

nes de antibióticos. La tasa de recidiva de este cuadro oscila entorno a un 25%, requiriendo nuevos ciclos de antibióticos y de mayor duración (7). Ante la aparición de un cuadro abscesificado o de orquitis necrotizante, la orquiectomía será el tratamiento de elección.

CONCLUSIONES

1. La orquiepididimitis brucelosa es una entidad poco frecuente. Debemos incluirla en el diagnóstico diferencial del escroto agudo en zonas endémicas o ante orquiepididimitis que no evolucionan de manera favorable con el tratamiento antibiótico habitual.
2. Su diagnóstico se basa en el aislamiento de *Brucella spp.* en hemocultivos y en la positividad para test serológicos específicos (rosa de Bengala y test de seroaglutinación estándar para un diagnóstico precoz, Coombs y Brucellacapt en un segundo escalón, con similar sensibilidad y especificidad).
3. El tratamiento antibiótico sigue siendo controvertido. En general se recomienda la combinación de *Doxiciclina* v.o (6 semanas) junto con *Streptomycin* i.m (3 semanas) o *Rifampicina* v.o (6 semanas).

BIBLIOGRAFIA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

1. ALAPONT ALACREU, J.M.; GÓMEZ LÓPEZ, L.; DELGADO, F. y cols.: "Orquiepididimitis por Brucella". *Actas Urol. Esp.*, 28: 774, 2004.
2. NAVARRO MARTÍNEZ, A.; SOLERA, J.; CORREDOIRA, J. y cols.: "Epididymo-orchitis due to *Brucella mellitensis*: a retrospective study of 59 patients". *Clin. Infect. Dis.*, 33: 2017, 2001.
3. PAPATSORIS, A.G.; MPADRA, F.A.; KARAMOUZIS, M.V. y cols.: "Endemic brucellar epididymo-orchitis: a 10-year experience". *Int. J. Infect. Dis.*, 6: 309, 2002.
- *4. CASAO, M.A.; NAVARRO, E.; SOLERA, J.: "Evaluation of Brucellacapt for the diagnosis of human brucellosis". *Journal of Infection*, 49: 102, 2004.
5. VALDELVIRA NADAL, P.; NICOLÁS TORRALBA, J.A.; BAÑÓN PÉREZ, V.J. y cols.: "Orquiepididimitis brucelosa". *Actas Urol. Esp.*, 25: 140, 2001.
6. GONZÁLEZ SÁNCHEZ, F.J.; ENCINAS GASPAS, M.B.; NAPAL LECUMBERRI, S. y cols.: "Brucellar orchiepididymitis with abscess". *Arch. Esp. Urol.*, 50: 289, 1997.
- *7. VALERO PUERTA, J.A.; MEDINA PÉREZ, M.; MARÍN MARTÍN, J. y cols.: "Recidiva en orquiepididimitis brucelosa". *Actas Urol. Esp.*, 23: 726, 1999.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 58, 7 (677-682), 2005

ADENOCARCINOMA DE URETRA FEMENINA: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Javier Amalio Feltes Ochoa, Ovidio Blanco Carballo, Ángel Tejido Sánchez, Esther Conde Gallego y Felipe Villacampa Aubá.

Servicio de Urología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.

Resumen.- OBJETIVOS: Ante una entidad infrecuente como es el adenocarcinoma de uretra femenina, deseamos aportar dos casos y revisar las últimas publicaciones. Además queremos recordar de forma breve, la clasificación y el tratamiento de este tipo de tumor.

MÉTODOS/RESULTADOS: Presentamos dos mujeres diagnosticadas de adenocarcinoma de uretra, describiendo la presentación clínica, métodos diagnósticos empleados, tratamiento utilizado y características histológicas.

CONCLUSIONES: Los adenocarcinomas de uretra femenina constituyen un tipo tumoral infrecuente, originados a partir de diferentes estructuras. Los carcinomas de uretra distal tienen mejor pronóstico por su diagnóstico precoz, al contrario que los de uretra proximal y los que afectan a toda la uretra, que suelen ser de diagnóstico tardío, en estadio avanzado.

Palabras clave: Adenocarcinoma. Uretra femenina.

Correspondencia

Javier Amalio Feltes Ochoa
Servicio de Urología.
Hospital 12 de Octubre.
Ctra. Andalucía Km. 5,4 s/n.
28041 Madrid. (España)
djaf73@hotmail.com

Trabajo recibido: 17 de enero 2005

Summary- *OBJECTIVES: Primary adenocarcinoma of the female urethra is a rare malignancy. We report two cases and a review of the latest articles focused on classification and treatment of this kind of neoplasm.*

METHODS: We present two females diagnosed of urethral adenocarcinoma, describing clinic and pathological features, diagnosis and treatment.

CONCLUSIONS: Female urethral adenocarcinoma is an uncommon neoplasm with a heterogeneous histogenesis. The distal urethral carcinoma is more amenable to treatment, and the prognosis is better than that of proximal or entire urethral carcinoma, which is often associated with extensive local invasion and metastasis.

Keywords: Adenocarcinoma. Female urethra.

INTRODUCCIÓN

Los tumores de uretra femenina constituyen el 0,02 % de los tumores malignos de la mujer y menos del 1% de los malignos de localización genitourinaria (1). La edad de aparición suele ser por encima de los 50 años y su aparición se asocia a irritación crónica, infecciones y divertículos uretrales, siendo estos últimos más frecuente en la población negra. Es el único tumor genitourinario que se produce en la mujer con mayor frecuencia que en el varón, en una proporción de 4 a 1. Entre los carcinomas se encuentran en orden decreciente de frecuencia:



FIGURA 1. En esta imagen previa al tratamiento quirúrgico y radioterápico, se visualiza importante engrosamiento del tejido periuretral, sin signos que indiquen enfermedad diseminada.

Escamosos, de células transicionales, adenocarcinomas, indiferenciados, sarcomas y melanomas.

Konnack en 1973 en su publicación había usado el término de “carcinoma mesonéfrico”, sugiriendo que el adenocarcinoma de uretra femenina se originaba de los restos embrionarios del mesonefros (2). Pero, posteriormente se sucedieron publicaciones que atribuían más de un origen a este tipo de tumor (3,4). Deseamos exponer dos de nuestros casos y realizar una revisión actualizada de la literatura.

CASOS CLÍNICOS

Caso N° 1:

Mujer de 76 años de edad, con antecedentes de taquicardia de reentrada intranodal corregida con ablación, no hipertensa ni diabética, que de forma progresiva presenta dificultad al orinar, chorro fino y uretrorragia leve de aproximadamente 7 meses de evolución. En la exploración física presentó lesión pediculada, violácea, blanda de 1,5 cm. en cara anterior de meato uretral y un cistoccele grado II.

En la cistografía se observa vejiga de lucha con divertículos, cistoccele grado II y ausencia de residuo. La cistoscopia demostró afectación exclusiva de la uretra distal y del meato uretral. Las citologías de orina fueron negativas. En la TAC se visualiza importante engrosamiento del tejido periuretral, sin signos que indiquen enfermedad diseminada (Figura 1).

Se realizó biopsia de dicha lesión con el resultado de Adenocarcinoma de uretra femenino, estadio pT1N0M0. En la muestra se observa proliferación epitelial neoplásica de patrón glandular que infiltra la lámina propia uretral. Con un patrón de células epiteliales columnares con marcada atipia nuclear y frecuentes mitosis (Figura 2).

Fue tratada con braquiterapia mediante la colocación de dos horquillas de Iridio 192 en la zona parauretral por vía perineal. Debido a una desinserción parcial, se procedió a la retirada de las mismas. Se decidió entonces continuar con radioterapia externa administrándose una dosis total de 50 Gy con técnica de arcoterapia y fraccionamiento clásico.

Tras buena respuesta al tratamiento de forma inicial, dos años después se le realizó una TAC de control, en la cual se observó una leve uropatía obstructiva bilateral, con vejiga distendida sin efecto de masa en pelvis menor, con

niveles de creatinina normales. A partir de entonces, la paciente evoluciona a un cuadro de astenia, anorexia, pérdida de peso, secundario a insuficiencia renal. Se produjo un progresivo deterioro clínico y metabólico, que a pesar de realizarse una derivación urinaria mediante nefrostomía percutánea, dio lugar al fallecimiento de la paciente.

Caso Nº 2:

Mujer de 57 años, sin antecedentes médicos de interés, que tras notar una tumoración a nivel vulvar fue diagnosticada de tumor de origen uretral en otro centro. Fue tratado mediante resección de la lesión, siendo informada la anatomía patológica como proliferación neoplásica epitelial con diferenciación glandular que infiltra haces musculares subyacentes. Sin otro tratamiento adyuvante, tras un año en revisiones, presenta recidiva local, siendo remitida a nuestro Servicio.

La exploración demostró una lesión polipoide de superficie granulosa, sangrante y blanda, situada sobre el reborde del meato posterolateral derecho con pequeña extensión craneal por la cara posterior de la uretra. Al tacto vaginal se palpaba una induración en cara anterior vaginal adyacente a zona de la tumoración uretral. No adenopatías inguinales.

La urografía solo demostró un cistocèle leve, observándose en la cistoscopia una masa en la uretra distal, próxima al meato uretral, siendo la porción proximal y el resto de la vejiga normales. La TAC confirmó la presencia de

dicha masa a nivel de uretra, sin signos de enfermedad diseminada (Figura 3).

Nuevamente fue sometida a resección de dicha tumoración, con anatomía patológica que fue informada como adenocarcinoma que protruye la luz uretral, afectando solo uretra anterior que no invadía la pared vaginal y con márgenes quirúrgicos libres de neoplasia (pT1N0M0). Presentaba características parecidas al caso comentado anteriormente, observándose estructuras pseudoglandulares neoplásicas con extensa metaplasia intestinal en el espesor de la lámina propia, glándulas de Lucrea irregulares revestidas por un epitelio de carácter mucinoso (Figura 4).

Debido al carácter recidivante de este tumor, se decidió tratamiento adyuvante con radioterapia, administrándose braquiterapia con horquillas de Iridio 192, en dosis correspondiente a 50 Gy, con buena respuesta al tratamiento.

Actualmente, diez años después del tratamiento, la paciente sigue en revisión, sin demostrarse recidiva tumoral (Figura 5).

DISCUSIÓN

Los adenocarcinomas de uretra femenina (AUF), representan un 16 % aproximadamente de los carcinomas uretrales femeninos (3), constituyéndose en los terceros en

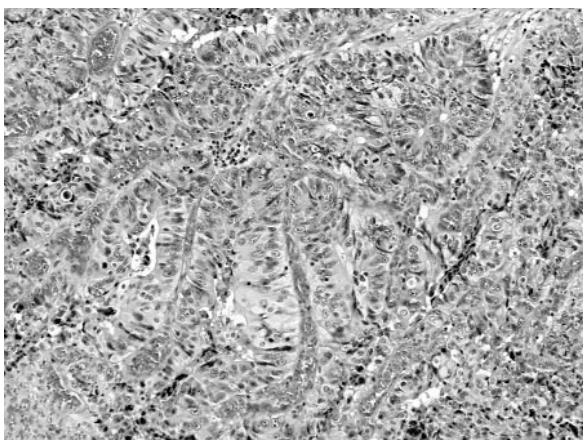


FIGURA 2. Varias glándulas neoplásicas, separadas por escaso estroma conectivo ricamente vascularizado, tapizadas por una o varias capas de células epiteliales columnares con marcada atipia nuclear y frecuentes figuras de mitosis.



FIGURA 3. La TAC confirma al momento del diagnóstico, previo al tratamiento, la presencia de masa a nivel de uretra, sin signos de enfermedad diseminada.

frecuencia dentro de este grupo después de los de células escamosas y transicionales. Los dos tipos histológicos predominantes de los AUF son el columnar/mucinoso y el de células claras (la suma de ambos supone el 94 % de los casos). Se describe como un tercer tipo al cribriforme, de menor frecuencia (6%) y con morfología similar al adenocarcinoma de próstata.

Es importante diferenciar a los adenocarcinomas de células claras de los adenomas nefrogénicos de la uretra, ya que tienen similitudes histológicas y pueden dar diagnósticos erróneos. El adenoma nefrogénico, es más frecuente en varones, de tamaño milimétrico y tiene características metaplásicas, careciendo de atipias celulares (5,6). Existe una asociación entre los adenocarcinomas de células claras y los divertículos uretrales, sobre todo en la raza negra (7). Dicha asociación fue descrita por primera vez en 1951 por Hamilton y Leach (8).

Se ha propuesto que los AUF se originan de más de un tipo de tejido mediante la utilización de anticuerpos conjugados con marcadores específicos (3,4). Algunos adenocarcinomas de tipo histológico columnar/mucinoso, originados a partir de zonas de metaplasia intestinal secundarias a cistitis o uretritis glandularis (irritaciones crónicas), reaccionan ante el anticuerpo mAbDas1. Sin embargo, los cribriformes no dan reacción positiva a este marcador, pero sí a anticuerpos con inmunoperoxidasa para PSA (9,10). Estos anticuerpos se originarían en las glándulas de Skene, homólogas femeninas de la

próstata. Por último, los de células claras, no dan reacción a ninguno de los dos marcadores previamente citados, no teniendo un origen claramente identificado; algunos autores han encontrado positividad para el marcador CA 125 (asociado a estructuras Müllerianas), lo que indicaría que se originan a partir de las glándulas parauretrales y vestigios de los conductos de Wolff y Müller (11).

La etiología de los AUF suele estar asociada a estímulos irritativos (divertículos, infecciones, estenosis), que favorecen la evolución del epitelio transicional o glandular periuretral hacia una metaplasia epitelial y posteriormente a la displasia y carcinoma. Entre las infecciones virales asociadas cabe citar al Papilomavirus Humano. También puede relacionarse con remanentes embrionarios mesonefricos, que son responsables de quistes uretrales congénitos.

Los síntomas son variables, siendo el más frecuente el sangrado uretral con el que suele debutar la enfermedad; además, síntomas irritativos y miccionales, obstructivos y en fases avanzadas retención aguda de orina, flujo malo-liente e incontinencia.

Además de la anamnesis y el examen físico, se deben realizar citologías en orina y uretrocistoscopia. La urografía intravenosa y uretrocistografía son muy útiles. La TAC a la hora del estadiaje clínico es de relevante importancia. La RMN no aporta ventajas sobre la TAC.

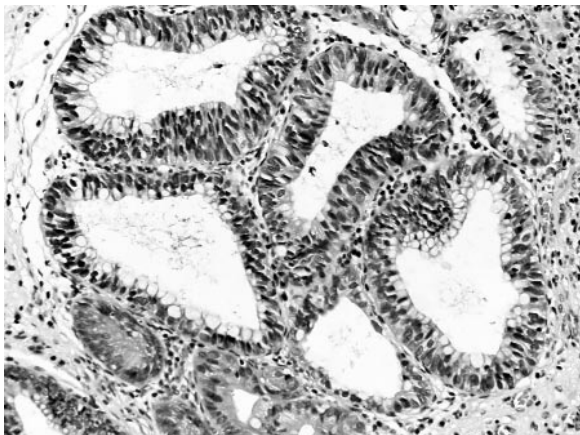


FIGURA 4. Las células epiteliales que revisten las glándulas son cúbicas o cilíndricas, de núcleo basal, hiper cromático e irregular y de citoplasma claro, mucosecretor. Se observan frecuentes mitosis.

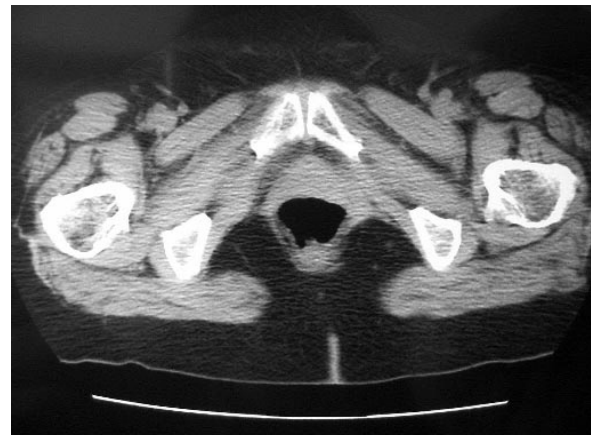


FIGURA 5. Imagen de la paciente en una revisión diez años después del tratamiento quirúrgico combinado con braquiterapia, sin recidiva tumoral. Se aprecia engrosamiento del tejido periuretral secundario a proceso cicatricial.

La biopsia es fundamental para el diagnóstico, pudiendo ser a la vez terapéutico si esta incluye todo el tumor. Constituye la fuente más importante para el estadiaje y el diagnóstico histológico del tumor, de cara al tratamiento y el pronóstico. Se puede utilizar la clasificación de Grabstald o el de Prempre (Tablas I y II).

Los tumores que afectan el tercio uretral distal suelen tener un mejor pronóstico, por ser diagnosticados precozmente, ya que debutan como una lesión excrecente a nivel del meato. Por tanto en estas fases precoces las resecciones suelen ser curativas, no requiriendo tratamiento adyuvante (O y A de Grabstald), pudiéndose también utilizar la braquiterapia o radioterapia como tratamiento único (12). Sin embargo, en las recidivas no es suficiente la sola resección del tumor, por lo que se deberá agregar radioterapia (braqui y/o radioterapia) (13).

En pacientes con tumores en estadios avanzados (B, C y D de Grabstald), que suele ser la forma de debut de los AUF de uretra proximal o aquellos que afectan a toda la uretra, se procederá a la cirugía agresiva (exenteración pélvica), debiendo asociarse a radioterapia y/o quimioterapia. En los casos de enfermedad diseminada, el pronóstico es muy pobre, pudiendo utilizarse quimioterapia sistémica.

TABLA I. CLASIFICACIÓN DE GRABSTALD (1966).

| |
|--------------------------|
| O: in situ |
| A: submucosa |
| B: muscular uretral |
| C: tejidos periuretrales |
| D: Metástasis |

TABLA II. CLASIFICACIÓN DE PREMPREE.

| |
|---|
| I: Limitado a 1/2 distal de la uretra |
| II: Limitado a 1/2 proximal o toda la uretra con afectación periuretral |
| III: Extendido a vulva, mucosa vaginal o cuello vesical |
| IV: Metástasis ganglionares y a distancia |

CONCLUSIÓN

El carcinoma uretral femenino es una rara entidad que se asocia a factores irritativos o infecciosos y a estímulos crónicos a nivel de la mucosa uretral. Dentro del grupo de los adenocarcinomas podemos establecer tres tipos según las características histológicas y afinidades histoquímicas, que son: columnar/mucinoso, células claras y cribriformes. Nuestros dos casos son adenocarcinomas y presentan un patrón histológico que se asemeja al columnar/mucinoso, aunque no se ha realizado estudio inmunohistoquímico.

El tratamiento de los carcinomas se establece según el estadio tumoral, pudiendo ser desde la sola resección hasta la exenteración pélvica. La radioterapia como terapia única o como adyuvante es de gran importancia. La quimioterapia representa mas una medida de apoyo para los estados avanzados y metastáticos. En nuestros dos casos hemos dado tras la cirugía local radioterapia, con buen resultado en una paciente y con secuelas locales en la otra paciente con aumento de la morbilidad que desencadenó la muerte.

BIBLIOGRAFIA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

- **1. ALCÁNTARA, J.C.; CARRERO, V.; VÁZQUEZ, S. Y cols.: "Tumores de uretra femenina: Presentación de nuestros casos y revisión de la literatura". *Actas Urol. Esp.*, 17: 8, 1993.
2. KONNAK, J.W.: "Mesonephric carcinoma involving the urethra". *J. Urol.*, 110: 76, 1973.
- **3. MURPHY, D.P.; PANTUK, A.J.; AMENTA, P.S. y cols.: "Female urethral adenocarcinoma: immunohistochemical evidence of more than 1 tissue of origin". *J. Urol.*, 161: 1881, 1999.
- *4. DODSON, M.K.; CLIBY, W.A.; PETTAVEL, P.P. y cols.: "Female urethral adenocarcinoma: evidence of more than one tissue of origin?". *Gynecol Oncol.*, 59: 352, 1995.
- *5. GILCREASE, M.Z.; DELGADO, R.; VUITCH, F. y cols.: "Clear cell adenocarcinoma and nephrogenic adenoma of the urethra and urinary bladder: a histopathologic and immunohistochemical comparison". *Hum. Pathol.*, 29: 1451, 1998.
- *6. OLIVA, E.; YOUNG, R.H.: "Clear cell adenocarcinoma of the urethra: a clinicopathologic analysis of 19 cases". *Mod. Pathol.*, 9: 513, 1996.
7. SEBALLOS, R.M.; RICH, R.R.: "Clear cell adenocarcinoma arising from a urethral diverticulum". *J. Urol.*, 153: 1914, 1995.

8. HAMILTON, J.D.; LEACH, W.B.: "Adenocarcinoma arising in diverticulum of female urethra". Arch. Path., 51: 90, 1951.
9. EBISUNO, S.; MIYAI, M.; NAGAREDA, T.: "Clear cell adenocarcinoma of the female urethra showing positive staining with antibodies to prostate-specific antigen and prostatic acid phosphatase". Urology, 45: 682, 1995.
10. KAWANO, K.; YANO, M.; KITAHARA, S. y cols.: "Clear cell adenocarcinoma of the female showing strong immunostaining for prostate-specific antigen". BJU Int., 87: 412, 2001.
- *11. DREW, P.A.; MURPHY, W.M.; CIVANTOS, F. y cols.: "The histogenesis of clear cell adenocarcinoma of the lower urinary tract: case series and review of the literature". Hum. Pathol., 27: 248, 1996.
12. MAIER, U.; DORFINGER, K.; SUSANI, M.: "Clear cell adenocarcinoma of the female urethra". J. Urol., 160: 492, 1998.
- *13. HERRERO, J.A.; LLORENTE, C.; SÁNCHEZ, E. y cols.: "Tumores de uretra femenina: dificultad en el diagnóstico precoz". Arch. Esp. Urol., 47: 677, 1994.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 58, 7 (682-684), 2005

FÍSTULA PANCREÁTICA POST NEFRECTOMÍA IZQUIERDA

Ángel Manuel Tundidor Bermúdez

Servicio de Urología,
Hospital General Docente "Guillermo Domínguez",
Puerto Padre, Las Tunas, Cuba.

Resumen.- **OBJETIVOS:** Informar nuestra morbilidad en cuanto a fístulas pancreáticas post nefrectomía izquierda, y llamar la atención sobre esta complicación infrecuente.

MÉTODOS: Se revisaron las historias clínicas de los tres casos de fístula pancreática post nefrectomía izquierda acaecidos en nuestra institución en el período 1983-2004.

RESULTADOS: Todos los pacientes fueron del sexo masculino, con edad promedio de 51 años. La nefrectomía estuvo determinada por adenocarcinoma renal, absceso renal, o pionefrosis. En los tres casos la vía de abordaje fue la incisión clásica de Israel, con apertura accidental del peritoneo. Aparecieron signos inflamatorios en la herida como promedio a los 3 días de postoperatorio, y eliminación de jugo pancreático por el drenaje 4 días después de la operación. El tratamiento consistió en suspensión de la vía oral durante 7 días, hidratación por venoclisis, y administración de atropina y de antibióticos de amplio espectro. La fuga de jugo pancreático tuvo una duración promedio de 8 días.