permite detectar la microhematuria y la infección, mientras que la endoscopia posibilita evidenciar las lesiones ulcerativas y las obstrucciones producidas por estas neoplasias.

En estadios iniciales, son procesos que cursan sin dolor y rara vez presentan disuria o polaquiuria.

La sintomatología obstructiva y el dolor perineal constituyen manifestaciones de propagación de la enfermedad.

Para el diagnóstico diferencial deben considerarse, en primer término, las prostatitis agudas y crónicas, y en segundo término, las escleroses cervicales.

Con respecto al tratamiento, en la medida en que todos los pacientes son estudiados endoscópicamente, más precozmente son detectadas las atipias.

Por lo tanto a mayor precocidad de tratamiento, mejores serán los resultados y las expectativas en cuanto a evolución del enfermo.

En los casos que nos ocupan, los síntomas iniciales fueron hematuria terminal en uno, y aumento de hematíes en el sedimento en el otro.

En ambos casos insistimos con el tratamiento de la resección endoscópica; la curación fue total, principalmente en el segundo, que ya lleva cinco años sin recidiva.

Nuestra casuística

Motiva la presente comunicación el hallazgo de 2 casos de tumores del epitelio transicional de la uretra posterior, detectados por panendoscopia, procedimiento que realizamos en forma rutinaria en nuestro Servicio.

Caso n° 1. Paciente de 58 años de edad, que consulta por haber presentado en varias oportunidades un cuadro de hematuria inicial acompañado de ardor miccional, sin otros trastornos de tipo urológico. Urograma excretor normal. Análisis de orina: abundantes hematíes en el sedimento. No desarrolla gérmenes.

Estudio endoscópico: uretroscopia.

Uretra prostática con zonas de mucosa patológica, que sangran al paso del panendoscopio (Wappler 17). Vero normal. Distancia vero-cuello normal. Dos lóbulos prostáticos no obstructivos.

Vejiga: paredes sanas. No se observan trabeculaciones, ni zonas patológicas.

Se realiza resección endoscópica de la mucosa alterada y sospechosa. Fragmento de peso aproximado de 3 gramos. Anatomía patológica: protocolo n° 59051. "Carcinoma papilar del epitelio transicional".

Nuevos estudios endoscópicos de control efectuados en noviembre del 77: normales. No se observan zonas atípicas.

Caso n° 2. Paciente de 35 años que llega a la consulta después de varios años de presentar en su sedimento urinario un aumento de hematíes. Urograma excretor normal. Orina bacteriológica normal. Se practica panendoscopia comprobándose sobre el vero un pequeño pólipo de 2 mm de diámetro, móvil, de color blanquecino. Vejiga normal.

Se interviene, practicándose la extirpación radical del pólipo con una sola pasada del resector, dándose por finalizada así la intervención.

Anatomía patológica: protocolo n° 46708. "Carcinoma de células transicionales".

Se efectúan controles endoscópicos cada 6 meses; comprobándose curación total. Lleva 5 años de operado.

(*) Guin y Ayala: J. Urology, febrero 1977.