



Revista Urología Colombiana

ISSN: 0120-789X

revistaurologiacolombiana@scu.org.co

Sociedad Colombiana de Urología
Colombia

Vargas, Juan Sebastián; Meek, Eugenio; Fernández, Nicolás
Pólipos uretrales. Reporte de dos casos y revisión de la literatura
Revista Urología Colombiana, vol. XXI, núm. 3, diciembre, 2012, pp. 67-72
Sociedad Colombiana de Urología

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=149125110009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Pólipos uretrales. Reporte de dos casos y revisión de la literatura

Juan Sebastián Vargas¹, Eugenio Meek², Nicolás Fernández³

Estudiante de cuarto semestre de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana. juansebastianvargash@gmail.com1
M.D., Patólogo. Departamento de Patología, Pontificia Universidad Javeriana. eameek09@gmail.com2
M.D., Residente de Urología. Candidato a Ph.D. en Ciencias Básicas. Pontificia Universidad Javeriana. nicolasfernandezb@gmail.com3

Diseño del estudio: Observacional descriptivo

Nivel de evidencia: III

El autor declara que no tiene conflicto de interés

Resumen

Objetivo: Describir la ocurrencia de pólipos uretrales en dos pacientes de sexo masculino, de 63 y 67 años, sometidos a múltiples procedimientos quirúrgicos. Se realizó una búsqueda en PubMed, sin límites de fecha de publicación o diseño, restringida a artículos en español e inglés a efectos de revisión de literatura boimédica. **Discusión:** Los pólipos de las vías urinarias bajas son poco frecuentes. En los hombres, generalmente se presentan en el verumontanum, y esta ubicación varía entre géneros. Los pólipos usualmente son fibroepiteliales benignos y se presentan con síntomas obstructivos, hematuria y disuria en la mayoría de los casos. Su origen es desconocido aún, pero se han propuesto múltiples causas. Su diagnóstico se hace generalmente a través de ultrasonografía o mediante métodos endoscópicos directos y el tratamiento de elección es la resección transuretral. Su diagnóstico diferencial son las neoplasias malignas y, por lo tanto, es fundamental asegurarse que los pólipos sean benignos.

Palabras clave: epidemiología, neoplasias fibroepiteliales, enfermedades uretrales, diagnóstico del tracto urinario, infecciones del tracto urinario, pólipos, tumores uretrales, retenciones urinarias.

Urethral polyps. Report of two cases and review of literature

Abstract

Purpose: To describe the occurrence of urethral polyps in two male patients 63 and 67 years old, who were taken to multiple surgical procedures. To reviewing medical literature a search was made in PubMed database, without design and publication date limits. Language limits were applied for Spanish and English articles. **Discussion:** Polyps in low urinary tract are infrequent. In men they generally present in the verumontanum. Their presentation varies in men and women. Polyps are frequently benign and present with obstructive symptoms, hematuria and dysuria in most of the cases. The cause is still unknown although there are different theories considered. Its diagnosis is usually done through ultrasonography or direct endoscopic methods and its treatment is transurethral resection. The differential diagnosis is malignant neoplasms, so it is important to assure that polyps are benign.

Key word: epidemiology, fibroepithelial neoplasms, urethral diseases, urinary tract infections, urinary tract diagnosis, polyps, urethral neoplasms, urinary retentions.

Recibido: 23 de marzo de 2012.

Aceptado: 26 de noviembre de 2012.

INTRODUCCIÓN

Los pólipos uretrales son una de las causas menos frecuentes de obstrucción uretral (1). Éstos constituyen un hallazgo que se realiza usualmente en la población masculina durante la primera década de vida y su ubicación más frecuente es la uretra prostática posterior, en la región del verumontanum (2, 3, 5, 7). Su incidencia en la población femenina es extremadamente baja y ha sido pocas veces reportada (2); hasta 2006, sólo habían sido reportados en la literatura seis casos de niñas con pólipos uretrales y todos se presentaron como masas interlabiales diagnosticadas mediante examen clínico (3).

Los pólipos son, en la mayoría de los casos, de tipo fibroepitelial benigno sin tendencia a reaparecer y suelen estar cubiertos por tejido epitelial de revestimiento estratificado de transición. Sus principales síntomas son obstructivos, hematuria, disuria, infecciones del tracto urinario y retención urinaria.

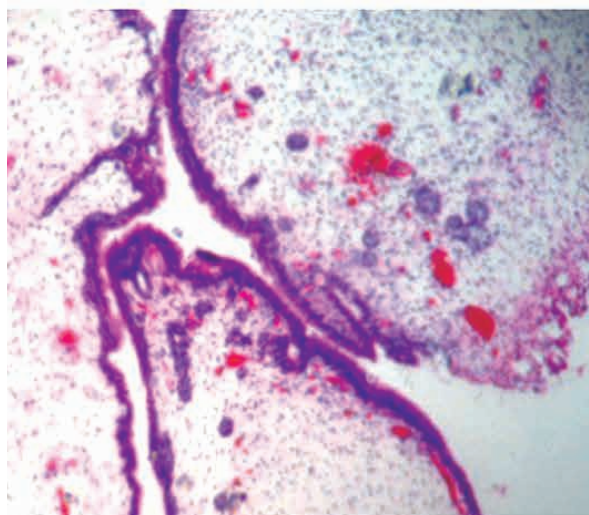
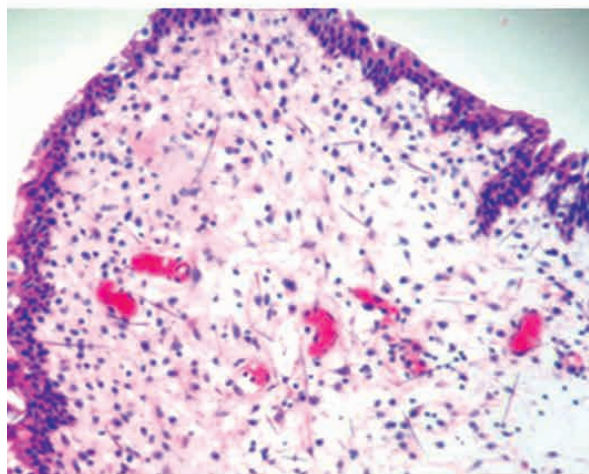
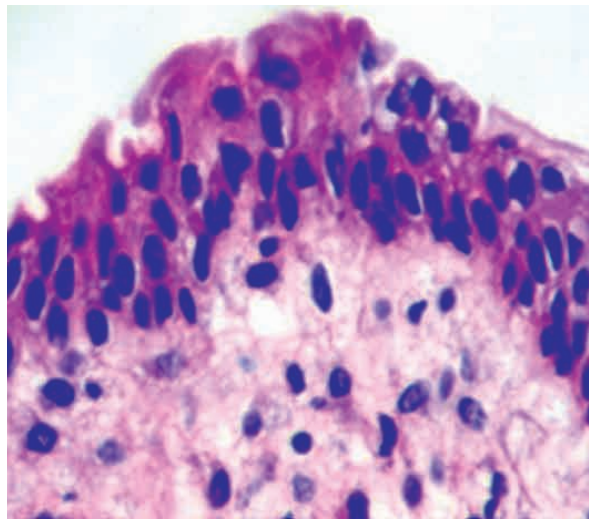
El origen de estos pólipos es aún controversial. Se han propuesto causas congénitas, irritativas, infecciosas, obstructivas o traumáticas (4). La alta incidencia de estos pólipos en recién nacidos, es un argumento que apoya la causa congénita (3).

Este artículo reporta el hallazgo de dos pólipos en dos pacientes mayores en La Clínica San Ignacio adscrita a la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. Su intención es describir la relación entre los pólipos uretrales y los múltiples procedimientos quirúrgicos realizados a estos pacientes. El reporte se hará con base en la información que se tiene hasta el momento en la literatura y se comparará con casos descritos previamente.

CASO 1

Paciente de 63 años que llega al servicio de urgencias con cuadro de ocho días de hematuria macroscópica, disuria de esfuerzo, estranguria y disminución del calibre del chorro. Tiene como antecedentes de importancia una adenomec-tomía transuretral de próstata realizada hace cuatro años por crecimiento prostático benigno.

Figura 1. Pólipo fibroepitelial: a) lesión polipoide simple sin ramificaciones papilares; b) estroma edematoso; c) lesión revestida por urotelio parcialmente ulcerado.



Como antecedentes adicionales, sufre de Diabetes Mellitus diagnosticada siete años atrás. Fue manejado en urgencias como un cuadro de retención urinaria y fue dado de alta. Reconsulta al servicio de urgencias aproximadamente ocho meses después con cuadro de 15 días de hematuria macroscópica con disuria de ardor. Se realizan estudios paraclínicos y se detecta una masa vesical con alta sospecha de ser un carcinoma urotelial. Se procede a realizar una resección endoscópica de la lesión y se pudo identificar compromiso a nivel de la próstata posterior y la vejiga por lesiones vesiculares polipoides en toda la celda prostática y en el cuello vesical. Histológicamente se identifica una cisteítis polipode de la uretra prostática (figura 1). Hasta el momento, luego de seis meses de evolución, no ha presentado recaídas ni sintomatología urinaria obstructiva o irritativa. El paciente regresa un mes después con urocultivo negativo y asintomático. Se deja abierta consulta para urología.

CASO 2

Paciente de 67 años valorado en la consulta externa con antecedente de prostatectomía radical por adenocarcinoma de próstata en los dos meses previos. Presentó una estrechez uretral al mes, con cuatro episodios de retención urinaria que requirieron múltiples dilataciones, la última de ellas con colocación de sonda uretral permanente. Dada la historia de múltiples episodios de retención urinaria y la persistencia de los síntomas, se programó para uretrotomía interna. En el postoperatorio inmediato presentó nuevamente retención urinaria por lo cual requirió nuevo paso de sonda. A los 15 días del último procedimiento se realizó una cistoscopia y se halló un pólipo a nivel de la uretra bulbar que obstruía por completo la luz uretral. Así mismo, se encontró una estrechez del 80% de la luz a nivel de la anastomosis uretrovesical que se dilató al paso del uretrótomo. La patología de la lesión reportó un pólipo fibroepitelial (figura 2). Al mes de la resección del pólipo, reconsultó nuevamente por nuevo episodio de retención urinaria para lo cual se realizó nueva endoscopia identificando una estrechez del 90% de la

unión uretrovesical que no permitía el paso del cistoscopio a la vejiga con importante proceso fibrótico. Luego de cinco meses de su última intervención, el paciente persiste con síntomas urinarios obstructivos y estrechez de la luz uretral.

DISCUSIÓN

Los pólipos de las vías urinarias bajas son poco frecuentes. La mayoría se ubican en la uretra (en el 75% de los casos)³ donde el verumontanum es el sitio de hallazgo más común. Los pólipos en la uretra anterior son extremadamente raros (figura 3) (3).

Es relevante aclarar que la ubicación de los pólipos varía en los hombres y en las mujeres, pero la incidencia de estos pólipos en mujeres es extremadamente baja y hasta el momento se han manifestado como una masa interlabial que se diagnostica únicamente por medio de examen clínico.

Los pólipos uretrales son, en la mayoría de los casos, tumores fibroepiteliales mesodérmicos cubiertos por epitelio de transición con un centro de tejido conectivo que puede contener músculo liso, formaciones vasculares, nervios e incluso glándulas (2, 3) El origen de los pólipos fibroepiteliales es aún muy discutido; se han propuesto causas irritativas, congénitas, obstructivas, infecciosas y traumáticas (4). Los múltiples hallazgos en bebés sanos recién nacidos hacen pensar que su etiología es muy probablemente congénita, situación que no se explica completamente en los dos casos reportados por la edad de los pacientes y la ausencia de síntomas durante muchos años.

Los síntomas más frecuentes incluyen: hematuria (de 30 a 60% de los casos), síntomas urinarios obstructivos como disminución en la presión y el calibre del chorro, retención urinaria, pujo y tenesmo vesical, además de infecciones de las vías urinarias y disuria (3)

El diagnóstico es usualmente detectado con la ayuda de ultrasonografía y de cistouretrografía miccional. Claramente, la identificación directa puede hacerse mediante métodos endoscópicos, tales como una uretrocistoscopia (3, 4).

Figura 2. Uretritis polipoide: en el estudio microscópico se observó una mucosa edematosa con gran congestión vascular que emitía prolongaciones sésiles a modo de pólipos hacia la luz, de tamaño heterogéneo y tapizado por un epitelio de tipo urotelial ligeramente hiperplásico.

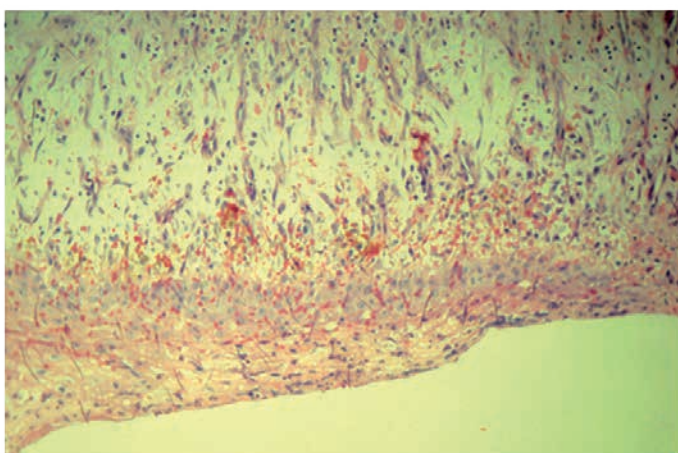
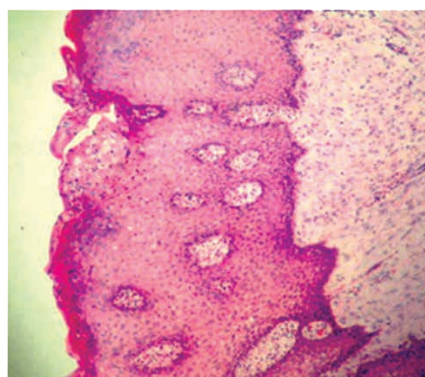
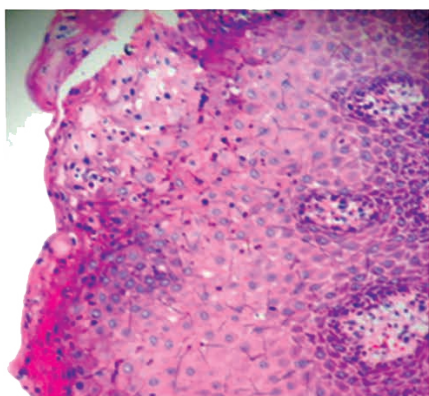
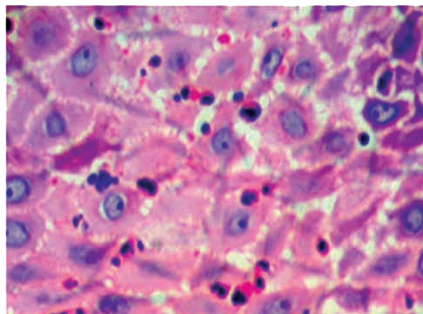


Figura 3. Esquema de la uretra peneana y sus segmentos. En azul oscuro, la uretra peneana. En azul claro, la uretra bulbar. En azul petróleo, la uretra membranosa y en verde, la uretra prostática. En esta última es donde se identifican la mayoría de pólipos uretrales.

Estas lesiones usualmente son resecaadas por vía transuretral, siendo éste el procedimiento de elección (3). La resección endoscópica usando electro-cauterización o energía laser es usualmente exitosa y las cistotomías abiertas rara vez se requieren a menos que el tamaño del pólipo sea muy grande.

Los pólipos fibroepiteliales son benignos y hasta la fecha no han sido reportadas recurrencias de los pólipos si éstos han sido removidos completamente (7).

Es fundamental tener certeza total sobre si la lesión es benigna, pues existe la posibilidad de que ésta sea un adenoma nefrogénico (lesión metaplásica que puede ocurrir a lo largo de todo el sistema urinario, pero que se presenta frecuentemente en la uretra proximal) que es una lesión pre-maligna para el cáncer de próstata. Éste se asocia comúnmente con el trauma genitourinario y se puede manifestar mediante lesiones polipoides pequeñas papilares o sésiles que están recubiertas por un epitelio cúbico plano. Esta lesión es frecuentemente superficial, se extiende a la lámina propia y puede producir hematuria.

En nuestros dos casos, los pólipos fueron diagnosticados y resecaados de la forma habitual (mediante métodos endoscópicos) y los síntomas de los pacientes fueron los esperados. Sin embargo, la edad de los pacientes es un factor que está completamente fuera de lo habitual para los pólipos fibroepiteliales de la uretra posterior, ya que usualmente se diagnostican en la primera década de vida (2, 3, 5, 7). Esto hace pensar que la posible causa de estos pólipos fueron los traumas sufridos por el tejido luego de las intervenciones realizadas a los dos pacientes. Esta hipótesis se basa en la concordancia en el tiempo que presenta la aparición de los pólipos y los procesos traumáticos sufridos por la uretra luego de las intervenciones a los que se sometieron los pacientes; así mismo, en la reducida probabilidad de una causa congénita, debido al grupo etario al que pertenecen los pacientes y a la ausencia de evidencias de causas infecciosas u otras que puedan haber llevado a la aparición de los pólipos. Así, podemos afirmar que la causa más probable del origen de la patología de estos casos es el trauma.

Sin embargo, existen otras lesiones benignas, como los papilomas uroteliales (el papiloma transicional y el papiloma invertido), que causan síntomas obstructivos similares a los de los pólipos fibroepiteliales, que se presentan también en la uretra posterior en la mayoría de los casos y que se deben descartar. Éstos están recubiertos por urotelio normal y se presentan usualmente en individuos mayores de 40 años. Dada la similitud en la sintomatología de estas lesiones con los pólipos uretrales, se describirán a continuación las características principales de estas patologías por considerarlas como diagnóstico diferencial en casos con síntomas similares a los descritos (tabla 1). La carúncula uretral es una lesión polipoide benigna que se presenta usualmente en la uretra distal (en el meato) de mujeres mayores de 50 años que manifiestan disuria y goteo postmiccional. Esta lesión se compone de una proliferación nodular de un infiltrado inflamatorio polimorfo dentro de la lámina propia que es rico en linfocitos y en pequeños vasos sanguíneos (tabla 1).

La uretritis polipoide es una lesión muy similar a la cistitis polipoide papilar. Sus papilas tienen un estroma edematoso abundante. Se diferencian por el neoplasma papilar urotelial y se puede presentar a cualquier edad (tabla 1).

El pólipo epitelial prostático es una reacción papilar de la uretra prostática que tiene epitelio prostático. La lesión se compone de medianas o pequeñas glándulas prostáticas cubiertas por epitelio prostático o urotelial. Esta lesión puede causar hematuria y se presenta usualmente en pacientes entre 20 y 40 años (tabla 1).

El condiloma acuminado es una lesión que puede ser papilar o plana. Se asocia frecuentemente al virus del papiloma humano y se presenta con frecuencia en pacientes de vida sexual activa entre los 20 y los 40 años; es una lesión que puede ser recurrente (tabla 1).

CONCLUSIONES

Los pólipos uretrales son una causa poco frecuente de obstrucción uretral y se presentan principalmente en las primeras décadas de la vida en pacientes masculinos. Su diagnóstico se

Tabla 1. Diagnósticos diferenciales relativos a los pólipos fibrouretrales

Lesión	Edad	Ubicación	Factores de riesgo
Pólipo fibroepitelial	< 10	Uretra proximal	Alteración del desarrollo - postinflamatorio
Uretritis polipoide	Amplio	Uretra proximal	Inflamación
Adenoma nefrogénico	Amplio	Uretra proximal	Metaplasia
Condiloma acuminado	20-40	Uretra distal	Asociado a virus
Pólipo prostático	20-40	Uretra proximal	Ectopia del desarrollo
Carúncula uretral	>50	Uretra femenina	Inflamación
Papiloma escamoso	20-40	Uretra distal	Neoplasia
Papiloma transicional	>40	Uretra proximal	Neoplasia
Papiloma invertido	>40	Uretra proximal	Neoplasia
Carcinoma Papilar	>40	Proximal y distal	Neoplasia
Carcinoma prostático	>60	Uretra proximal	Neoplasia

hace con la ayuda de ayudas paraclínicas como la ultrasonografía y la cistouretrografía miccional. Su resección se hace transuretralmente en la mayoría de los casos.

Presentamos dos casos en los que la sintomatología, los métodos de diagnóstico y de resección son usuales, pero el grupo etario de los pacientes es atípico. Éste y los antecedentes quirúrgicos de los pacientes son los principales motivos que llevan a pensar en una etiología diferente a la congénita, que es una de las hipótesis más aceptadas, y llevan a identificar el trauma como etiología de estos casos específicos.

REFERENCIAS

- Kumar A., Das S., Trivedi S., et al. Genitor-urinary polyps: summary of the 10-year experiences of a single institute. *Int Urol Nephrol* 2008;0:901-7.
- Beluffi G., Berton F., Gola G., et al. Urethral polyp in a 1-month-old child. *Pediatr Radiol* 2005;35: 691-3.
- Demircan M., Ceran C., Karaman A., et al. Urethral polyps in children: A review of the literature and report of two cases. *International Journal of Urology* 2006;13: 841-3.
- Eziyi AK, Helmy TE, Sarhan OM, Eissa WM, Ghaly MA. Management of male urethral polyps in children: Experience with four cases. *Afr J Paediatr Surg* 2009;6:49-51.
- Caro P., Henrietta R., Howard S.. Congenital urethral polyp. *AJR* 1986;147:1041-2.
- Isaac J, Snow B, Lowichik A. Fibroepithelial polyp of the prostatic urethra in an adolescent. *J Pediatr Surg*. 2006;41(12):e29-31.
- Jaidane M., Hidoussi A., Slama A., et al. Gastric metaplasia of posterior urethral polyp: a case report. // *Journal of Medical Case Reports* 2009;2:9119; doi:10.1186/1757-1626-2-9119. BioMed Central Ltd. Published Online November 30 2009. <http://www.casesjournal.com/content/2/1/9119>
- Zhou M., Magi-Galluzzi C., Genitourinary Pathology. Philadelphia: Churchill Livingstone, Elsevier Inc. 2007. p. 457-463.
- Lanzas M, Méndez C, Pérez F, Gutiérrez R, González J, Guate J. Polipo fibroepitelial de la uretra en un adulto. *Actas Urol Esp*. 2003; 27 (8):654-656.