

Pólipo fibroepitelial de uréter

*Claudio Martínez Madrid **

*César González del Pino Villanueva ***

*Ramiro Martínez Matute ****

*Tomás Sánchez Cañizares *****

RESUMEN

Presentamos un caso de pólipo fibroepitelial de uréter considerando su rareza y la importancia de realizar el diagnóstico preoperatorio para efectuar una cirugía conservadora. Se revisa la literatura al respecto y se comentan la etiología, clínica y métodos diagnósticos, destacando el importante papel del estudio radiológico. La demostración de los típicos hallazgos en la urografía excretora y/o retrógrada establece el diagnóstico.

SUMMARY

A case of fibroepithelial polyp of the ureter is reported, considering its oddity and the importance to reach a correct preoperative diagnosis to allow conservative surgical treatment. A review of the literature related to this condition is presented and the different aspects about its etiology, clinic and diagnostic methods are commented, making emphasis in the important role of the radiologic study. Demonstration of the typical findings on excretory urography and/or retrograde ureterography establishes the diagnosis.

INTRODUCCION

Los tumores primarios de uréter son relativamente raros, representando, según un estudio de Abeshouse, 1 de cada 3.690 admisiones urológicas hospitalarias. Los tumores ureterales benignos son aún más raros (20 por 100) e incluyen lesiones epiteliales y no epiteliales. Las neoplasias no epiteliales, originadas de los elementos mesodérmicos de la pared ureteral, están representados por leiomiomas, fibromas, neurofibromas, endometriomas, hemangiomas, linfangiomas, hamartomas y pólipos fibroepiteliales (1, 3, 10). De todos estos tumores mesodérmicos, el pólipo fibroepitelial o pólipo fibroso es la forma más común, constituyendo el dos por ciento de todos los tumores ureterales (Dufrenot A.) y según una reciente revisión de la literatura mundial hecha por Debruyne, hasta el año 1980 había 112 casos descritos. Los tumores uroteliales malignos primarios incluyen el carcinoma de células transicionales, el infrecuente carcinoma de células escamosas y el raro adenocarcinoma (3). La existencia del tu-

mor urotelial benigno (papiloma) es controvertida, y muchos autores lo consideran un bajo grado de malignidad. Sarcomas primarios del uréter han sido relatados, pero constituyen una curiosidad patológica.

CASO CLÍNICO

A. G. S., hembra de catorce años de edad. Antecedentes familiares sin interés. Antecedentes personales: apendicectomía, cistitis de repetición.

Ingresa con un cuadro clínico de cólico nefrítico derecho, que cedió con tratamiento médico. Un mes antes, refiere haber sufrido traumatismo lumbar al que siguió hematuria, fiebre alta y mareos.

La exploración física es normal, así como la analítica de orina. El urocultivo es negativo. En la analítica de sangre destaca 0,8 mg/l. de ácido úrico; 4.340 leucocitos con 40 por 100 de neutrófilos; 44,5 linfocitos; 6,9 monocitos y 6,6 eosinófilos.

Las radiografías de tórax y abdomen son normales.

En el estudio urográfico descendente (figuras 1, 2, 3 y 4) se aprecia una duplicidad pieloureteral incompleta bilateral con buen funcionalismo renal. A nivel de tercio proximal del uréter del piélón superior derecho se observa un de-

fecto de repleción de 5,5 cm. de longitud, de aspecto digitiforme, con bordes nítidos, sin signos de uropatía obstructiva y con discreta dilatación distal (signo de Bergman). La cistografía es completamente normal, no existiendo residuo posmiccional.

No se consigue realizar la urografía ascendente, ante la persistencia del catéter a introducirse por el uréter del piélón inferior derecho.

En la Tomografía Axial Computerizada (figura 5) se confirma el defecto de repleción a nivel de tercio proximal del piélón superior derecho, estando rodeado por una fina capa de contraste.

Se intenta cateterizar el uréter para toma de biopsia, pero se detiene la sonda en la confluencia de los dos uréteres a nivel iliaco.

Ante la sospecha de masa intraureteral se le interviene mediante lumbotomía, extrayéndole una tumoración alargada, vermiforme, de implantación proximal y cuya base se electrocoagula.

Informe histopatológico

Estudio macroscópico: pieza alargada de 4 cm. de longitud por 0,4 cm. de grosor, de forma cilíndrica, consistencia firme y con una superficie mucosa lisa, grisácea, con algunas proyecciones digitiformes, la mayor situada en su extremo distal, de 0,3 cm. de diámetro máximo. Al corte muestra una superficie homo-

* Cap. Méd. Alumno Servicio de Radiodiagnóstico.

** Cte. Méd. Servicio de Radiodiagnóstico.

*** Cap. Méd. Servicio de Urología.

**** Ctz. Méd. Servicio de Anatomía Patológica.

Hospital Militar Gómez Ulla, Madrid.

génea y aspecto mucoso. Se agota para estudio histológico.

Estudio microscópico (figuras 6, 7 y 8): formación polipoide con eje conjuntivo laxo, edematoso, bien vascularizado, revestido por epitelio transicional arquitecturado en cuatro a ocho hileras celulares. No existen signos de malignidad.

Diagnóstico anatomopatológico: pólipo fibroepitelial de uréter.

COMENTARIOS

Los pólipos fibroepiteliales de uréter afectan preferentemente al adulto joven (entre los veinte y cuarenta años), raramente al niño (3). En la revisión hecha por Desbiens (7) no encuentra más que 10 casos descritos en edades comprendidas entre los seis y quince años. Berger (4) en una reciente revisión (1982) recopila sólo 11 casos publicados en pacientes menores de dieciocho años, presentando este autor dos nuevos casos, por lo que el nuestro sería el número 14 de los comprendidos en esta edad. Pueden ser múltiples. El no tenerlo presente en el diagnóstico diferencial de los defectos de repleción ureteral, puede abocar a una cirugía mutilante innecesaria.

No existe predominio de un sexo sobre el otro en cuanto a presentación se refiere, siendo de destacar el predominio del sexo masculino en los casos de presentación antes de los veinte años (8).

Predomina en el lado derecho y su localización más frecuente es en la unión pieloureteral, pero pueden asentar en cualquier sitio del uréter, e incluso, Banner (3) ha descrito un caso cuyo tallo se originaba en un cáliz renal. En la literatura revisada no hemos encontrado ningún otro caso asociado a duplicidad pieloureteral bilateral.

La etiología es desconocida. Se han propuesto diversas causas, incluyendo obstrucción, infección, trauma, irritación crónica (cálculos), disturbios hormonales, origen alérgico y defectos del desarrollo (3). Esta última, propuesta por Soderdahl, aunque también hay quien la niega (11), resulta la más atractiva en vista de la relativamente joven edad de los pacientes, así como por la infrecuente evidencia clínica o histológica de infección; para este autor los pólipos ureterales podrían ser la expresión de un esfuerzo inútil de duplicación ureteral. La hipótesis alérgica se ha sugerido por-



Figura 1.—Urografía excretora. Placa realizada a los 20 minutos de la inyección del contraste. Duplicidad pieloureteral bilateral incompleta. Defecto de repleción en el uréter del piélon superior derecho.

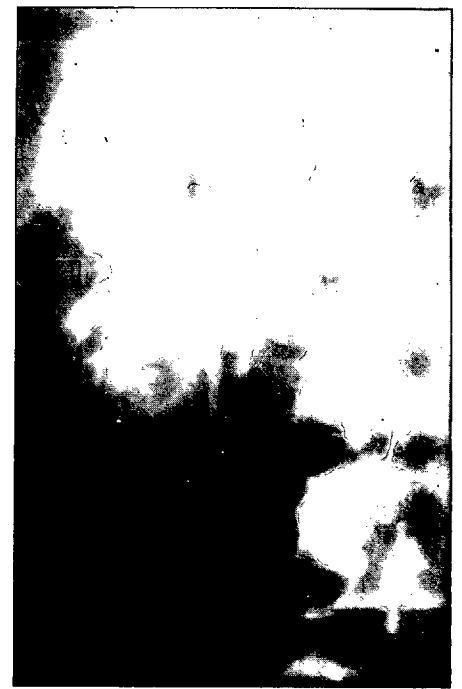


Figura 2.—Detalle localizado de la figura 1.



Figura 3.—Urografía excretora. Placa a los 30 minutos.



Figura 4.—Detalle localizado de la figura 3.

que en algunos casos parece existir correlación con el pólipo mixomatoso de las fosas nasales (7).

Desde el punto de vista macroscópico se caracterizan por ser formaciones alargadas de forma cilíndrica o vermiforme, de consistencia firme, con una superficie mucosa lisa de color gris rosáceo y que, en ocasiones, presentan múltiples proyecciones que surgen de un único tallo. Están libres en la luz ureteral y fijos en la pared del uréter por un pedículo más o menos largo que le concede cierto movimiento (3). Sus dimensiones va-



Figura 5.—Tomografía Axial Computerizada.

rían desde varios centímetros, como el descrito por Díaz R. (9) de 14 cm. de longitud, hasta algunos milímetros.

Histológicamente, están formados por un eje de tejido conectivo laxo, con zonas edematosas, que a veces presenta infiltrados inflamatorios y que suele estar ricamente vascularizado. Este eje está cubierto por un epitelio transicional (urotelio) normal, aunque raramente puede estar hiperplásico (12).

Clínicamente la hematuria, macro o microscópica, y el dolor lumbar gravativo, que puede adquirir características de cólico renoureteral en los casos en que se produzca obstrucción aguda de la vía excretora por coágulos o por el propio tumor, constituyen los signos más frecuentemente observados en estos enfermos, pudiéndose presentar asociados o no (1, 8); en un porcentaje bastante elevado, las crisis dolorosas van acompañadas de una sintomatología digestiva refleja, caracterizada por náuseas y vómitos, estreñimiento, íleo más o menos intenso, etcétera. Estos enfermos presentan con frecuencia polaquiuria, disuria y a veces fiebre, consecuencia de una infección sobreañadida; otras veces, la sintomatología vesical no es consecuencia de una infección urinaria, sino de la irritación que sobre la mucosa vesical ejerce la extremidad del pólipo ureteral, cuya implantación es baja, o que presenta una longitud considerable, lo que origina que éste haga protrusión por el orificio ureteral en la cavidad vesical (8). En ocasiones, puede cursar de forma asintomática y descubrirse como hallazgo casual al realizar un estudio urográfico para filiar otra patología (14).

La exploración física de estos enfermos suele ser anodina, no arrojando ningún dato; únicamente y de manera poco frecuente se palpa el riñón hidronefrótico.

Una complicación poco frecuente es la intususcepción ureteral, que ha sido descrita hasta 1981 en siete casos (todos ellos asociados con tumores benignos) y de los cuales en cinco ocasiones causada por pólipos fibrosos de uréter (13, 16).

Los más importantes métodos diagnósticos son la urografía intravenosa y la ureterografía retrógrada. La urografía excretora se recomienda que se realice a altas dosis (400 mg. I/kg de peso) para asegurar opacificación de ambos uréteres en su totalidad, no sea que un pólipo en un incompleto llenado sea pasado por alto (3). La compresión ureteral



Figura 6.—× 40 H. E. Corte transversal del pólipo (imagen microscópica).

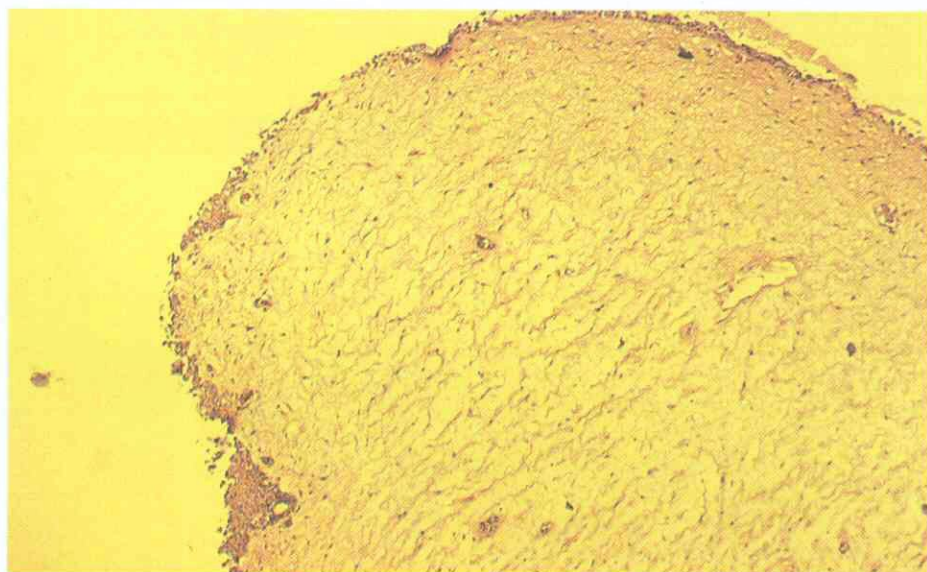


Figura 7.—× 100 H. E. A mayor aumento el corte anterior. Estroma laxo y edematoso y revestimiento epitelial transicional.

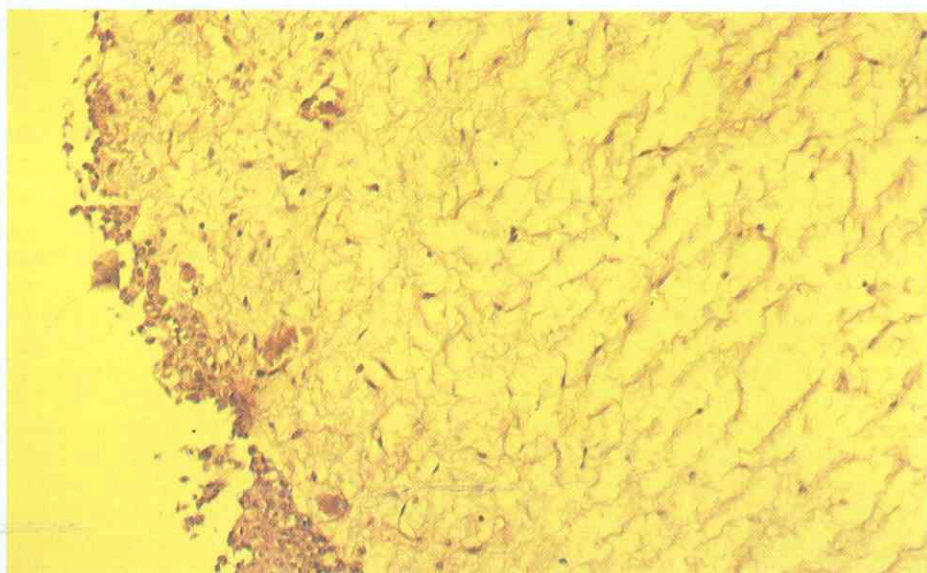


Figura 8.—× 200 H. E. Detalle a mayor aumento de estroma y epitelio transicional.

también es de valor en los pólipos de la mitad superior del uréter. Su apariencia radiológica es bastante característica. Se presenta como un defecto de repleción persistente, de forma alargada (aspecto digitiforme) regular, de bordes lisos, que en ocasiones está delimitado por una fina capa de contraste que se interpone entre él y la pared ureteral, con un delgado pedículo proximalmente y un extremo distal redondeado o bulboso que puede presentar proyecciones pseudodigitiformes. Puede acompañarse o no de ectasia supradistante de la vía excretora. La mucosa ureteral adyacente no evidencia infiltración: el riñón sobre cuyo uréter asienta el pólipo, apenas tiene alteración funcional. En los pólipos de mediano y gran tamaño, puede observarse la movilidad y flexibilidad de la lesión, las cuales pueden ser evidenciadas por un cambio en la apariencia del extremo distal del pólipo en el control fluoroscópico de la urografía intravenosa, por comparación con el estudio retrógrado o lo que es más demostrativo, por el estudio cineradiográfico con pantalla de televisión.

La ureteropielografía retrógrada con control fluoroscópico es aconsejable en muchos casos para demostrar mejor la lesión y, sobre todo, cuando la obstrucción es extrema.

El diagnóstico diferencial radiológico (3) debe hacerse con los cálculos radiotransparentes, tumores epiteliales y coágulos sanguíneos intraluminales. Los cálculos no suelen ser serpiginosos, en forma de gusano, salvo raras ocasiones. Además, el estrechamiento del uréter distal al cálculo es un hallazgo radiográfico frecuente, mientras que los pólipos y los tumores están, generalmente, aso-

ciados a una leve dilatación distal (signo de Bergman) (17) debido al prolongado peristaltismo ureteral a nivel de la lesión intraluminal.

Los coágulos sanguíneos pueden ser alargados y, en un paciente con hematuria, puede simular un pólipo ureteral. Sin embargo, en los urogramas de seguimiento o en ureterogramas retrógrados, una vez cesada la hematuria, suelen variar su configuración, lo que no sucede con los pólipos.

Los tumores epiteliales presentan una apariencia radiográfica bastante característica. Son, habitualmente, más cortos y de bordes más irregulares que los pólipos. Pueden estar presentes áreas adyacentes de infiltración o destrucción. Tienen más tendencia a bloquear el uréter completamente y presentan en el urograma anulación renal. Clínicamente ocurren en pacientes de cincuenta a setenta años y son, generalmente, asintomáticos hasta que sangran, mientras que los pólipos fibroepiteliales ocurren en pacientes más jóvenes y pueden causar dolor ureteral intermitente durante años sin sangrar. Los pólipos son más frecuentes en el uréter proximal o unión ureteropélvica, mientras que los tumores epiteliales ocurren más a menudo en el uréter distal (Abeshouse B. S.).

La angiografía parece no tener un papel importante en el diagnóstico de los pólipos ureterales por no poder diferenciar, definitivamente, benignidad de malignidad. Vascularización anormal ha sido demostrada en lesiones ureterales benignas y malignas, pudiendo también, estas últimas, ser avasculares (Lambeth, J. T.; Lang, E. K.).

Boronat (5) presenta un caso de un tumor de uréter terminal diagnosticado por ecografía endocavitaria, colocando el transductor cercano a la pared vesical y utilizando frecuencias de 5,5 MHz, pero en los pólipos de uréter, dado que generalmente su localización es más

alta, no tenemos noticia en la literatura de su utilización para el diagnóstico.

La cistoscopia en los casos de pólipos de gran longitud o que posean su base de implantación baja, puede confirmar la existencia de un pólipo ureteral al visualizarse en sincronía con la eyacuación ureteral, la salida por el meato de una masa polipoidea que a continuación vuelve a desaparecer del campo cistoscópico (signo del cangrejo ermitaño).

La investigación citológica de repetidas muestras urinarias por el método de Papanicolau, buscando siempre posibles signos citológicos de malignidad, debe realizarse siempre que se pueda, permitiéndonos solamente su negatividad, el pensar en la posibilidad clínica de un pólipo ureteral (12).

Bahson (2) destaca la ventaja de la confirmación endoscópica del pólipo fibroepitelial mediante el ureteropieloscopia rígido.

Es importante sospechar y si es posible diagnosticar el pólipo fibroepitelial ya preoperatoriamente, lo que es posible en muchos casos, ya que tales tumores tienen una apariencia urográfica característica. Si esto no es posible se debe hacer el diagnóstico intraoperatorio para evitar una cirugía radical.

La actitud terapéutica seguida por la mayoría de los autores consultados (4, 8, 10, 12) es la electrorresección del pólipo en su base de implantación o la ureterectomía segmentaria con ureterografía terminoterminal. Si esto no fuese posible por la multiplicidad de los pólipos, habría que realizar una sustitución del uréter.

La nefroureterectomía estará indicada cuando el riñón está severamente dañado por el proceso obstructivo previo originado por los pólipos o existe una razonable duda diagnóstica en la biopsia intraoperatoria.

No se han descrito recurrencias después de la polipectomía simple (3).

BIBLIOGRAFIA

- (1) ARTILES, J. L.; NUÑEZ, J.; RODRIGUEZ, J.; DEL ROSARIO, J.; CHESA, N., y BÉTANCORT, R.: «Pólipo fibroepitelial de uréter». Arch. Esp. Urol., 37: 537-540; 6, 1984.
- (2) BAHNSON, R. R.; BLUM, M. D., y CARTER, M. F.: «Fibroepithelial polyps of the ureter». J. Urol., 132: 343-344; Aug., 1984.
- (3) BANNER, M. P., y POLLACK, H. M.: «Fibrous ureteral polyps». Radiology, 130: 73-76; January, 1979.
- (4) BERGER, R. M.; MARTIN, J., y CARROLL, P.: «Ureteral polyps presenting as ureteropelvic junction obstruction in children». J. Urol., 128: 805-807; 1982.
- (5) BORONAT, F.; LLOPIS, B.; MOMPO, J. A.; FERNANDEZ, J., y JIMENEZ-CRUZ, J. F.: «Diagnóstico con ecografía endocavitaria de tumor de uréter terminal». Arch. Esp. Urol., 37: 65-67; 1, 1984.
- (6) DAVIDES, K. C., y KING, L. M.: «Fibrous polyps of ureter». J. Urol., 115: 651-653; 6, 1976.
- (7) DESBIENS, R.; THIBERT, R.; BELANGER, P. M.; ROVINESCU, I., y FLEURENT, B.: «Polipes benignes de l'uretre, Deux cas». J. Urol. Néphrol., 84: 1-2; 17, 1978.
- (8) DIAZGONZALEZ, R., y VELANAVARRETE, R.: «Pólipos ureterales». Arch. Esp. Urol., 27: 345-358; 3, 1974.
- (9) DIAZ, R.; LEIVA, O.; PEÑA, J. J.; AGUIRRE, F.; CONDE, J. M., y BOROBIA, V.: «Pólipo ureteral gigante». Arch. Esp. Urol., 39: 619-628; 6, 1976.
- (10) GARCIA, J.; JIMENEZ, F.; NAVIO, S.; BORONAT, F.; GARCIA, R., y ROMERO, C.: «Hematuria por pólipos fibrosos del uréter en edad infantil». Actas Urol. Esp., 5: 381-384; 6, 1981.
- (11) MERCANT, J.; CARBONERO, J. M., y SALVA, J.: «Pólipo fibroepitelial ureteral en el enfermo añoso». Actas Urol. Esp., 7: 465-468; 6, 1983.
- (12) NACARINO CORBACHO, L., y SILMI MOYANO, A.: «Pólipo ureteral». Actas Urol. Esp., 3: 169-172; 3, 1979.
- (13) NAUCLER, J.; JOHANSSON, S. L.; NILSSON, A. E., y PETERSSON, S.: «Fibroepithelial polyp of the ureter». Scand J. Urol. Nephrol., 17: 379-383; 3, 1983.
- (14) SANTOS, C.: «Hamartoma vascular del uréter (pólipo fibroangiomaso ureteral)». Arch. Esp. Urol., 30: 157-170; 2, 1977.
- (15) STUPPLER, S. A.; KANDZARI, S. J.: «Fibroepithelial polyps of the ureter. A benign ureteral tumor». Urology., 5: 553-558; Apr. 1975.
- (16) VOGELZANG, R. L.; CALENOFF, L., y BULKLEY, G. J.: «Ureteral Intussusception caused by Fibrous ureteral polyp». Urol. Radiol., 3: 47-49, 1981.
- (17) WITTEN, D. M.; MYERS, G. H.; UTZ, D. C.: Urografía clínica. Atlas y tratado de Diagnóstico Roentgenológico. 4.ª edición, pags. 190-229: Salvat Editores, S. A. Barcelona. 1983.