

## FIBROMIXOLIPOMA DE URETER Y ADENOMA TUBULAR CORTICAL EN UN RIÑÓN LITIASICO

Dres. ROLANDO C. HEREÑU, \* CESAR A. LEONARDELLI, OSVALDO F. EGUIA

La localización de neoplasias primitivas en el uréter es de escasa frecuencia.

Abeshouse (1), cita una proporción de 1:3.690 de estos tumores en el conjunto de las enfermedades del tracto urinario. Senger y Furey (12) dicen que la mayoría de los tumores primitivos del uréter, 96 %, son de naturaleza epitelial, benignos o malignos, quedando sólo el 4 % para los de origen mesenquimático. La mayoría de éstos sería de naturaleza maligna, y muy infrecuentes los de carácter benigno. Con respecto a estos últimos, se citan casos aislados, (2), (4), (5), (6), (9), (11), (13). Pescione y Trocino (8), en 1962, recopilan 31 casos de la literatura mundial de tumores conjuntivos del uréter.

En su mayoría se trata de fibromas, miomas y fibromiomas. Muchas veces con aspecto polipoide, conformación por la cual pueden crearse confusiones con formaciones similares de índole epitelial. Arvis (2), señala que la diferencia fundamental entre unos y otros es la normalidad del epitelio de revestimiento en los de estirpe conjuntiva.

Hemos creído interesante la presentación del siguiente caso, en que existía un tumor ureteral conjuntivo y en el cual, además de una litiasis renal que despertó la inquietud diagnóstica y terapéutica, se halló en el estudio histológico ulterior, un pequeño adenoma tubular cortical.

### Caso clínico:

Enfermo I. M., masculino, 38 años.

Cita antecedentes de dolor intercostal izquierdo, fiebre y pequeñas hematurias a repetición.

Presenta en la actualidad dolor en fosa lumbar izquierda y episodios de polaquiuria.

*Palpación:* Sensible la región lumbar en el lado izquierdo.

*Urograma:* Muestra un grueso cálculo en pelvis renal izquierda, una concreción más pequeña en el cáliz inferior y ectasia calicial. El uréter correspondiente no permite observar imágenes ostensiblemente anormales.

Se constató en forma reiterada la presencia de hemato-piuria microscópica y bacteriuria permanente de difícil control con antibióticos.

Se decide su intervención con vistas a una Pielo-litectomía.

*Parte operatorio:* Incisión intercostal por 11º espacio izquierdo. Se libera la zona perirrenal de adherencias laxas. Un través de dedo por debajo de la unión pieloureteral, se observa una tumoración de poca consistencia, fusiforme y lisa, que engloba a la pared del uréter en una extensión de 3 a 4 cm., aproximadamente. En la pelvis renal, que en su mayor parte es intra sinusal, se palpa un grueso cálculo. Por ureterotomía se explora la zona tumoral, comprobándose que es una neoformación de la pared, a la que infiltra uniformemente.

Se efectúa Nefrectomía, incluyendo el segmento de uréter comprometido, previa ligadura y sección de su pedículo. Cierre de pared por planos y drenaje.

*Evolución:* Completamente normal, sin problemas a los tres meses de intervenido.

*Anatomía patológica:* Protocolo N° 20368.

Material remitido: 1) Riñón, 2) Tumoración en la unión pieloureteral.

*Descripción Macroscópica.* Riñón: de 13 por 6 cm. de diámetro. Pelvis moderadamente dilatada y congestiva con punteado hemorrágico de su mucosa. Se ve en su interior un cálculo de 2 por 2 cm. y otro más pequeño, de color pardo negruzco y superficie irregular.

*Uréter:* En su iniciación se aprecia una tumoración fusiforme de 3 cm. de longitud por 2 cm. de espesor, que rodea externamente la luz del conducto, que se muestra parcialmente estenosado y con la mucosa respetada.

*Descripción Microscópica:* El tumor del uréter está constituido por una proliferación de células conjuntivas, fusiformes típicas, que se ordenan en haces fibrosos en unos sectores y en forma muy laxa, mixoide, en otras. A este nivel la técnica de coloración para Metacromacia, dio una tonalidad rojo pálida. Se ven también algunas células adiposas de gran citoplasma claro entre los sectores mixoides, así como también acúmulos de linfocitos aislados. El epitelio de la mucosa no muestra lesiones dignas de mencionar.

*Riñón:* En general su estructura tubular y glomerular está conservada, con sólo un discreto infiltrado linfocitario intersticial y pequeños focos congestivo-hemorrágicos debajo del epitelio piélico. Llama la atención en plena zona cortical, la presencia de un nódulo de 0,5 cm. de diámetro, redondeado, de límites poco precisos y que está formado por pequeños cordones y túbulos de células cúbicas, con núcleo redondo típico y escaso citoplasma oscuro.

Diagnóstico Histopatológico:

- 1) *Fibromixolipoma de la pared ureteral.*
- 2) *Litiasis renal oxálica y fosfática, con pielonefritis crónica.*
- 3) *Pequeño adenoma renal.*

*Comentario:*

Todos los autores coinciden en que los tumores benignos mesodérmicos del uréter no tienen una fisonomía clínica o radiológica propia.

La triada sintomatológica descrita para los tumores epiteliales de esta localización (Hematuria, Dolor, Tumor palpable), no se observa en el caso de los que estudiamos en este momento.

Se suelen en cambio, manifestar por las complicaciones que sobrevienen al comprometer, en mayor o menor grado, la luz ureteral: Infección, Litiasis, Hidronefrosis, Riñón "mudo". Arvis (2), cita un caso de fibroma a desarrollo intra luminal que provocaba la invaginación del uréter.

Otras veces aún, es un hallazgo durante el tratamiento de otras patologías a las que suele estar asociado (7): Ureteritis quística, Pielitis, Tuberculosis, Cálculo, Estenosis, etc.

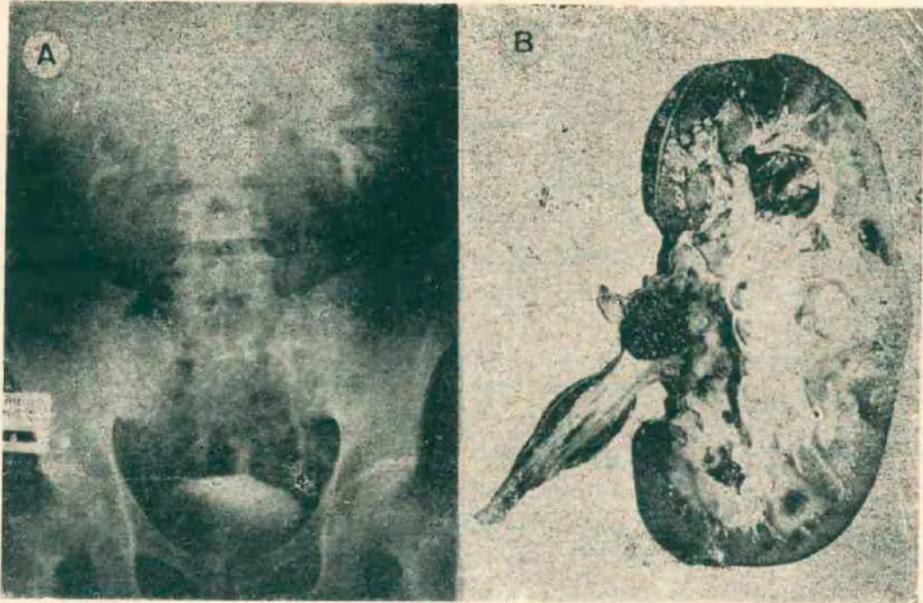
En nuestro caso, el estudio urográfico de rutina no dio elementos de orientación diagnóstica precisa, ya que la ectasia existente era atribuible al cálculo piélico. Una uréterografía con buen relleno del conducto sin duda hubiera puesto en evidencia un desfiladero de menor calibre a nivel del tumor. Pero no creímos necesario realizarla, y con ello perdimos la oportunidad de sospechar siquiera su existencia.

Al margen de este infrecuente hallazgo quirúrgico, el estudio histológico de la pieza nos deparó una segunda sorpresa, un pequeño adenoma tubular,

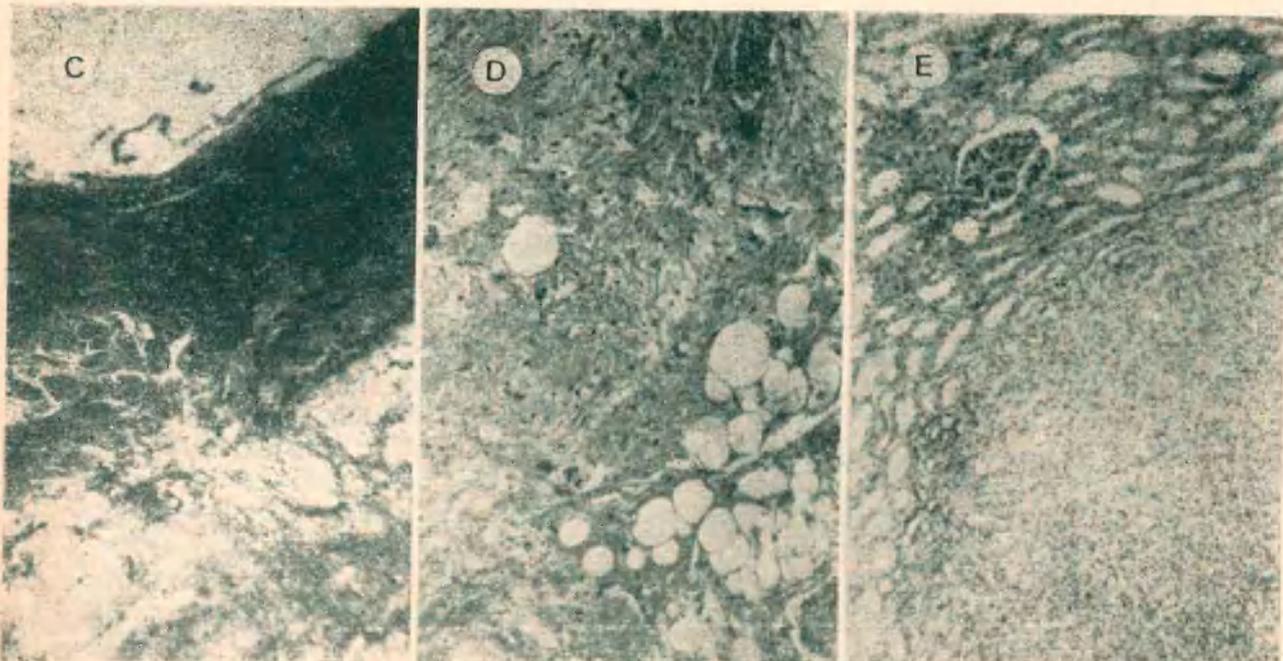
alojado en la corteza, con células cúbicas de aspecto inmaduro, pero carente en absoluto de anomalías nucleares u otros caracteres de malignidad. Lesión que puede ser considerada pre-neoplásica, pero que como prácticamente todos los adenomas de parénquima renal, no fue aquí sino una intercurencia encontrada en forma casual.

### RESUMEN

Se presenta un caso de Fibromixolipoma del Uréter. Coexistía con él, una Litiasis Renal y un Adenoma Tubular en la corteza renal.



- a) *Urograma*: Uréter izquierdo sin lesión apreciable que permita la sospecha de tumor ureteral. Signos de pielonefritis y ectasia calicial.
- b) *Pieza operatoria*: Se aprecia un grueso cálculo ubicado en la pelvis y otro más pequeño en polo inferior. Cavidades pielocaliciales moderadamente dilatadas y punteado hemorrágico de su mucosa (pielonefritis). Tumor de uréter de aspecto mixomatoso que muestra la indemnidad de su mucosa y la conservación de su luz.



- c) *Uréter*: Se observa el epitelio ureteral normal, debajo una zona oscura de tejido muscular y fibroso que se continúa con el tejido tumoral fibromixomatoso.
- d) *Uréter, zona tumoral*: Se pueden apreciar fibras colágenas en oscuro (fibroma), en el que se intercalan sectores claros (mixoma), y espacios vacuolares esféricos que corresponden a células adiposas (lipoma).
- e) *Riñón, zona cortical*: Glomérulos y túbulos de aspecto normal, rodeando a un tumor limitado, esférico, constituido por células cúbicas típicas dispuestas en cordones y túbulos.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) *Abeshouse B. S.*: Amer. J. Surg., 91: 237, 1956.
- (2) *Arvis G., Galian Ph., Steg A., Aboulker P.*: Presse Med. 77: 665, 1969.
- (3) *Boijesen E.*: Acta Radiol. (Stockholm) 57: 172, 1962.
- (4) *Breckenridge R., Lynch Ph., Holfelner E.*: J. Urol. 90: 160, 1963.
- (5) *Cavallini A., Ferranti L.*: Arch. Ital. Urol. 31: 374, 1958.
- (6) *Cooney C. J.*: J. Urol. 47: 651, 1942.
- (7) *Mc Lean J. T., Fowler V. B.*: J. Urol. 75: 384, 1956.
- (8) *Pescione F., Trocino S.*: Giorn. It. Chir. 18: 183, 1962.
- (9) *Roen P. R., Kandalajt S.*: J. Urol. 96: 890, 1966.
- (10) *Sanseverino E.*: Giorn. It. Chir. 12: 313, 1956.
- (11) *Scott W. W.*: en Campbell "Urologia" Ed. Saunders, Filadelfia, 1954.
- (12) *Senger F. L., Furey C. A.*: J. Urol. 69: 243, 1953.
- (13) *Sorboli G., Franch L.*: Minerva Chirurgica 19: 606, 1964.
- (14) *Vest S. A.*: J. Urol. 45: 97, 1945.