

Tumor parauretral en la mujer

Paraurethral tumor in women

Dres. Romano S. V.;

Chéliz G.;

Kogan D.;

De Bonis W.;

Marraco G.*;

Fredotovich N.

INTRODUCCIÓN

La Fascitis Pseudosarcomatosa (FP) es una lesión de muy rara presentación en el aparato urogenital^(1,2,3), existiendo menos de una decena de casos publicados hasta la fecha. Fue descrita en 1955 por *Konevler*, como Fibromatosis Subcutánea, es también conocida como Fascitis Nodular Proliferativa.

El término original de "subcutánea", se dejó de lado, pues además se presenta en otras localizaciones como la fascial e intramuscular.

La importancia del conocimiento de esta entidad nosológica, radica en que puede ser confundida con un sarcoma, por su crecimiento rápido y aparentemente infiltrativo.

Lo infrecuente de esta patología y lo que es más extraño aún, su localización parauretral, motiva nuestra presentación.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de sexo femenino, de 28 años de edad que consultó por una tumoración en la región vulvovaginal de rápido crecimiento, de pocos meses de evolución.

Al examen físico se identifica un nódulo situado en íntima relación con la cara dorsal de la uretra distal, parameático, de 1.5 cm de diámetro aproximadamente, cubierto de mucosa de aspecto congestivo, móvil e indoloro a la palpación y de consistencia duro-elástica. El tumor comprimía y deformaba la uretra sin invadirla. (Foto 1)

En la ecografía, se presentó de carácter sólido con ecogenicidad disminuida en relación con el tejido circundante y de límites netos con vascularización periférica en la señal doppler.

La uretroscopia no mostró signos de compromiso luminal ni ofreció dificultad al paso del cistoscopio.

Con diagnóstico presuntivo de tumor de partes blandas para o peri uretrales se decide su extirpación quirúrgica.

Bajo anestesia local y neuroleptoanestesia se abordó en forma retrotumoral por la cara dorsal de la uretra en dirección distal interesando todos los tejidos circundantes. (Foto 2)

Sección Urodinámica y Urología
Ginecológica del Servicio de
Urología del Hospital Durand.
Ciudad de Buenos Aires. Argentina.
* Médica de planta de la División
Patología del Hospital Durand.



Foto 1. Examen físico.



Foto 2. Abordaje retro-tumoral



La extirpación fue sencilla ya que no se presentaron adherencias, comportándose como un nódulo independiente. (Foto 3) No se solicitó el estudio histopatológico intraoperatorio de la pieza por considerar que toda terapéutica adyuvante quedaría supeditada a la estirpe definitiva del proceso.

El protocolo anatomopatológico informó proliferación fusocelular sin atipia nuclear, que se dispone formando haces entrelazados con focos de degeneración mixoide. Se destaca la presencia de figuras mitóticas típicas.

Las técnicas inmunohistoquímicas revelaron negatividad para: vimentina, desmina, actina, CD 34 y citoqueratina; mientras el Mib-1 fue positivo en menos del 10% de las células.⁶

Diagnóstico: Fascitis Pseudosarcomatosa. (Foto 4)

Un año después, la paciente se encuentra asintomática y sin recidivas.

DISCUSIÓN

La FP fue descrita en diversos sitios del aparato urogenital tales como vejiga^{3,4,5}, próstata^{1,2} y uretra¹.

El caso en cuestión presenta dos aspectos que merecen especial consideración: En primer lugar, el diagnóstico diferencial de los procesos tumorales parauretrales y luego, el tipo histopatológico de esta entidad, que ofrece algunas dificultades para diferenciarlo de un sarcoma.

Los procesos tumorales parauretrales en la mujer suelen corresponder a formaciones "quisticas" como divertículo de uretra, quistes parauretrales, quistes de las glándulas de Skene, o tumores "sólidos" como los de la uretra, vagina, y tejidos mesenquimáticos periuretrales, sean éstos benignos o malignos.

La ecografía transvaginal y la aplicación del efecto doppler permiten distinguir entre ambas categorías.

Respecto del aspecto histológico de la fascitis pseudosarcomatosa, tal como su nombre lo sugiere, puede plantear la duda de estar en presencia de un sarcoma, por su gran celularidad, actividad mitótica, su estroma mixoide, y su rápido crecimiento.

En nuestro caso, se contempló inicialmente la posibilidad de que se tratara de una lesión sarcomatosa secundaria por las características de independencia de los tejidos circundantes, razón por la que se realizó un rastreo corporal total por TAC, que resultó negativo. Estudios minuciosos histopatológicos, demostraron que se trató de la entidad benigna, que nos ocupa.

Cabe reflexionar sobre la conducta de diferir la exéresis extensa, "radical", ya que hubiera resultado en un exceso terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Young R.H., Scully R.E.: Pseudosarcomatous lesions of the urinary bladder, prostate gland and urethra. A report of three cases and review of the literature. *Arch Pathol Lab Med* 1987; 111 (4): 354-358.
2. Céspedes R.D., Lynch S.C., Grider D.J.: Pseudosarcomatous fibromixoid tumor of the prostate. A case report with review of the literature. *Urol. Int.* 1996; 57 (4): 249-251.
3. Angulo J.C., López J.I., Flores N.J.: Pseudosarcomatous myofibroblastic proliferation of the bladder: report of 2 cases and review. *Urol.* 1995; 154 (2 pt 1): 537.
4. Senoh H., Nonomura N., Akay H., Takemoto M.: A case of nodular fasciitis of the bladder. *Hinyokika kiyo* 1994; 40 (5): 427-429.
5. Hughes D.F., Biggart, J.D., Hayes D.: Pseudosarcomatous lesions of the urinary bladder. *Histopathology* 1991; 18 (1): 67-71.
6. Montgomery E.A., Meis J.M.: Nodular Fasciitis. Its morphologic spectrum and immunohistochemical profile. *Am. J. Pathol.* 1991; 15 (10): 942-8.

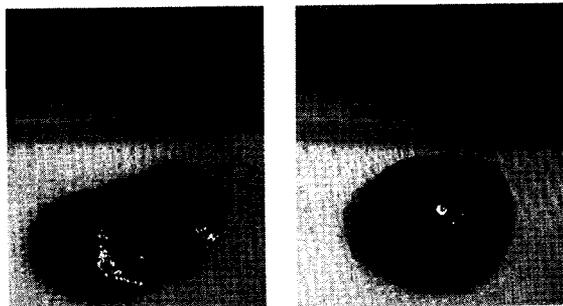


Foto 3: Nódulo independiente

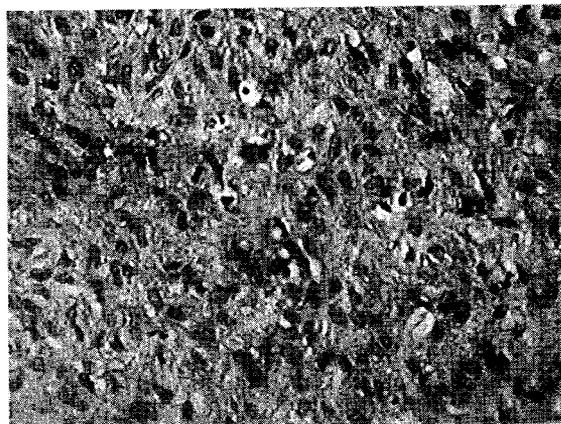


Foto 4: Fascitis Pseudosarcomatosa (microscopia HyE 40 X)