

CASO CLÍNICO

CLINICAL CASE

Dres. Pautasso, O.*; Morengo, R.; Mascó, A.

RESUMEN: *Se presenta un caso de carcinoma epidermoide de pelvis renal, fistulizado al duodeno que, tratado mediante nefrectomía, tuvo una sobrevivida de diez meses.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 61, Nº 3, Pág. 123, 1996)

Palabras clave: Neoplasmas urológicos; Fístula urinaria; Perinefritis.

SUMMARY: *It is presented a case of epidermoid carcinoma of the renal pelvis with duodenal fistula. A nephrectomy was performed after which the patient lived ten months.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 61, Nº 3, Pág. 123, 1996)

Key words: Urologic neoplasms; Urinary fistula; Perinephritis.

INTRODUCCIÓN

El caso que presentamos puede considerarse de interés, tanto desde el punto de vista etiológico como en lo referido a sus manifestaciones clínicas, por los problemas sorteados para llegar al diagnóstico y por la forma de responder al tratamiento quirúrgico. El caso nos muestra las dificultades a las que nos puede enfrentar una patología poco habitual.

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 73 años de edad, que consulta por dolor lumbar derecho de varios meses de evolución, infección urinaria ocurrida 45 días antes, cistalgia crónica, hipertensión arterial durante los últimos 6 meses y molestias digestivas inespecíficas.

El estado general es bueno, aunque ha perdido peso y tiene antecedentes de diabetes que regula fácilmente con dieta; no hay historia familiar ni personal de tuberculosis. Fue sometida con anterioridad a una apendicectomía, ooforectomía derecha e histeropexia.

En el examen físico, se comprueba un "empastamiento" de la fosa lumbar derecha y la puño percusión renal resulta positiva de ese lado.

Los exámenes complementarios muestran lo siguiente:

* Profesor Titular de la 2ª Cátedra de Urología de la Universidad Nacional de Córdoba
Jefe del Servicio de Urología del Hospital Tránsito Cáceres de Allende - Córdoba
Colón 845, 2º "A" - (5000) Córdoba - Argentina
Tel. (051) 224469 - (051) 227192

Aceptado para su publicación en mayo de 1996

Laboratorio: Eritrocitos 4.300.000, leucocitos 8.400; glucemia 0,94; urea 0,34; sedimento urinario con piuria y Hb+, y urocultivo negativo.

Ecografía: Marcada dilatación pielocalicial derecha.

Urograma de excreción: Exclusión funcional del riñón derecho. En la Rx simple del árbol urinario, se observa una imagen radiopaca en la hemipelvis derecha, sospechosa de litiasis. Ante esa posibilidad, procedemos a efectuar una pielografía ascendente.

Cistoscopia: No se hallan alteraciones vesicales. Se observa ausencia de eyaculado ureteral del lado derecho. El catéter asciende unos 15 centímetros sin dificultades, deteniendo luego su progresión.

Pielografía ascendente: Se observa estenosis múltiple del uréter alternando con dilataciones; llenado pielocalicial irregular y riñón pequeño y atrófico. Se descarta la litiasis ureteral.

Rx de tórax: Presenta una imagen nodular pequeña, en la base del pulmón derecho.

Dado que no teníamos un diagnóstico preciso, y ante la posibilidad de tratarse de una patología neoplásica o una fibrosis retroperitoneal, decidimos solicitar una TAC.

TAC: El informe describe una ureterohidronefrosis derecha con signos de malrotación y ascenso renal de ese lado, presencia de aire en la vía excretora (ascendente realizada pocas horas antes) combinada con imágenes radiopacas intracaliciales descritas como litiasicas (no admitido por nosotros por no hallar imágenes concordantes en la radiografía directa de abdomen), franca ureteritis proximal, pérdida de la interfase con la vena cava a nivel del polo inferior e infiltración inflamatoria de la grasa perirrenal.

Con los antecedentes clínicos y el resultado de los estudios complementarios, indicamos una exploración quirúrgica, aunque ignorando la etiología de la exclusión renal.

Operación: El abordaje se hizo por vía lumbar; se comprobó una intensa perinefritis, con un riñón pequeño, atrófico, alitiásico y muy adherido por su polo inferior al peritoneo parietal posterior.

Practicamos una nefrectomía simple que resultó algo dificultosa, pero sin complicaciones intraoperatorias.

La evolución postoperatoria se caracterizó por un débito biliar de 700 cm³ diarios por el drenaje, a partir del segundo día. Se demostró una *fístula duodenal* mediante ingesta de material contrastado que, tras ir reduciendo progresivamente su débito, se cerró espontáneamente a los 20 días. La paciente fue dada de alta 5 días más tarde en buen estado general.

Anatomía patológica: El examen de la pieza quirúrgica destaca la presencia de un *carcinoma epidermoide* de

la vía excretora con invasión parenquimatosa, fistulizada al duodeno.

Evolución: La paciente inició un tratamiento adyuvante con radioterapia, que no pudo completar por intolerancia.

La *sobrevida* fue de 10 meses y falleció con un cuadro de diseminación generalizada.

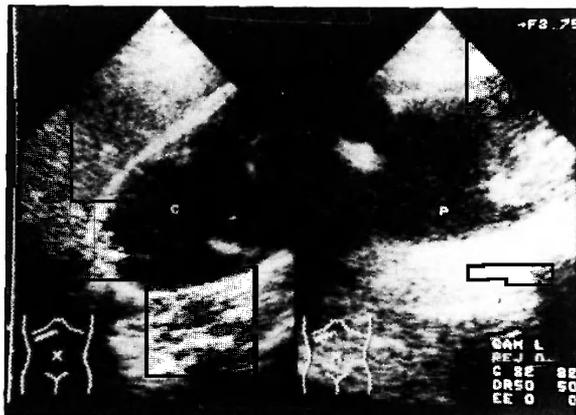


Foto 1: Ecografía renal que muestra atrofia del parénquima con dilatación de la vía excretora del lado derecho.



Foto 2: Urograma. Exclusión funcional del riñón derecho. Imagen Rx opaca en zona pelviana.

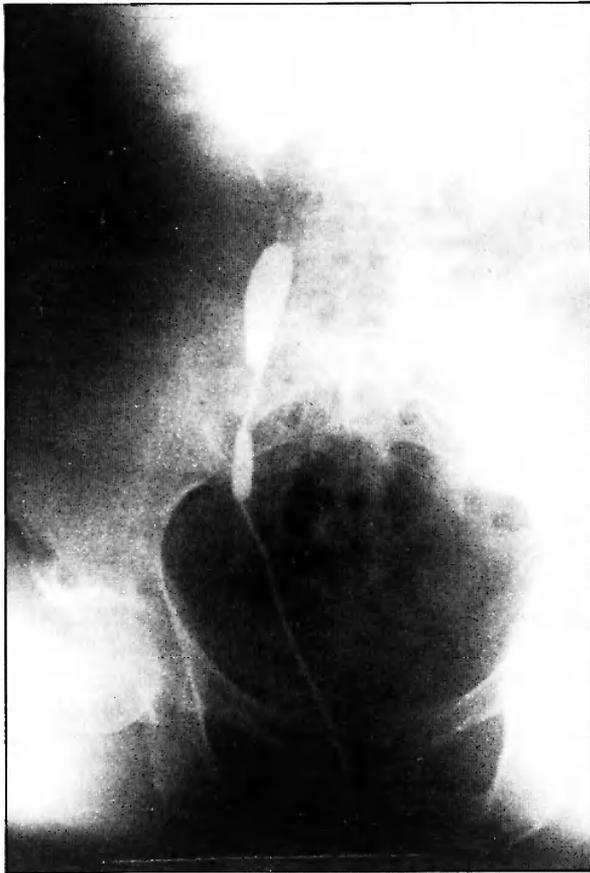


Foto 3: Ureteropielografía ascendente. Estenosis múltiple ureteral. Irregular llenado de la pelvis. La imagen Rx opaca queda fuera del uréter.



Foto 5: Tránsito gastroduodenal. Extravasación del contraste duodenal hacia el tubo de drenaje a partir de la unión de la 2ª con la 3ª porción duodenal.



Foto 4: TAC. Presencia de aire en vía excretora. Atrofia del parénquima. Estrecho contacto con la vena cava y el duodeno.

COMENTARIO

Si bien en algún momento la sospecha clínica de tumor renal o de vía excretora estuvo presente, la ausencia de hematuria, una sintomatología atípica, y el aspecto radiológico del uréter y de la pelvis renal no se ajustaban a ese diagnóstico.

No obstante, la solución quirúrgica no hubiese cambiado, si bien el conocimiento previo de la fístula nos hubiera obligado a adoptar algunas variantes tácticas. Existían algunos elementos que, analizados retrospectivamente, la ponían de manifiesto: la presencia de aire en la vía excretora y el pasaje del contraste intestinal a los cálices en la tomografía.

Los carcinomas epidermoides de la vía excretora son raros; constituyen solamente del 0,1 al 1% de todos los tumores renales y el 15% de los de la pelvis renal⁽¹⁾.

Tienen una predominancia en el sexo femenino y se asocian frecuentemente con litiasis e infecciones crónicas. Ecográficamente suelen visualizarse como una masa heterogénea con invasión extensa para y perirrenal, destrucción de la pelvis y preservación del aspecto reniforme de la silueta renal⁽²⁾.

Debe realizarse el diagnóstico diferencial con los tumores del parénquima renal, carcinoma de células transicionales, tumores renales metastásicos, linfoma, infarto, nefritis bacteriana focal, pielonefritis xantogranulomatosa y otros⁽²⁾.

El pronóstico es desfavorable y la sobrevida rara vez supera el año⁽³⁾.

En la literatura consultada no hemos hallado esta etiología como causal de fístula renoduodenal, aunque ellas están descriptas como consecuencia de procesos infecciosos⁽⁴⁾, micosis⁽⁵⁾, traumatismos, etc.

BIBLIOGRAFÍA

1. Campbell: *Urología*, 5ª Edición. Vol. 2, pág. 1536, 1988.
2. Chen, C. H.; Wu, T. R.; Tiu, C. M.; Wang, J. H. y Chou, Y. H.: Epidermoid carcinoma of the kidney. *Chung Hua I Hsueh Tsa Chih* (Taiwan). 44(5):318-321, 1989.
3. Garrido Rivas, C.; Sauroa Ortueta, I.; López García, J. A.; Garmendia Larrea, J. C.; Martínez de Lizarduy, J. L. y Arocena Lanz, F.: Epidermoid carcinoma in the renal pelvis. *Arch. Esp. Urol.*, 42(7):707-710, 1989.
4. Guinda Sevillano, C.; Arnaiz Esteban, F.; Pérez Arbej, J. A.; Martínez Pérez, E.; Nogueras Gimeno, M. A. y Espuela Orgaz, R.: Renoduodenal fistula secondary to pyonephrosis. *Arch. Esp. Urol.*, 18(6):694-696, 1994.
5. Cuetkov, M. C.; Elenkov, C.; Georgiev, M.; Topov, U. y Stevanova, G.: Renal actinomycosis complicated by renoduodenal fistula and diabetes mellitus. *Br. J. Urol.*, 75(1): 104-105, 1995.

COMENTARIO EDITORIAL

El caso comunicado por los autores tiene interés por lo poco frecuente del carcinoma epidermoide de pelvis renal y por la rareza de las fístulas renoduodenales. Los carcinomas de la pelvis renal representan el 5,10% de los tumores renales^(1, 2, 3), casi la totalidad son de origen urotelial y la relación vejiga-pelvis-uréter es de 51-3-1⁽⁴⁾. Las neoplasias uroteliales de la pelvis renal tienen las mismas características que las de localización vesical: transicional, epidermoide, adenocarcinoma e indiferenciada. El carcinoma epidermoide, o carcinoma espinocelular o carcinoma de células escamosas de pelvis renal, tiene una incidencia variable, según las distintas publicaciones, del 0,7 al 15% de las neoplasias del tracto urinario superior^(1, 2, 3, 5). Estas diferencias están dadas por la inclusión entre los epidermoides de lesiones transicionales con metaplasia escamosa. Los carcinomas de células escamosas puros son muy poco frecuentes y

habitualmente motivan reportes de casos aislados^(6, 7) con una incidencia próxima al 1% de todos los tumores de pelvis renal. Como bien comentan los autores, los carcinomas de células escamosas tienen relación con litiasis o infecciones crónicas, y esto tiene importancia para explicar no sólo la producción de la fístula duodenal, sino también el cierre espontáneo en el postoperatorio. El urotelio no tiene estructuras escamosas que expliquen la patogenia, por lo que el proceso se iniciaría como reacción metaplásica del urotelio a la irritación crónica, luego desdiferenciación, displasia y finalmente carcinoma epidermoide⁽⁶⁾. Los autores citan también entre las etiologías de fístulas renoduodenales los procesos infecciosos (cita bibliográfica N° 4), por lo que el mismo proceso inflamatorio crónico que posiblemente originó el carcinoma epidermoide de la pelvis renal, pudo generar adherencias de la pelvis al duodeno y su posterior fistulización. El origen inflamatorio de la fístula nos permitiría explicar su cierre espontáneo, pues una fístula neoplásica difícilmente hubiera cerrado. La posibilidad de que se haya tratado de una lesión duodenal inadvertida en una nefrectomía dificultosa debería descartarse ante el hallazgo de un trayecto fistuloso por parte del patólogo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Catalana, W. J.: En: Campbell: *Urología*, E. M. Panamericana, 6ª Edición, Vol. 2, cap. 28, pág. 1134, 1992.
2. Dudak, S. D. y Solloway, M. S.: *Comprehensive textbook of genitourinary oncology*, Williams & Wilkins, pág. 397, 1996.
3. Richie, J. P.: *Diagnosis and management of genitourinary cancer*, W. B. Saunders Company, pág. 323, 1988.
4. Williams, C. R. y Mitchell, J. P.: Carcinoma of the ureter. *Br. J. Urol.*, 45:377-387, 1973.
5. Droller, M. J.: En: Campbell's *Urology*, 5th Ed. W. B. Saunders Co. Vol. 2, cap. 30, pág. 1343, 1988.
6. Papadopoulos, L. y col.: Primary squamous cell carcinoma of the ureter and squamous adenocarcinoma of the renal pelvis. *J. Urol.*, Vol. 155:288-289, 1996.
7. Vella, R. y col.: Descrizione di un caso di carcinoma squamocellulare della pelvi renale. *Minerva. Urol. Nefrol.*, 47 (1):49, 1996.

Alberto Villaronga
Médico de Planta del Hospital Churrucá
Uspallata 3400 - (1437) Buenos Aires - Argentina
Tel. 912-5445