

# Adenocarcinoma de uretra tipo intestinal en un varón de 66 años de edad. Comunicación de un caso

## *Urethral Intestinal Type Adenocarcinoma in a 66-year-old man: a Case Report*

Jordi Guimera\*, Marta De la Cruz\*, Paula Carrillo\*\*, Adriana Quintero\*\*

\*Servicio de Urología. \*\*Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca, España.

### INTRODUCCIÓN

Los tumores primarios de uretra son neoplasias raras del tracto genitourinario, de las cuales, el adenocarcinoma representa uno de los tipos histológicos más infrecuentes<sup>1-3</sup>. La incidencia del adenocarcinoma de uretra en Estados Unidos para afroamericanos y caucásicos está establecida en 0,64 y 0,52 por millón de habitantes, respectivamente<sup>2</sup>.

La etiología del cáncer de uretra no es bien conocida. La inflamación crónica parecería jugar un papel importante, debido a que existe una alta incidencia de tumores uretrales en pacientes con estenosis de uretra, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo la infección del virus del papiloma humano<sup>1,4</sup>.

Los signos clínicos suelen ser inespecíficos; los más frecuentes son los siguientes, a saber: hematuria macroscópica y síntomas del tracto urinario inferior (STUIs)<sup>1,5,6</sup>.

Dado el escaso número de publicaciones al respecto, no existe consenso sobre cuál es el mejor abordaje terapéutico para los tumores de uretra<sup>1,7</sup>.

### CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente varón de 66 años de edad con historia de enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis, adenocarcinoma de colon que requiere hemicolectomía laparoscópica en febrero de 2015. El informe de anatomía patológica describe un adenocarcinoma moderadamente diferenciado que invade lámina propia y presenta invasión angiolinfática (T1NOMO).

El paciente presenta un episodio de hematuria macroscópica sin STUIs ni signos de infección en julio de 2015. Los cultivos de orina resultan negativos y tampoco se recogen antecedentes de trauma uretral.

En el examen físico se objetivan nódulos en uretra anterior. La citología urinaria es sugestiva de tumor maligno de alto grado. Se efectúa una uretrocistoscopia donde se objetiva una lesión nodular en uretra anterior.

Se indica la realización de una resonancia magnética nuclear (RMN) sin gadolinio debido a su enfermedad renal crónica, observando un nódulo en uretra anterior. A causa de la baja resolución de la RMN sin gadolinio, se indica una ecografía, donde se describe un nódulo hipervascularizado en uretra anterior que no invade

cuerpo esponjoso. La tomografía computarizada (TC) no demuestra afectación extrauretral.

El paciente es intervenido con uretrectomía parcial y uretrotomía perineal en julio de 2015. El examen histopatológico de la pieza quirúrgica demuestra un tumor polipoideo de 1 cm (Figura 1). El análisis microscópico revela un adenocarcinoma tipo intestinal (pTa). El estudio inmunohistoquímico establece que el tumor es positivo para CDX-2 (*caudal type homeobox 2*),  $\beta$ -catenina citoplasmática y positividad focal para CK20. El tumor es negativo para CK-7, sinaptofisina, cromogranina, PAX8, PSA (*prostate-specific antigen* [antígeno prostático específico]) y P-63.



**Figura 1.** Pieza quirúrgica con tumor de aspecto polipoideo

## DISCUSIÓN

El carcinoma de uretra es uno de los tumores más raros del tracto urinario; los tumores de tipo transicional o escamosos son los predominantes en la uretra. El adenocarcinoma, siendo uno de los tipos histológicos más raros, puede presentar diversas variantes histológicas, siendo la más frecuente el tipo columnar/mucinoso. El hecho de presentar positividad para CDX-2 y positividad focal para CK20 sugiere que éste es un tipo de adenocarcinoma de tipo intestinal, y la positividad para  $\beta$ -catenina citoplasmática sugiere un origen primario no colónico, siendo más probable un origen de una glándula parauretral a pesar de la negatividad para PSA. Un examen secundario de la pieza del adenocarcinoma de colon se efectuó tras los hallazgos histológicos de la pieza quirúrgica uretral. El adenocarcinoma de colon

presentaba positividad para  $\beta$ -catenina citoplasmática, motivo por el que no se puede descartar un origen metastásico del adenocarcinoma de uretra. El tumor de uretra se clasificó como adenocarcinoma tipo intestinal uretral TaN0MO.

Dada la rareza de este tipo de tumor, resultó difícil establecer un abordaje terapéutico, considerando, además, que la experiencia publicada sobre este tipo de tumor es anecdótica<sup>9</sup>. El manejo del tumor de uretra tiene en cuenta el tipo histológico, el grado del tumor, la extensión de la enfermedad, la localización en la uretra y la existencia de metástasis a distancia. Se sabe que el grado histológico y estadios de la enfermedad son los mejores predictores para establecer la tasa de supervivencia<sup>7-9</sup>. Los tumores localizados en la uretra anterior presentan un mejor pronóstico<sup>7,9</sup>, esto puede explicarse porque los tumores de uretra posterior suelen presentar clínica y diagnosticarse en estadios más avanzados<sup>3</sup>.

El tratamiento quirúrgico como único tratamiento constituye una buena opción en tumores de uretra localizados o de bajo estadio. Existen diferentes técnicas quirúrgicas para tratar el tumor de uretra: resección transuretral (RT), uretrectomía parcial o total, penectomía parcial o radical y cistoprostatectomía. La RT se emplea habitualmente en el tratamiento de tumores de uretra de bajo estadio. La penectomía radical y la cistoprostatectomía se reservan para tumores de uretra de estadio avanzado que, además, probablemente requieran de un tratamiento multimodal. El tratamiento multimodal es una opción terapéutica en tumores de uretra. Consiste en tratamiento neoadyuvante (quimioterapia y/o radioterapia) seguido de resección quirúrgica.

En nuestro caso, pese a no poder asegurar que el tumor de uretra fuera una metástasis del tumor de colon, decidimos efectuar una uretrectomía parcial y una uretrotomía perineal<sup>10</sup> debido a que el tumor estaba localizado en la uretra anterior, teniendo en cuenta que la TC y la ecografía no mostraban invasión del cuerpo esponjoso ni enfermedad a distancia. El seguimiento al momento de elaborar este artículo ha sido de 18 meses, y no hemos objetivado signos de recurrencia local o a distancia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Dalbagni G, Zhang ZF, Lacombe L, Herr HW. Male urethral carcinoma: analysis of treatment outcome. *Urology*. 1999 Jun; 53 (6): 1126-32.
2. Swartz, MA, Porter MP, Lin DW, Weiss NS. Incidence of primary urethral carcinoma in the United States. *Urology*. 2006 Dec; 68 (6): 1164-8.
3. Hopkins SC, Nag SK, Soloway MS. Primary carcinoma of male urethra. *Urology*. 1984 Feb; 23 (2): 128-33.
4. Kaplan GW, Bulkey GJ, Grayhack JT. Carcinoma of the male urethra. *J Urol*. 1967 Sep; 98 (3): 365-71.
5. Fair WR, Chi-Rei Y. Urethral carcinoma in males. In: Current Therapy in Genitourinary Surgery, 2nd, Resnick MI, Kursh BC (Eds), Decker, 1997; p.157.
6. Syvänen KT, Taimen P, Salminen A, Kuusisto K, Boström PJ. Bulbourethral gland adenocarcinoma in a 25-year-old man without comorbidities: radical resection of proximal urethrae with Mitrofanoff-type appendicovesicostomy. *Scand J Urol*. 2014 Aug; 48 (4): 405-9.
7. Gheiler EL, Tefilli MV, Tiguert R, de Oliveira JG, Pontes JE, Wood DP Jr. Management of primary urethral cancer. *Urology*. 1998 Sep; 52 (3): 487-93.
8. Massari F, Ciccamese C, Modena A, Maines F, Segala D, Luchini C, y cols. Adenocarcinoma of the paraurethral glands: a case report. *Histol Histopathol*. 2014 Oct; 29 (10): 1295-303.
9. Dinney CP, Johnson DE, Swanson DA, Babaian RJ, Eschenbach AC. Therapy and prognosis for male anterior urethral carcinoma: an update. *Urology*. 1994 Apr; 43 (4): 506-14.
10. Minsky BD. The role of radiation therapy in rectal cancer. *Semin Oncol*. 1997 Oct; 24 (5 Suppl 18): S18-25-S18-29.