

# ADENOMA NEFROGÉNICO URETRAL EN VARÓN JOVEN. APORTACIÓN DE UN CASO

J. OLIVA ENCINA, M.A. TRIVEZ BONED, M.A. GARCÍA GARCÍA,  
M. BLAS MARÍN, P. GIL MARTÍNEZ, L.A. RIOJA SANZ

*Servicio de Urología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

**PALABRAS CLAVE:**

Adenoma nefrogénico.

**KEY WORDS:**

Nephrogenic adenoma.

Actas Urol Esp. 25 (6): 452-454, 2001

## **RESUMEN**

El adenoma nefrogénico es una extraña neoformación de origen urotelial. Se conoce su asociación con procesos infectivos y litiasicos; es común su localización vesical. Comunicamos el caso de un varón joven sin ningún antecedente, que presentó un adenoma nefrogénico a nivel uretral. Fue tratado con resección de la lesión y vigilancia.

## **ABSTRACT**

Nephrogenic adenoma is a rare urothelial neoformation. It is well known the association to infective diseases and stones; the most common localization is in the bladder. We report the case of a young male without previous disease who showed a nephrogenic adenoma in the urethra, it was managed with transurethral resection and surveillance.

El adenoma nefrogénico es una neoformación de origen urotelial relativamente poco frecuente y asociada a agresiones repetidas sobre el tracto urinario.

Puede presentarse en cualquier localización de la vía uro-excretora, pero la localización uretral en el varón es de extremada rareza, motivo por el que presentamos este hallazgo.

## **CASO CLÍNICO**

Presentamos el caso de un varón de 17 años, sin ningún antecedente patológico a nivel sistémico ni urológico. El paciente toma contacto con la consulta urológica con motivo de un discreto síndrome miccional, no acompañado de ningún otro tipo de clínica.

La exploración clínica del paciente no reveló

ningún signo patológico a nivel abdominal, y no se hallaron anomalías en el examen de genitales; el paciente no presentaba uretrorrea a la expresión uretral.

Las determinaciones analíticas en sangre se correspondían con los rangos de normalidad; y el estudio de la orina revelaba la presencia de 25 hematíes y 4 leucocitos por campo a 400 aumentos, siendo el urocultivo negativo.

La investigación clínica prosiguió con el estudio por imagen, en donde la ecografía demostró la existencia de un tracto urinario superior sin anomalías ecográficas y una vejiga sin crecimientos endoluminales, así como la ausencia de residuo post-miccional. Se continuó con una opacificación de la vía excretora por medio de infusión intravenosa de contraste iodado, comprobándose

la completa y normal replección de toda la vía, no hallándose signos patológicos. Una vez con la vía repleta procedimos a la realización de un estudio uretrográfico miccional, que nos orientó hacia la búsqueda de una entidad patológica que justificase el cuadro, ya que aparecía una ocupación de la uretra bulbar que hacía pensar en una pequeña estenosis (Fig. 1).

Con todos estos datos, se decidió la realización de un acceso uretrovesical endoscópico; en él se halló a nivel de uretra bulbar una formación de aspecto multipapilar, de pequeña base de implantación, con papilas de aspecto filiforme, que se implantaba en el tercio distal de la uretra bulbar; no hubo signos endoscópicos patológicos a nivel vesical. En este acto se procedió a la resección del papiloma con pinza fría, toma de orina para estudio citológico, y toma de biopsias vesicales aleatorias múltiples.

Tras la cirugía el paciente fue portador de sonda uretral durante 20 días, y fue tratado con anti-inflamatorios no esteroideos.

El estudio histopatológico de la pieza reveló que las características de éstas eran compatibles con un adenoma nefrogénico (Fig. 2), diagnóstico reforzado por la existencia de células escamosas en el estudio por tinción de la orina.

Clínicamente el paciente se encuentra asintomático, y fue sometido a un nuevo acceso endoscópico 6 meses después del primero, comprobándose la ausencia de recidivas, pero apreciando la existencia de edema y desflecamiento de la práctica totalidad de la uretra bulbar.

**FIGURA 1.** Cistourethrografía miccional seriada, donde se aprecia la existencia de una imagen compatible con ocupación del bulbo uretral.

**FIGURA 2.** Tinción con Hematoxilina-eosina de la pieza de biopsia.

## DISCUSIÓN

El adenoma nefrogénico es la expresión histopatológica de la metaplasia escamosa del urotelio. Es un proceso poco frecuente, y que aparece relacionado con procesos infecciosos, inflamatorios o traumáticos repetidos sobre el epitelio que tapiza la vía excretora<sup>1,2</sup>.

Se localiza preferentemente a nivel trigono-vesical (72%) y urétero-piélico (19%), siendo una localización no poco frecuente, la diverticular uretral femenina<sup>2</sup>.

Destacamos la escasa frecuencia de presentación a nivel uretral masculino, del que existen 3 casos descritos en la literatura<sup>2</sup>.

Se describen asociaciones anecdóticas tras la instilación de BCG intravesical en la prevención de la recidiva de tumores vesicales superficiales<sup>3</sup>, o en neo-uretras realizadas con injerto libre de mucosa vesical<sup>4</sup>.

Clínicamente suelen cursar silentes en la mayoría de los casos, aunque pueden presentar cuadros de uretrorragia, hematuria de intensidad variable<sup>5</sup> y clínica derivada de su localización topográfica.

El diagnóstico, basado en la inespecífica clínica, nos lo dará la exploración radiológica acompañada de la visualización directa mediante la uretroscopia o cistoscopia, y la confirmación diagnóstica nos llegará del estudio histopatológico de la pieza<sup>2,6</sup>.

Debemos realizar diagnóstico diferencial con los tumores uretrales, en concreto con el adenocarcinoma uretral, con el que presenta similitudes histológicas. Según Gilcrease el adenoma nefrogénico puede presentar en ocasiones células claras propias del adenocarcinoma, pero el adenoma nefrogénico no presenta focos de necrosis ni atipias, siendo nula o débil la expresión de MIB-1 y de p53<sup>6</sup>.

Las opciones de tratamiento aceptadas contemplan la resección biopsia como la primera opción, siendo su índice de recurrencia del 39 al 47%, por lo que el paciente debe de ser vigilado bajo uretrocistoscopia. A su vez se eliminarán las causas favorecedoras de su génesis como son la infección, litiasis, y tratamiento de las alteraciones estructurales del tracto urinario que la favorezcan<sup>2</sup>.

## REFERENCIAS

1. MESSINETTI S, IAVARONE C, VON HELAND M, MINOCCHI L, PORCELLI, NICOLUCCI D, STIO F, DI SILVERIO E: Nephrogenic metaplasia. A particular clinical and anatomopathologic entity. *Minerva Urol e Nefrol* 1997 Mar; **49 (1)**: 51-55.
2. GRASA LANAU V, GUARCH TROYAS R, MONTESINO SEMPER M, JIMÉNEZ CALVO J, LOZANO

URUEÑUELA F, DE PABLO CÁRDENAS A, MILLÁN SERRANO JA, SANTIAGO GONZALEZ DE GARIBAY Y A. SEBASTIÁN BORRUEL JL: *Arch Esp Urol* 1998 Mar; **51 (2)**: 138-144.

3. FARINA LA, LAGUNA P, PALOU REDORTA ALGABA F, SANTAULARIA JM, VICENTE J: A nephrogenic adenoma during treatment with intravesical BCG. *Arch Esp Urol* 1992 Mar; **45 (2)**: 153-154.
4. WEINGARTNER K, KOZAKEWICH HP, HENDREN WH: Nephrogenic adenoma after urethral reconstruction using bladder mucosa: report of 6 cases and review of the literature. *J Urol* 1997 Sep; **158 (3 Pt 2)**: 1.175-1.177.
5. KIDD CJ, WARNER T, UEHLING DT: Nephrogenic adenoma of the urethra presenting as gross hematuria in a child. *J Urol* 1997 Mar; **157 (3)**: 983.
6. GILCREASE MZ, DELGADO R, VUITCH F, ALBORES SAAVEDRA J: Clear cell adenocarcinoma and nephrogenic adenoma of the uretra and urinary bladder: a histopatologic and immunohistochemical comparision. *Human Pathol* 1998 Dec; **29 (12)**: 1.451-1.456.

---

Dr. J. Oliva Encina  
Avda. Sainz Varanda, 28 – 9º C  
50009 Zaragoza

(Trabajo recibido el 22 Enero de 2001)