

POLIPO FIBROEPITELIAL DEL URETER.
Aporte de un nuevo caso. Revisión de la literatura**FIBROEPITHELIAL POLYP OF THE URETER.**
Case report. Review of the literature

Dres. Sánchez Mazzaferri (*), F.; Fadil Iturralde, J. L.; Bragagnolo, J.; Damiani, H.; Yunes, J.; Ferrer, J.(); Linari, A. (**)**

RESUMEN: *Los pólipos fibroepiteliales son tumores benignos que se pueden manifestar a lo largo de todo el tracto urinario. Se presenta un caso de pólipo fibroepitelial en uréter. Revisamos la literatura y discutimos las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de esta rara entidad.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 65, N° 1, Pág. 31, 2000)

Palabras clave: Uréter; Pólipo fibroepitelial.

SUMMARY: *Fibroepithelial polyps are benign tumours that occurs throughout the urinary tract. An additional case of fibroepithelial polyp is described. We reviewed the literature and discussed the clinical features and management of this rare benign lesion.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 65, N° 1, Pág. 31, 2000)

Key Words: Ureter; Fibroepithelial polyp.

INTRODUCCION

Las neoformaciones ureterales son relativamente infrecuentes, y la mayoría son de naturaleza maligna. Dentro de las lesiones benignas los pólipos fibroepiteliales son los más comúnmente hallados.

A pesar de la baja incidencia de los tumores ureterales benignos es imprescindible tenerlos en cuenta como

diagnóstico diferencial, ya que implican factores terapéuticos y pronósticos particulares.

Se presenta un caso de pólipo fibroepitelial ureteral sin diagnóstico preoperatorio de certeza.

CASO CLINICO

F. S. de sexo femenino de 31 años de edad que ingresó al Servicio de Urología el día 25/09/97 con un cuadro caracterizado por dolor lumbar izquierdo de larga evolución, de tipo continuo con exacerbaciones cólicas. En los días previos a la internación comenzó con hematuria franca con coágulos. No presentaba otros síntomas uro-

(*) Mr. Ross 830 (2000) Rosario, Argentina. Tel./fax: 0341-4632767

(**) Servicio de Urología y Servicio de Anatomía Patológica.
Sanatorio Parque. Rosario. Santa Fe. Argentina.

lógicos ni generales. Sin antecedentes patológicos de jerarquía. No fumadora ni etilista.

Al examen físico la paciente se encontraba con buen estado general y no impresionaba enferma. Signos vitales dentro de parámetros normales. A la palpación abdominal blando, depresible, indoloro, sin organomegalia; puño percusión negativa bilateral.

Estudios complementarios: _____

- Laboratorio de rutina dentro de parámetros normales. Microhematuria.
- Urocultivo negativo
- Teletórax sin particularidades
- *Ecografía reno-vesical*: Riñón derecho sin particularidades. Riñón izquierdo con severa hidronefrosis y disminución del espesor corticomedular. Vejiga sin particularidades.
- *Urografa excretor*: Riñón derecho buena concentración y eliminación del contraste sin hallazgos patológicos. Riñón izquierdo excluido. (Figura 1)
- *Pielografía retrógrada*: Dilatación acusada del uréter izquierdo con defecto de repleción de contorno liso que abarca tercio medio e inferior del uréter. (Figura 2)

Se interpretó el cuadro como posible tumor de vía excretora con daño renal severo, por lo que se le practi-

có nefroureterectomía izquierda con escisión de manguito vesical bajo anestesia general.

La anatomía patológica informó un riñón izquierdo con cavidades pielocaliciales dilatadas tapizadas por mucosa blanquecina microgranular, cortical renal adelgazada. A nivel del extremo proximal del uréter se reconoce formación polipoidea única unida por un fino pedículo a la pared. El mismo es irregularmente ramificado con superficie lisa, blanquecino, y se amolda a la totalidad del uréter, con una longitud de 13 cm y un diámetro de 1,5 cm. Microscópicamente se informó pólipo fibromixóide pediculado de uréter. Riñón con glomerulonefritis crónica esclerosante. (Figura 3)

DISCUSION

Las neoplasias ureterales son infrecuentes (1-2% de los tumores genitourinarios) y el 80% corresponde a tumores de naturaleza maligna. Dentro de los tumores benignos, los pólipos fibroepiteliales son los más frecuentes. (1,3)

Vest clasificó los tumores ureterales benignos en dos grupos: (4,5)

- *Estromáticos*: Predomina el tejido conectivo, con un epitelio de revestimiento normal.
- *Epiteliales*: Son los más comunes. Formados por



Figura 1: Pólipo fibroepitelial del uréter.



Figura 2: Pólipo fibroepitelial del uréter.

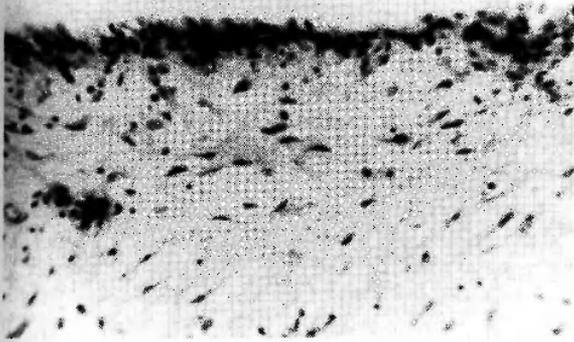


Figura 3: Pólipo fibroepitelial del uréter.

un epitelio transicional de múltiples capas sobre un eje de tejido conectivo.

Los pólipos fibroepiteliales son formaciones de origen mesodérmico, que se desarrollan a partir de células no epiteliales de la pared. Microscópicamente los pólipos nacen de la submucosa y están compuestos por un eje de tejido conectivo recubierto por una capa de urotelio normal o hiperplásico. Ninguno de estos dos componentes presenta signos de atipia citológica. El tallo estromático central usualmente contiene colágeno, fibroblastos, fibras musculares lisas, y ocasionalmente células inflamatorias agudas y/o crónicas.^(6,9)

Los pólipos fibroepiteliales se pueden localizar en cualquier nivel de la vía excretora urinaria, siendo el uréter el lugar más frecuentemente hallado. No son numerosos los casos descritos de presentación en pelvis renal; *Brady y col.*, en una recopilación bibliográfica presentó 23 casos.⁽¹⁰⁾ Dentro del tracto urinario bajo se lo encuentra más comúnmente en la uretra posterior. Esta última localización es la más frecuente en la edad pediátrica, de acuerdo con lo mencionado por *Musselman y Kay* en una revisión realizada en 1986.^(11,12)

Los pólipos fibroepiteliales del uréter tienen como lugar de asiento más común la unión pieloureteral. En una serie recopilada por *Stuppler y Kandzari*, el 68% de los mismos tenían esta localización, mientras que el resto se encontraba en el uréter medio y distal.⁽¹³⁾

En cuanto a la lateralidad de los pólipos fibroepiteliales del uréter existe un leve predominio del lado izquierdo. Respecto de la distribución por sexo parece haber una discreta superioridad en varones. Esta incidencia varía si el pólipo fibroepitelial se localiza en la pelvis renal, con un predominio en el sexo femenino (79%) y del lado derecho (79%).^(10,14,15)

Se los ha encontrado en pacientes de todas las edades, afecta principalmente a los adultos jóvenes, fundamentalmente durante la segunda y tercera década de la vida.⁽³⁾

El origen de estas lesiones continúa siendo descono-

cido. Entre los posibles factores etiológicos se incluyen: obstrucción, trauma, infección, irritación, carcinógenos endógenos y exógenos, y desbalance hormonal. Algunos autores sugieren un origen congénito de la lesión debido a su asociación con algunas anomalías del desarrollo ureteral, como por ejemplo divertículos ureterales y la presentación en pacientes de edad relativamente baja.^(3,9,16)

La mayoría de los pacientes manifiestan dolor lumbar o en flanco, de tipo intermitente, gravativo, en forma de accesos cólicos. La hematuria macro o microscópica es el signo más frecuente. La presencia de éstos, se piensa que son consecuencia de una torsión del pedículo tumoral que provoca estasis venosa, infarto y ruptura vascular con su consecuente hematuria y de una obstrucción intermitente de la vía urinaria por coágulos, el propio tumor, o intususcepción del uréter.⁽²⁾

Macksood, Perlmuter y col. describieron un caso de pólipo fibroepitelial en un niño como causante de obstrucción pieloureteral.⁽¹⁶⁻¹⁸⁾

La intususcepción del uréter es una complicación poco frecuente de los pólipos ureterales, generalmente relacionado con pólipos de tallo largo. Si bien esta presentación clínica se asocia directamente con la presencia de un tumor benigno, se han descrito casos de carcinomas de bajo grado y crecimiento lento como causante de la misma (*Moretti y José*).^(19,20)

En ocasiones, puede cursar en forma asintomática y descubrirse como hallazgo casual al realizar un estudio complementario por otra causa no relacionada.

El diagnóstico preoperatorio no siempre se realiza, ya que los estudios radiológicos pueden no ser suficientemente demostrativos.

Los pólipos ureterales son difíciles de ver con las técnicas urográficas, ya que no siempre se consigue el llenado completo del uréter con el medio de contraste. El signo patognomónico consiste en la aparición de un defecto de repleción negativa con efecto de masa de contorno más o menos liso. Es característica la presencia de un anillo o reborde delgado de contraste que reviste la pared ureteral dilatada, representa el contraste que rodea al tumor y demuestra que la lesión no se encuentra adherida a la pared del uréter, salvo por un pedículo delgado. Otras manifestaciones pueden ser caliectasia, pielectasia, uronefrosis, y la no visualización del lado afectado.^(21,22)

Otras patologías que pueden presentar estos signos radiológicos y que deben tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial son: litiasis radiolúcidas, coágulos, formaciones malignas, burbujas de aire, compresión extrínseca y ureteritis quística.⁽³⁾

Los datos aportados por el urograma pueden ser complementados y aclarados por una pielografía retrógrada.

La ultrasonografía y la TAC habitualmente no aportan datos concluyentes, pero pueden ser utilizadas para descartar la presencia de litos radiolúcidos.

La citología exfoliativa de orina no debe demostrar

atipia debido a la naturaleza benigna el tumor. Dada la alta tasa de falsos negativos de este método en la patología tumoral de bajo grado de malignidad, una citología normal no puede descartar un carcinoma de células transicionales.⁽¹⁰⁾

Dentro de los métodos endourológicos, los más utilizados son la cistoscopia y la ureterorenoscopia.⁽²³⁾

La cistoscopia en casos de pólipos de gran longitud o de implantación baja, puede confirmar su existencia al visualizar por el meato la salida de una masa polipoides en el momento de la eyaculación ureteral que posteriormente vuelve a desaparecer del campo cistoscópico (signo del cangrejo ermitaño). También se puede observar la salida de orinas hemáticas del meato ipsilateral al uréter afectado.⁽²⁾

La ureterorenoscopia permite la visualización directa de la lesión y la toma de biopsia para la evaluación histopatológica.⁽²⁴⁾

La actitud terapéutica debe ser siempre conservadora debido a la naturaleza benigna de estos tumores. El tratamiento de estos pólipos está condicionado en parte por el grado de obstrucción, el grado de compromiso renal, la extensión de la lesión, y la impresión intraoperatoria de malignidad. Por lo tanto, se han practicado procedimientos que van desde la polipectomía hasta la nefroureterectomía.

La polipectomía y electrocauterio de la base de implantación, con conservación de la unidad renal, es el procedimiento de elección. La misma puede ser realizada a través de una ureterotomía, o de una resección endoscópica. Esta última tiene la ventaja de evitar una cirugía a cielo abierto, de ser una intervención ambulatoria, y de preservar la integridad del urotelio.⁽²⁾

La resección segmentaria del uréter con anastomosis término-terminal se ha utilizado en varias ocasiones; en casos de exéresis amplias se empleó la técnica de Boari, vejiga poica, y otros procedimientos de reemplazo ureteral.⁽⁸⁾

La nefroureterectomía sólo se encuentra indicada en pacientes con daño renal severo (como en el caso por nosotros presentado), o cuando en la biopsia intraoperatoria se plantean dudas sobre la benignidad del tumor.

No se ha comunicado la transformación maligna ni la recidiva luego de la exéresis completa de este tipo de lesiones.

CONCLUSIONES

Si bien este tipo de tumores tiene una baja incidencia, su diagnóstico debe ser considerado en pacientes jóvenes con historia de dolor en flanco, hematuria intermitente, y defecto de repleción de contorno liso en los estudios radiológicos contrastados. Así, la identificación preoperatoria de esta entidad haría decrecer en forma importante el número de nefroureterectomías innecesarias.

Con el advenimiento de nuevas técnicas endourológicas se hace posible un diagnóstico preoperatorio de certeza, contándose además con opciones terapéuticas mínimamente invasivas, que se tornan de elección en esta patología.

BIBLIOGRAFIA

1. D'Osvaldo, C.; Rovegno, A.; Bechara, A.; Rey, H.: Pólipo fibroepitelial del uréter. *Rev. Arg. de Urología*, 59:56-59, 1994.
2. Artiles, J. L.; Nuñez, J. y col.: Pólipo fibroepitelial del uréter. *Arch. Esp. Urol.*, 37:537-540, 1984.
3. Lancina Martín, J.; Monsalve Rodríguez, M. y col.: Pólipo fibroepitelial del uréter. Aportación de un nuevo caso. *Arch. Esp. Urol.*, 39:139-142, 1986.
4. Compere, D. E.; Begley, G. F.; y col.: Ureteral Polyps. *J. Urol.*, 79: 209-214, 1958.
5. Wogalter, H.: Ureteral Polyp: 19 year History. *J. Urol.*, 87: 528-531, 1961.
6. Vandendris, M.: Fibrous Polyp of the Ureter. *Br. J. Urol.*, 51: 233, 1979.
7. Hudson, H. C.; Howland, R. L.: Primary Benign Ureteral Tumor of Mesodermal Origin. *J. Urol.*, 105: 794-796, 1971.
8. Chang, H.H.; Ray, P.; Ockuly, E.; Guinan, P.: Benign Fibrous Ureteral polyps. *Urology*, 30: 114-118, 1987.
9. Crum, P. M.; Sayegh, E. S. y col. Benign Ureteral Polyps. *J. Urol.*, 102: 678-682, 1969.
10. Brady, J. D.; Soloway, M.S. y col.: Fibroepithelial Polyp of the Renal Pelvis: Nephron-Sparing Surgery After False-Positive Biopsy for Transitional cell Carcinoma. *Urology*, 49:460-464, 1997.
11. Musselman, P.; Kay, R.: The Spectrum of Urinary Tract Fibroepithelial Polyps in Children. *J. Urol.*, 136:476-477, 1986.
12. Colgan, J. R.; Skaist, L.; Morrow, J. W.: Benign Ureteral Tumours in Childhood: A case report and a Plea for Conservative Management. *J. Urol.*, 109: 308-310, 1973.
13. Stuppler, S. A.; Kandzari, S. J.: Fibroepithelial Polyps of Ureter. *Urology*, 5:553-558, 1975.
14. Banner, M. P.; Pollak, H. M.: Fibrous Ureteral Polyps. *Radiology*, 130:73, 1979.
15. Wolgel, C. D.; Paris, A. C. y col.: Fibroepithelial Polyp of Renal Pelvis. *Urology*, 29:436-439, 1982.
16. Soderdahl, D. W.; Schuster, S. R.: Benign Ureteral Polyp in the Newborn. *JAMA*, 207:1714-1715, 1969.
17. Macksood, M. J.; Perlmutter, A. D.; y col.: Benign Fibroepithelial Polyps as a Cause of Intermittent Ureteropelvic Junction Obstruction in a Child. *J. Urol.*, 134: 951-952, 1985.
18. Berger, R. M.; Martín, J.; Carrol, P.: Ureteral Polyps Presenting as Ureteropelvic Junction Obstruction in Children. *J. Urol.*, 128: 805, 1982.
19. Moretti, K. L.; José, J. S.: Ureteral Intussusception Owing to a Malignant Ureteral Polyp. *J. Urol.*, 137:493-494, 1987.
20. Gerdes, G.; Eyrdqvist, L.: Intussusception of the Ureter Caused by a Primary Benign Tumour. *Acta Chir. Scand.*, 132:397-402, 1966.
21. Emmet. Urografía clínica. Atlas y tratado de diagnóstico Roentgenológico. Cuarta Edición. Salvat.
22. Mariscal, A. y col.: Cystic Transformation of a Fibroepithelial Polyp of the Renal Pelvis: Radiologic and Pathologic Findings. *AJR*, 164:1445-1446, 1995.

23. Martínez Piñeiro, J. A.; Pérez Castro, E. y col.: La endourología en los tumores uroteliales del aparato urinario superior. *Arch. Esp. Urol.*, 39: Sup.2,97-107, 1986.
24. Macfarlane, M. T. y col.: Preoperative Endoscopic Diagnosis of Fibroepithelial Polyp of the Renal Pelvis. *J. Urol.*, 145:549-551, 1991.

COMENTARIO EDITORIAL

Felicito a los autores por la interesante revisión literaria realizada y la claridad del caso que describen.

Solamente creo que hubiera sido conveniente realizar una Cámara Gamma Renal para valorar la potencial recuperación funcional renal, ya que se trata de una paciente joven, en la que hubiera sido factible realizar una cirugía conservadora.

Quiero subrayar lo mencionado por los autores en la conclusión, cuando expresan que la correcta identificación preoperatoria que permiten los métodos endourológicos contribuye a evitar un gran número de *nefroureterectomías innecesarias*, actitud válida también para los tumores de vía de bajo grado.

Dr. Pedro Manuel Minuzzi

Médico de la Fundación Urológica Córdoba para
Docencia e Investigación Médicas (FUCDIM)
Wenceslao Paunero 2193 B^o Rogelio Martínez
C. P. 5016 Córdoba
Tel/Fax: (0351) 4690647 - 4699335 - 4697182
E-mail: fucdim@impsat1.com.ar