

Caso	(075) Fístula uretral peneana con absceso parauretral
Autores	Eduardo González Cárdenas, Claudia Riestra Merchán, Virginia Quintana Checa, Almudena Núñez Martín, Marcos De Iruarrizaga Gana
Centro	Hospital Universitario Fundación Alcorcón

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 71 años con antecedente de estenosis uretral no intervenida. Acude a urgencias por clínica miccional consistente en disuria y dolor perineal.

Presenta a la exploración escroto aumentado de tamaño y marcada induración en rafe posterior y periné.

Analítica con leucocitosis y elevación de reactantes de fase aguda con empeoramiento progresivo durante su estancia en urgencias, motivo por el cual se solicita TC pélvica.

En la TC se identifica una colección anfractuosa en la base del pene con marcado realce de la pared que se extiende siguiendo el teórico trayecto uretral y se acompaña de extensos cambios inflamatorios en la grasa perineal adyacente y en el escroto.

Ante estos hallazgos se decide administrar 200 cc de SSF intravenoso y se realiza una adquisición durante la micción, objetivándose extravasación del contraste a región parauretral con relleno de la colección descrita, sin localizarse el punto exacto de fuga.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio resultan compatibles con absceso en la base del pene comunicado con la uretra que podría ser secundario a rotura de uretra peneana o bien tratarse de un absceso primario de cuerpos cavernosos comunicado con la uretra.

El paciente fue tratado mediante colocación de una talla suprapúbica y antibioterapia intravenosa. Tras ausencia de mejoría, se realizó desbridamiento en quirófano y toma de biopsias, con resultado de carcinoma epidermoide de uretra moderadamente diferenciado. Se realizó penectomía en un segundo tiempo y el paciente recibió quimioterapia adyuvante.

El carcinoma primario de uretra masculina es una entidad muy rara, con una incidencia de aproximadamente 4 por millón y siendo más frecuente en la quinta década de la vida.

Clínicamente se manifiesta en forma de sintomatología del tracto urinario inferior de tipo obstructivo o irritativo y/o presencia de hematuria. Otros síntomas menos frecuentes son la presencia de masas palpables o el dolor perineal.

De los carcinomas uretrales, la mitad aproximadamente corresponden a carcinoma de células transicionales, el 20% carcinomas escamosos y el 16% adenocarcinomas. Los sarcomas y los melanomas corresponden al resto de casos. La localización más

frecuente es la uretra bulbomembranosa (60%), seguido de la uretra peneana (30%) y la prostática (10%).

El hallazgo de un carcinoma de uretra en forma de fistulización complicada con un absceso es muy infrecuente, con solo unos pocos casos reportados en la literatura.

CONCLUSIÓN

Ante una colección uretral sintomática es necesario demostrar la integridad de la uretra pues, en caso contrario, el paciente debe ser sometido a una talla vesical urgente. Para ello pueden emplearse dos técnicas: la cistouretrografía retrógrada o, de forma menos invasiva, la TC pélvica en fase excretora per- o post-miccional inmediata.

No siempre los escenarios clínicos se encuentran estandarizados en los servicios de Radiodiagnóstico. Por ello, los radiólogos y residentes de radiología, debemos adecuar los protocolos de adquisición de imágenes para la obtención de resultados clínicamente relevantes.



TC pélvica con contraste intravenoso en fases portal y excretora permiccional. Se objetiva una colección anfractuosa y de pared hipercaptante localizada en la base del pene con extensión al rafe escrotal. En la adquisición miccional se objetiva extravasación del contraste desde la uretra peneana hacia la colección.

BIBLIOGRAFÍA

Yu NC, Raman SS, Patel M, Barbaric C. Fistulas of the Genitourinary Tract: A Radiologic Review. *RadioGraphics*. 2004; 24:5, 1331-1352. <https://doi.org/10.1148/rg.245035219>

Swartz MA, Porter MP, Lin DW, Weiss NS. Incidence of primary urethral carcinoma in the United States. *Urology*. 2006. 68 (6): 1164-8. doi:10.1016/j.urology.2006.08.1057

Singh Ak, Saokar A, Hahn PF, Harisinghani MG. Imaging of Penile Neoplasms. *RadioGraphics* 2005 25:6, 1629-1638 <https://doi.org/10.1148/rg.256055069>