

# Pólipos fibroepiteliales congénitos de uretra

P. Carrión López, C. Domínguez Hinarejos, A. Serrano Durbá, F. Estornell Moragués, M. Martínez Verduch, F. García Ibarra

*Sección de Urología Infantil del Hospital Universitario La Fe. Valencia.*

## RESUMEN

Los pólipos fibroepiteliales de uretra comprenden una patología infrecuente, suelen ser diagnosticados en edad pediátrica por hematuria o síndrome obstructivo bajo y requieren tratamiento quirúrgico para su resolución.

Presentamos tres casos clínicos, dos varones de seis y nueve años que fueron diagnosticados y tratados de esta patología tras presentar un cuadro de hematuria franca y dificultad miccional, y una niña de dos años que debutó con clínica de prolapso de masa polipoide por uretra.

**PALABRAS CLAVE:** Pólipo; Uretra; Hematuria.

## CONGENITAL FIBROEPITHELIAL POLYPS OF THE URETHRA

## ABSTRACT

Urethral polyps are a rare pathology that is usually diagnosed in childhood hematuria and obstructive urinary symptoms are the most common findings and transurethral resection is the best choice of the treatment.

We report three cases, a 6-years-old boy and 9-years-old boy diagnosed and treated of posterior urethral polyp after showing hematuria and obstructive urinary symptoms, and a 2-years-old girl that showed to prolapse of urethral polyp.

**KEY WORDS:** Polyp; Urethra; Hematuria.

## INTRODUCCIÓN

Los pólipos fibroepiteliales de aparato urinario son poco frecuentes, siendo su localización más habitual la unión pieloureteral y la uretra posterior.

A pesar de no ser una patología exclusiva de la edad pediátrica, habitualmente son diagnosticados y tratados quirúrgicamente durante esta época de la vida. Mientras que la sospecha diagnóstica de esta entidad suele ser clínica, las pruebas

radiológicas desempeñan un papel fundamental en el diagnóstico final.

Es destacable el carácter benigno y con escasa tendencia a la recidiva de este tipo de lesiones.

## CASO CLÍNICO Nº 1

Varón de seis años que es remitido a nuestra consulta por hematuria y dificultad miccional ocasional sin otros antecedentes de interés.

Refería hematuria franca autolimitada y flujo miccional entre cortado ocasional sin episodios previos de ITU.

Se realizó una ecografía donde se vio una lesión sólida ovalada bien definida de 0,8 cm de diámetro que protuía en el fondo vesical y parecía extenderse desde la uretra (Fig. 1).

Ante la sospecha diagnóstica de pólipo de uretra posterior, y sin más pruebas complementarias, se decidió realizar exploración endoscópica bajo anestesia y tratamiento mediante resección transuretral de la tumoración. Durante la uretroscopia se apreció una lesión polipoidea y pediculada, posterior al verumontanum, que se introducía en la vejiga con facilidad (Fig. 2). Se procedió a la resección del pedículo y la extracción en bloque del pólipo (Fig. 3).

Histológicamente, correspondió a un pólipo fibroso parcialmente revestido por epitelio transicional y sin signos de metaplasia.

El paciente fue dado de alta a las 24 horas de la intervención, y tras 1 mes del postoperatorio se encuentra asintomático, habiendo cedido tanto la hematuria como la dificultad miccional.

## CASO CLÍNICO Nº 2

Varón de nueve años en estudio por hematuria y dificultad miccional sin otros antecedentes de interés.

Mientras la ecografía mostró una tumoración intravesical polipoide en suelo vesical, la cistouretrografía miccional seria-

**Correspondencia:** Pedro Carrión López. Apartado de Correos 993. 02080 Albacete. E-mail: pedrocarrion1980@hotmail.com

Recibido: Febrero 2010

Aceptado: Marzo 2010



**Figura 1.** Lesión polipoidea en cuello vesical.



**Figura 2.** Visualización endoscópica del pólipo.

da (CUMS) objetivó un pólipo de uretra posterior, de unos 2,5 cm de longitud, protuyendo intravesical cuando estaba vacía y permaneciendo en uretra con la micción sin apreciar, a máxima replección, presencia de reflujo (Fig. 4).

Debido a la edad del paciente, se realizó una exploración endoscópica bajo anestesia apreciando una lesión polipoide móvil en uretra posterior que se trató mediante resección transuretral.

El estudio anatomopatológico reveló un fragmento polipoide de pared fibroedematosa, muy vascularizado y con revestimiento urotelial, que en algún punto sufría metaplasia escamoide.

Tras cinco años de seguimiento, el paciente fue dado de alta encontrándose asintomático y sin signos de recidiva.

### CASO CLÍNICO N° 3

Niña de dos años que presentó un prolapso genital de una masa polipoide.

A la exploración genital se observaba un pólipo, con signos de erosión y hemorragia que parecía depender de uretra.

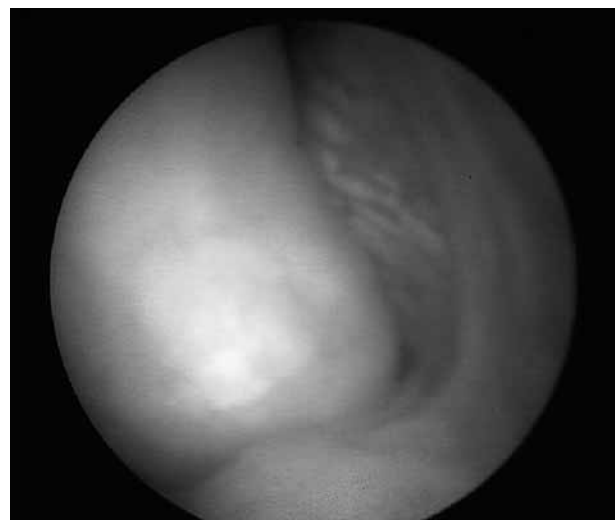
Con ecografía de aparato urinario normal, se procedió a realizar tratamiento mediante exéresis tras haber realizado uretrocistografía, en un mismo tiempo, y confirmar el diagnóstico de pólipo de uretra anterior.

Histológicamente, correspondió a un pólipo fibroepitelial de uretra.

El seguimiento durante los tres años siguientes fue satisfactorio sin presentar incidencias.

### DISCUSIÓN

Los pólipos de uretra suelen ser diagnosticados en la edad pediátrica por hematuria o síndrome obstructivo bajo, debido a que se trata de lesiones muy pediculadas que tienden a



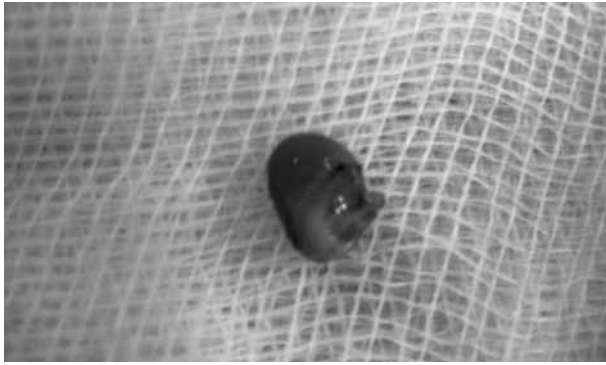
desplazarse hacia la luz uretral produciendo la obstrucción de la misma.

Su embriogénesis es todavía controvertida. Mientras que para algunos autores se debe a una protrusión de la pared uretral posterior, otros establecen una posible conexión entre epitelio metaplásico, a veces presente en el pólipo, con el nivel de estrógenos maternos durante el embarazo<sup>(1)</sup>.

Histológicamente, están compuestos por un tejido fibrovascular y músculo liso, sin estructuras glandulares prostáticas, revestido por epitelio transicional que, en ocasiones, puede mostrar áreas de metaplasia escamosa<sup>(2,3)</sup>.

Está descrita su asociación con otras anomalías del tracto urinario hasta en el 50% de los casos, siendo el reflujo vesicoureteral la más frecuente, habitualmente secundario al problema obstructivo<sup>(4)</sup>.

De naturaleza benigna y localización habitual en la región de la uretra posterior, son más frecuentes en varones, visua-



**Figura 3.** Aspecto macroscópico.

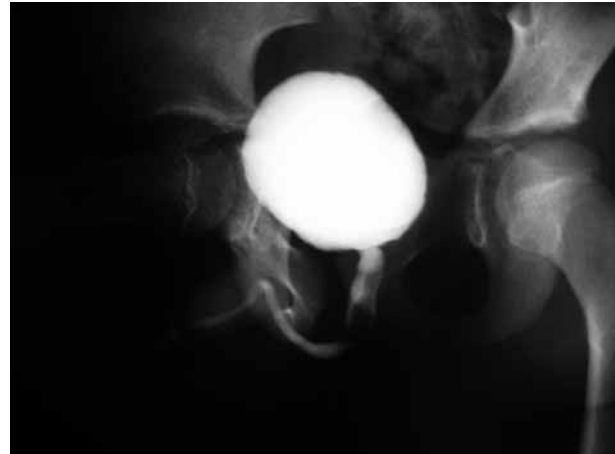
lizándose endoscópicamente posterior al verumontanum con tendencia a desplazarse hacia el interior de la vejiga. Cuando se localiza en la uretra femenina, suele hacerlo en el meato externo<sup>(5)</sup>, presentando clínica de sensación y prolapso de masa a ese nivel, como en uno de los casos presentados. Al presentar un carácter sólido, se debe establecer el diagnóstico diferencial con otros tumores vesicales tanto benignos como malignos<sup>(6)</sup>.

Aunque la ecografía constituye una prueba complementaria muy útil en esta patología, mostrando una lesión bien delimitada junto al cuello vesical de origen uretral, el mejor método diagnóstico lo constituye la CUMS al tratarse de una prueba dinámica que nos permitirá visualizar no solo la morfología característica de esta lesión, sino también su movilidad y tendencia a ocupar la uretra durante la micción. A pesar de ello, ante la sospecha diagnóstica de esta patología, nosotros no solemos realizar la CUMS si la clínica y la ecografía son claras, como en el caso nº1, por tratarse de una prueba cruenta, sobre todo en la edad pediátrica, y porque su resultado no modificará nuestra actitud terapéutica posterior.

El tratamiento de elección es la resección transuretral con sección del pedículo del pólipo.

El pronóstico tras la cirugía es excelente debido a su carácter benigno y la escasa tendencia a la recidiva<sup>(7)</sup>.

En conclusión, los pólipos de uretra posterior son raras lesiones que deben ser tenidas en cuenta a la hora de estable-



**Figura 4.** CUMS del caso nº2.

cer el diagnóstico diferencial de hematuria y obstrucción de tracto urinario bajo, principalmente en la edad pediátrica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Nortes Baños L, Bañón Pérez VJ. Pólipo fibroepitelial de uretra posterior en niños. *Actas Urol Esp.* 2000; 24: 355-7.
2. Redman JF, Lightfoot ML. Congenital posterior urethral polyp in a boy. *Urology* 2003; 61: 460-461.
3. Tsuang W, Rapp DE, Feinstein KA et al. Urethral polyp in asymptomatic male infant with prenatal hydronephrosis. *Urology.* 2006; 67(5): 1085.e9-11.
4. Palencia Ercilla MT, Lago Mandado P, Concheiro Guisán A et al. Retención aguda de orina. *An Pediatr (Barc).* 2007; 67: 407-8.
5. Congregado Ruiz B, Campoy Martínez P, Luque Barona R et al. Pólipo fibroepitelial de uretra en mujer joven. *Actas Urol Esp.* 2001; 25(5): 377-379.
6. Serrano Durbá A, Domínguez Hinarejos C, Reig Ruiz C et al. Transitional cell carcinoma of the bladder in children. *Scand J Urol Nephrol.* 1999; 33 (1): 73-6.
7. Lanzas Prieto JM, Menéndez Fernández CL, Pérez García FJ et al. Pólipo fibroepitelial de uretra en un adulto. *Actas Urol Esp.* 2003; 27(8): 654-656.