

TUMOR DE URETRA POSTERIOR EN UN NIÑO

Dr. Muzio, Alberto - Dr. Grippo, Lorenzo - Dr. Marzio, Fabián - Dr. Romano, Víctor - Dr. Barisio, Roberto

Motiva esta comunicación el caso de un niño de 10 años de edad, que llegó a nuestra consulta por presentar incontinencia de orina diurna y nocturna y una tumoración en el hipogastrio. Como antecedentes de importancia figuran infecciones urinarias a repetición, con bacteriuria significativa y sedimento urinario patológico; por otra parte, el paciente no presentó nunca continencia de orina durante su corta vida. Fue sometido a tratamiento por infección urinaria y a estudios y terapia psiquiátricos. Esta terapéutica se instituyó desde los 4 años de edad en que la madre consultó por primera vez debido a la incontinencia de orina.

Hace aproximadamente 8 meses, dado el fracaso del tratamiento y recién a los 10 años de edad, el paciente es derivado a un colega urólogo, quien nos lo envía con una urografía excretora y una cistouretrografía retrógrada.

El examen clínico reveló que la tumoración del hipogastrio correspondía a un globo vesical.

La urografía excretora (fig. 1) mostró una ureterohidronefrosis bilateral y una vejiga agrandada.

La uretrrocistografía retrógrada (fig. 2) reveló una uretra posterior dilatada y una imagen lacunar negativa, a su nivel.

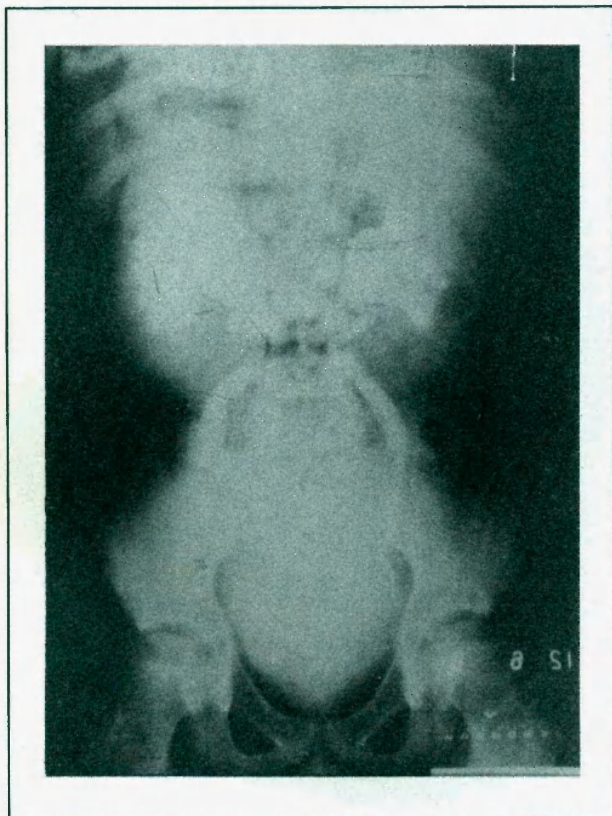


Figura 1. Ureterohidronefrosis.

Los análisis de rutina eran normales; la urea y creatinina en sangre, en sus límites máximos normales.

El flujo vesical mostró micción a gotas y pequeños chorros sin valor práctico en el trazado.

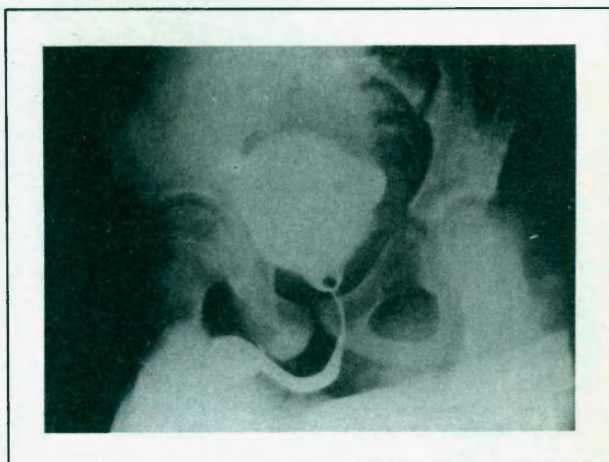


Figura 2. Uretra posterior dilatada y una imagen lacunar a su nivel.

Estos estudios fueron complementados por una uretrrocistografía, que detectó una tumoración polipoidea en la uretra posterior, que nacía a partir del verumontanum y que se desarrollaba hacia el cuello de la vejiga insinuándose en ella. Tenía un pedículo que se implantaba en la uretra y un cuerpo que con su extremo superior ingresaba en la vejiga. La figura 3 muestra la tumoración.

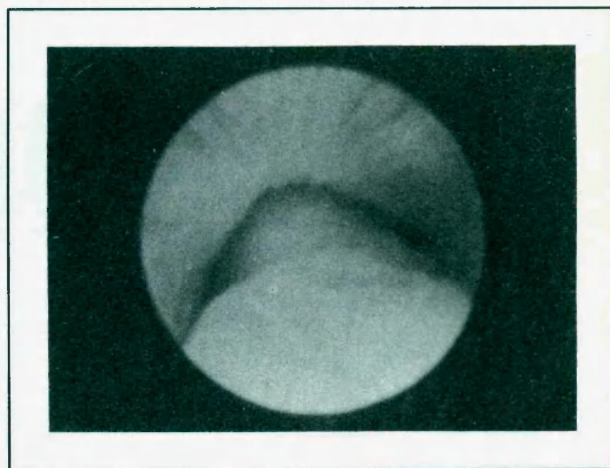


Figura 3

Los estudios realizados nos demuestran un proceso obstructivo orgánico en la uretra posterior, de forma polipoide, de naturaleza hasta aquí desconocida y con una repercusión importante en el tracto urinario supravescical.

Circunstancialmente, en esos días carecíamos de instrumental para cirugía endoscópica, y dada la resistencia de la madre en derivar al paciente a un servicio médico que dispusiera del mismo, resolvimos operar al niño utilizando la vía transvesical. Con una pequeña incisión transversal llegamos a la vejiga, y una vez abierta la misma detectamos la lesión que obstruía el cuello vesical. Con una pinza pusimos tensa la misma y la resecamos a nivel del cuello en su inserción en la uretra. La evolución fue favorable en pocos días.

El patólogo, Dr. Héctor Gallardo, nos informó que la tumoración consistía en un pólipo fibroepitelial (pólipo fibroso); es decir, que por el aspecto histopatológico no se trataba de un tumor, pues estaba formado por un eje conectivo fibroso, recubierto por epitelio normal, sin proliferación celular; se trataba pues de una lesión pseudotumoral. Estas lesiones suelen observarse como anomalías o consecuencia de procesos inflamatorios.

Luego de aproximadamente 1 mes de la operación, realizamos una urografía excretora, donde observamos la desaparición de la ureectasia supravescical.

La flujometría posoperatoria mostró un buen flujo máximo.

Antecedentes de esta patología

Gary Kearney y col.,⁽¹⁾ en 1979, mencionan 48 casos de pólipos de uretra registrados en la literatura. Los autores describen 5 casos observados desde 1964 a 1977, cuyas edades oscilaban entre los 4 y los 9 años, con un promedio de 6. La sintomatología fue: disuria, hematuria e infección; en 3 niños hallaron reflujo vesicoureteral y divertículos vesicales. La extirpación de los pólipos se realizó empleando la vía transvesical en 4 oportunidades y la transuretral en la restante. Otros hallazgos fueron enuresis y uronefrosis. La histopatología demostró un centro de tejido conectivo, fibras de músculo liso y un revestimiento de epitelio de transición.

La etiología ha sido muy discutida, Downs, R. A.,⁽²⁾ opina que resulta de una defectuosa protrusión del epitelio uretral. Kappusami, K., y Moors, D. E.,⁽³⁾ atribuyen esta patología a la metaplasia epitelial ocurrida como consecuencia de los cambios en la liberación estrogénica durante la gesta. Barrie, H. J., y Simms, D. C.,⁽⁴⁾ sugieren que el pólipo responde a la infección, mientras que Stephens, F. D.,⁽⁵⁾ sostiene que es una lesión congénita. David Kimche y Dou Lask⁽⁶⁾ presentaron el caso de un niño de 2 años de edad, hospitalizado por episodios de retención urinaria. La

biopsia del pólipo mostró que estaba constituido por un centro fibrovascular, pobre en músculo y cubierto por epitelio de transición. La lesión fue extraída por vía suprapúbica. Según estos autores la mejor vía de abordaje es la resección transvesical del pólipo.

Entre 50 casos publicados hasta 1982, 16 fueron extraídos por vía transuretral, mientras que los otros 34 lo fueron por abordaje transvesical.

Bernard Dalens, Guy Vanneville, Louis Vincent y Jean-Luc Fabre⁽⁷⁾ presentaron el caso de un pólipo congénito de uretra asociado a un cálculo vesical en un niño de 2 años de edad. Fue operado por vía suprapúbica.

Discusión y conclusiones

Como primera consideración debemos afirmar que el estudio urológico inicial debe hacerse con una urografía excretora y una cistouretrografía miccional, y no una uretrocistografía retrógrada, como fue enviado nuestro paciente.

Es imprescindible insistir en que todo niño con incontinencia de orina nocturna que no remite la sintomatología en un lapso de 2 meses debe ser estudiado. La misma conducta hay que imponer ante todo caso en que la incontinencia nocturna se asocie a incontinencia diurna y/o infección urinaria. El estudio debe realizarse con las investigaciones radiológicas ya citadas y, si fuera necesario, completar con urodinamia.

Nosotros no rechazamos a la psiquiatría como rama de la medicina en cuanto a la utilidad que pudiera brindar en la incontinencia de orina en el niño; pero es necesario insistir en la necesidad de completar el estudio urológico en los casos ya citados.

Por otra parte, creemos que la vía quirúrgica de elección es la transuretral. Nosotros no la hemos practicado por las razones ya expuestas y nos sorprende la predilección de algunos autores por la vía transvesical.

Bibliografía

1. Kearney, Gary; Lebowitz, R. L., y Retik, A. B.: "Obstructing polyps of the posterior urethra in boys. Embryology and management". *J. Urol.*, 122:802, 1979.
2. Downs, R. A.: "Congenital polyps of the urethra: a review of the literature and report of two cases". *Brit. J. Urol.*, 42:76, 1970.
3. Kappusami, K., y Moors, D. E.: "Fibrous polyp of the verumontanum". *Canad. J. Surg.*, 11:388, 1968.
4. Barrie, H. J., y Simms, D. C.: "Hydronephrosis resulting from obstruction of the urethra by a polyp of the verumontanum". *Am. J. Clin. Path.*, 36:356, 1961.
5. Stephens, F. D.: "Urethral obstruction in childhood; use of urethrography in diagnosis". *Aust. New Zeal. J. Surg.*, 25:89, 1955.
6. Kimche, David, y Lask, Dou: "Congenital polyp of the prostatic urethra". *J. Urol.*, 127:134, 1982.
7. Dalens, Bernard; Vanneville, Guy; Vincent, Louis, y Fabre, Jean-Luc: "Congenital polyp of the posterior urethra and vesical calculus in a boy". *J. Urol.*, 128:1034, 1982.