

Tumor de uretra

Introducción

- **Incidencia:** poco frecuente (<1% de las neoplasias). Es más común en mujeres (4:1).
- **Etiología:** uretritis crónicas, HPV 16 y 18, estenosis uretrales, tabaco, exposición laboral.
- **Tipos histológicos y localizaciones más frecuentes:**

Tipo histológico	Frecuencia	Localización
Carcinoma epidermoide	55%	Fosa navicular y meato
Carcinoma transicional*	18%	Uretra posterior
Adenocarcinoma**	16%	Cualquier localización
Melanoma	3%	Fosa navicular y meato

*El carcinoma transicional de uretra prostática o de ductos prostáticos se considera tumor uretral y se estadifica como tal; puede ser multicéntrico.

**El adenocarcinoma de uretra es idéntico al de colon, mucho más frecuente, por lo que siempre hay que descartar origen extrauretral.

Estadificación

- **Adenopatías:** para la estadificación importa más el número y tamaño de las adenopatías que la uni o bilateralidad.
 - *Tumores de uretra anterior:* drenan en los ganglios linfáticos inguinales. A diferencia del cáncer de pene los ganglios linfáticos suelen ser metastásicos y no inflamatorios.
 - *Tumores de uretra posterior:* drenan en los ganglios ilíacos, presacros, sacros y pélvicos.
- **Metástasis a distancia:** son raras, las más frecuentes en pulmón, hígado y huesos.

Clasificación TNM (UICC, 2009)

Tumor primario	T_x	No se puede evaluar el tumor primario.
	T₀	No hay evidencia del tumor primario.
	T_a	Carcinoma papilar, polipoide o verrucoso no invasivo.
	T_{is}	Carcinoma <i>in situ</i> .
	T_{is pu}	Carcinoma <i>in situ</i> que afecta la uretra prostática (pu - <i>prostatic urethra</i>).
	T_{is pd}	Carcinoma <i>in situ</i> que afecta los ductos prostáticos (pd - <i>prostatic ducts</i>).
	T₁	Tumor que invade el tejido conectivo subepitelial.
Ganglios regionales	T₂	Tumor que invade el cuerpo esponjoso, próstata o músculo periuretral.
	T₃	Tumor que invade cuerpo cavernoso, más allá de la cápsula prostática, pared vaginal anterior o cuello vesical.
	T₄	Tumor que invade otras estructuras adyacentes.
	N_x	No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales.
	N₀	No hay metástasis en los ganglios linfáticos regionales.
Metástasis distantes	N₁	Metástasis en un solo ganglio regional de 2 cm o menos.
	N₂	Metástasis en un solo ganglio regional de más de 2 cm o en varios ganglios.
	M₀	No hay metástasis a distancia.
	M₁	Metástasis a distancia.

Agrupación por estadios

Estadio 0a	T _a N ₀ M ₀
Estadio 0is	T _{is} N ₀ M ₀ , T _{is pu} N ₀ M ₀ , T _{is pd} N ₀ M ₀
Estadio I	T ₁ N ₀ M ₀
Estadio II	T ₂ N ₀ M ₀
Estadio III	T ₃ N ₀ M ₀ , T ₁₋₃ N ₁ M ₀
Estadio IV	T ₄ N ₀₋₁ M ₀ , T ₀₋₄ N ₂ M ₀ , T ₀₋₄ N ₀₋₂ M ₁

Grado histológico	
Tumores uroteliales	NUPBPM, alto grado, bajo grado (OMS 2004)
Carcinomas escamosos y adenocarcinomas	G_x no se puede evaluar el grado de diferenciación
	G₁ bien diferenciado
	G₂ moderadamente diferenciado
	G₃ pobremente diferenciado
	G₄ indiferenciado

Diagnóstico

- **Clinica:** uretrorragia, masa palpable en uretra y *síntomas obstructivos*.
- **CUMS:** permite apreciar la localización y tamaño de la lesión.
- **Uretrocistoscopia:** permite ver la lesión y obtener una biopsia transuretral.
- **TC y RNM:** evidencian el grado de extensión tumoral.
- **Enema opaco o colonoscopia:** útiles si hay invasión rectal, antes de planificar la cirugía.

Tratamiento

- **Resección endoscópica:** resección-biopsia y cauterización de la base. Suele ser suficiente en tumores de uretra prostática.
- **Uretrectomía parcial/total en la mujer:** si no es posible realizarla, puede ser necesaria la **exenteración pélvica** con derivación urinaria.
- **Penectomía parcial/total en el varón:** parcial en cánceres distales de bajo estadio y con posibilidad de dejar 2 cm de margen, total en cánceres proximales o cuando siendo distales hay afectación esponjosa o cavernosa extensa. En casos muy favorables puede realizarse **uretrectomía distal + uretrotomía perineal**. En casos localmente avanzados puede ser necesaria la **excisión genital en bloque** incluyendo vejiga, próstata, pene, uretra, escroto, rama anterior del pubis y diafragma urogenital adyacente.
- **Linfadenectomía inguinal ± pélvica:** en casos con extensión linfática demostrada y sin metástasis a distancia. No se ha demostrado el beneficio de la linfadenectomía profiláctica.
- **Radioterapia:** intersticial mediante agujas de Ra²²⁶ o Ir¹⁹². La RT intracavitaria o la externa complementan a la primera con aceptables resultados.
- **Quimioterapia + radioterapia + cirugía:** en el carcinoma localmente avanzado con el tratamiento multimodal se obtienen las mejores supervivencias.

Factores pronósticos

- **En el hombre** las lesiones distales se reconocen más precozmente y tienen mejor pronóstico que las bulbomembranosas, usualmente más extensas y de peor pronóstico.
- **En la mujer** los tumores meatales tienen buen pronóstico frente a los más proximales.
- **Tienen un peor pronóstico:** el melanoma y el carcinoma de células escamosas.
- **Indican buena supervivencia** un tamaño menor de 2 cm y un estadio local poco avanzado.

1. Ojea A, et al. Cáncer de uretra. En: Jiménez Cruz JF, et al. Tratado de Urología. Barcelona: Ed. Prous Science; 2006. p.2141-2158.
2. Sharp DS, et al. Cirugía en el carcinoma del pene y uretra. En: Wein AJ, et al. Campbell-Walsh Urología. 9ª edición. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2009. p.993-1022.
3. Thyavilally YB, et al. Clinical outcome of 36 male patients with primary urethral carcinoma: a single center experience. Int J Urol. 2006; 13:716-720.
4. Gillitzer R, et al. Single-institution experience with primary tumours of the male urethra. BJU Int. 2007; 101:964-968.
5. International Union Against Cancer. TNM classification of malignant tumours. 7th edition. New York: Wiley-Liss; 2009.