

HEMORRAGIA SUBEPITELIAL DE PELVIS RENAL (LESIÓN DE ANTOPOL-GOLDMAN). PRESENTACIÓN DE CUATRO CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

C.M. VILLAR PASTOR, A. LÓPEZ BELTRÁN, J. ÁLVAREZ KINDELÁN*,
F. LÓPEZ RUBIO, J. DORADO TORO, M^a.J. REQUENA TAPIA*

*Servicio de Anatomía Patológica. *Servicio de Urología. Hospital Regional Universitario "Reina Sofía". Córdoba.*

PALABRAS CLAVE:

Hemorragia subepitelial. Hematoma subepitelial. Pelvis renal. Antopol-Goldman.

KEY WORDS:

Hemorrhages subepithelial. Hematoma subepithelial. Renal pelvis. Antopol-Goldman.

Actas Urol Esp. 24 (10): 805-809, 2000

RESUMEN

OBJETIVOS: El hematoma subepitelial de pelvis renal (Lesión de Antopol-Goldman) es una rara entidad que preferentemente se diagnostica en la clínica como una lesión neoplásica.

MÉTODOS: Presentamos 4 casos nuevos de hematoma subepitelial de pelvis renal diagnosticados en nuestro hospital desde 1989.

RESULTADOS: Nuestros casos se presentaron clínicamente por hematuria y dolor lumbar, preferentemente en el lado izquierdo (3 de 4). Tras nefrectomía, macroscópicamente se observó en todos los casos un hematoma subepitelial de extensión variable pudiendo llegar a ocupar la pelvis y cálices renales, asociándose a cambios histológicos de hidronefrosis, infarto cortical, renomegalia o angioma renal. Adicionalmente, dos de nuestros pacientes se presentaron por dilatación del sistema pielocalicial, y un tercero presentó carcinoma urotelial de vía urinaria inferior, siendo por tanto la lesión de Antopol-Goldman un hallazgo incidental. En el caso restante se identificó como causa del hematoma pélvico la presencia de hemangiomas renales múltiples.

CONCLUSIONES: El diagnóstico preoperatorio de la lesión de Antopol-Goldman es difícil aunque debería incluirse como diagnóstico diferencial todos aquellos casos con hematuria y alteraciones de pelvis renal en las técnicas de imagen, pues su diagnóstico podría implicar un tratamiento conservador con pieloplastia o nefrectomía parcial.

ABSTRACT

OBJECTIVES: The subepithelial hematoma of renal pelvis (Lesion of Antopol-Goldman) is a rare entity that preferably is diagnosed clinically as a neoplastic lesion.

METHODS: We present four new cases of subepithelial hematoma of renal pelvis diagnosed in our hospital from 1989.

RESULTS: Our cases presented clinically with hematuria and flank pain, preferably in the left side (3 out of 4). After nephrectomy, all the cases showed a subepithelial hematoma of variable extension that can occupy the renal pelvis and calices, associated to hidronefrosis, cortical infarction, renomegaly or renal angioma. Additionally, two of our patients presented with dilation of the pielocalicial system, and a third one presented with urotelial carcinoma of the ureter, being therefore the lesion of Antopol-Goldman an incidental discovery. In the remaining case, the presence of multiple renal hemangiomas was identified as cause of the renal pelvic hematoma.

CONCLUSIONS: The preoperative diagnosis of the lesion of Antopol-Goldman is difficult although it should be included as differential diagnosis in those cases with hematuria and alterations of renal pelvis in the image techniques, because an early diagnosis could imply a conservative treatment with pieloplastia or partial nephrectomy.

La hemorragia subepitelial de pelvis renal, como lesión que simula una neoplasia, fue descrita por primera vez en 1948 por Antopol y Goldman que presentaron 7 casos. Posteriormente se han publicado nuevos casos hasta un total de 22 en la actualidad.

La lesión de Antopol-Goldman se caracteriza clínicamente por dos constantes que son, la presencia de hematuria macro o microscópica y un defecto de repleción en los estudios radiográficos^{1,8} confiriendo a éstas un aspecto neoplásico. Aunque múltiples causas se han mencionado como posible etiología de esta lesión, todavía permanece incierta, aún cuando se destacan traumatismos renales previos, anomalías congénitas de la vascularización renal o de la pelvis renal, historia de abuso de analgésicos y terapia anticoagulante^{1,8}. En la mayoría de los casos publicados hasta el momento, la lesión se diagnosticó tras el estudio de la pieza de nefrectomía que se extirpó, bien por sospecha de neoplasia piélica^{1,8}, estenosis pieloureteral⁷ o rotura de pelvis renal⁷. Sólo en tres casos se realizó tratamiento conservador con nefrectomía parcial^{2,4} o pieloplastia⁷ con excelentes resultados.

En este estudio, aportamos cuatro casos nuevos estudiados retrospectivamente desde 1989 en los Servicios de Urología y Anatomía Patológica del H.R.U. "Reina Sofía" de Córdoba. Asimismo, se incluye una revisión de la literatura en relación con los casos publicados hasta la fecha.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los cuatro casos de hemorragia subepitelial de pelvis renal fueron diagnosticados en el estudio de piezas de nefrectomía extirpadas en diversas situaciones clínicas (Tabla I) Posteriormente, se recopiló la información de las historias clínicas procedentes del archivo general del hospital. Las piezas quirúrgicas se fijaron en formol tamponado y se incluyeron en parafina. Se realizaron cortes procedentes de las mismas que se tiñeron con Hematoxilina-Eosina tras su inclusión.

RESULTADOS

Caso 1.- Mujer de 56 años que presenta episodios aislados de hematuria macroscópica de 6 años de evolución sin clínica irritativa miccional asociada. Entre sus antecedentes personales destaca hipertensión arterial en tratamiento con Nifedipino y Captopril, así como colecistectomía hace 10 años.

Ha sido estudiada por el Servicio de Urología mediante ecografías seriadas y urografía intravenosa (Fig. 1), sin apreciar patología urológica que justifique dicha hematuria. Se le realizó, asimismo, uretrocistoscopia no apreciando patología vesical aunque si se observó sangrado procedente de ambos meatus ureterales. Las baciloskopias y el cultivo de orina fueron negativos. Se derivó a la paciente al Servicio de Nefrología para completar estudio, realizándose analítica inmunológica dentro de la normalidad, proteinograma con reparto electroforético normal y serología para el virus de la hepatitis normal. Se practicó biopsia renal izquierda percutánea ecodirigida sin incidencias con hemograma normal a su alta. A los 13 días de la biopsia ingresa de urgencias por cuadro de dolor en fossa renal izquierda y hematuria macroscópica, observando en la ecografía urgente un hematoma perirrenal izquierdo masivo. Dado que la hematuria no es controlada médicaamente, se realiza nefrectomía izquierda urgente diferida.

El estudio macroscópico de la pieza muestra un extenso hematoma perirrenal, buena delimitación corticomedular y ausencia de dilatación del sistema pielocalicial. Destaca la presencia de una extensa y llamativa hemorragia subepitelial en pelvis renal, que a nivel histológico mostró los cambios tisulares propios de la hemorragia subepitelial de pelvis renal (Lesión de Antopol-Goldman) (Fig. 2) asociada a la presencia de hemangiomas epiteloides múltiples.

Caso 2.- Varón de 72 años de edad con historia de carcinoma de células transicionales sometido a resección transuretral en 4 ocasiones con resultado histológico estadio A de Jewett, grado II de Broders. Al octavo año de su evolución ingresa de nuevo por hematuria franca con coágulos, destacando en la urografía intravenosa un defecto de replección vesical y en uréter sacro derecho, motivo por el cual el paciente es sometido a nefroureterectomía derecha y resección transuretral de la lesión vesical, siendo el diagnóstico histológico de la lesión tumoral un carcinoma urotelial papilar de bajo grado con microinfiltración focal de la submucosa. El riñón mostraba un quiste simple de 7 cm de diámetro, signos histológicos compatibles con pielonefritis crónica, observando en pelvis renal una mucosa micropapilar e irregular con una extensa hemorragia subepitelial (Lesión de Antopol-Goldman).

TABLA I

RESUMEN DE PACIENTES CON LESIÓN DE ANTOPOL-GOLDMAN

Ref.	Nº/Edad/ Sexo	Riñón	Hem.	Dolor	Antecedentes	Radiología	Sospecha	Tto
1	1/25/H	D	Mi	Sí	H ^a traumatismo, pelvis extrarrenal	Defecto repleción	Tumor	N
1	2/58/M	I	Ma	Sí	-	Defecto repleción	Tumor	N
1	3/53/H	D	Ma	No	-	Defecto repleción	Tumor	N
1	4/33/M	D	Ma	No	Defecto inserción uréter	Defecto repleción	Tumor	N
1	5/30/M	D	Ma	No	Pelvis y uréter doble	Defecto repleción	Tumor	N
1	6/35/M	D	Ma	Sí	H ^a traumatismo	Defecto repleción	Tumor	N
1	7/39/M	D	Ma	Sí	Vasos aberrantes, lobulación fetal	Defecto repleción	Tumor	N
2	8/42/M	D	Ma	Sí	-	Obstrucción flujo	Tumor	N
2	9/57/H	I	Ma	No	Pelvis bifida, Lobulación fetal	Zona avascular, Dilatación	Tumor	N
2	10/42/M	I	Ma	Sí	-	Defecto repleción	Angioma	Np
3	11/53/H	I	Ma	Sí	Úlcera G., Pericarditis, Arritmia	Efecto masa	Tumor	N
3	12/67/M	I	Ma	No	TBC, Cirugía parotidea	Defecto repleción	Tumor	N
4	13/45/M	D	Ma	Sí	Cefaleas crónicas, Analgésicos	Defecto repleción	Tumor	Np
5	14/26/M	D	Ma	Sí	-	Defecto repleción	Tumor	N
6	15/55/M	I	Ma	No	-	Defecto repleción	Tumor	N
7	16/46/H	I	Mi	Sí	Cálculos ácido úrico	Obstrucción UPU	Estenosis	Pp
7	17/56/H	D	Ma	Sí	-	Defecto repleción UPU	-	N
7	18/24/M	D	Ma	Sí	Parto vaginal 2 semanas antes	Dilataciones cálices	Rotura pelvis	N
7	19/40/M	D	Ma	Sí	-	-	-	N
7	20/84/M	D	Ma	No	Placas calcificadas de pelvis	Defecto repleción UPU	-	N
7	21/43/M	I	Ma	No	-	Efecto masa	-	N
8	22/60	D	Mi	Sí	Consumo de analgésicos	Defecto repleción	Tumor	N
CASO 1	23/567M	I	Ma	Sí	HTA, biopsia renal previa	Normal	Hematoma Renal	N
CASO 2	24/69/H	D	Ma	Sí	Carcinoma vesical, diabetes	Estenosis uréter	Ca. Ureteral	N
CASO 3	25/22/H	I	Mi	Sí	Estenosis unión pieloureteral	Obstrucción, Hidronefrosis	Anulación Renal	N N
CASO 4	26/46/H	I	Mi	Sí	Cólicos nefríticos de repetición	Dilatación SPC, litiasis	TBC renal	N

Ref.= Referencia bibliográfica; Nº = Número de caso; H = Hombre; M = Mujer; Hem. = Hematuria; D = Derecho; I = Izquierdo; Ma = Macroscópica; Mi = Microscópica; HTA = Hipertensión Arterial; TBC = Tuberculosis; UPU = Unión Pieloureteral; SPC = Sistema Pielocalcial; Tto = Tratamiento; N = Nefrectomía; Np = Nefrectomía parcial; Pp = Pieloplastia.

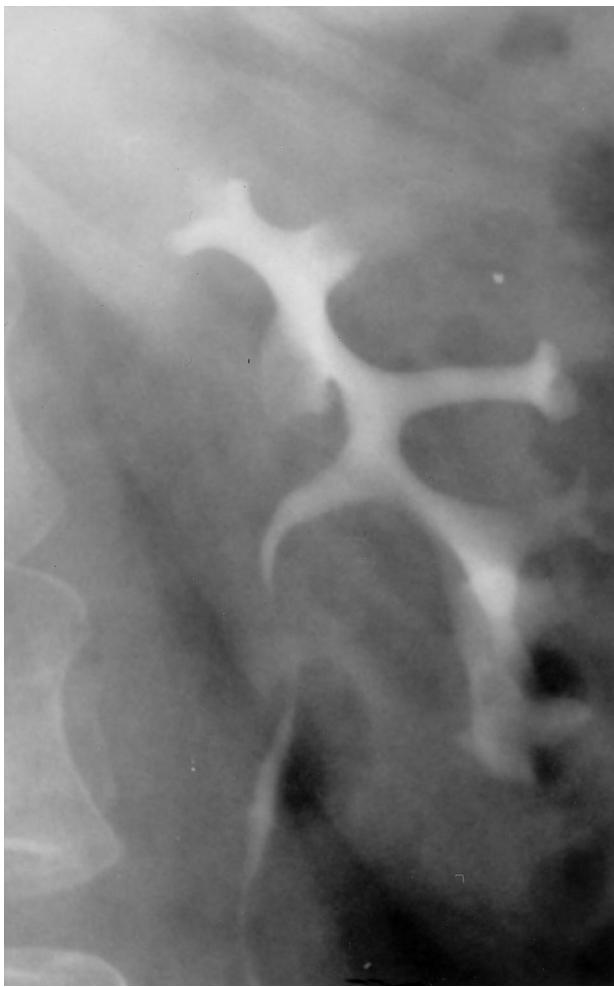


FIGURA 1. Urografía intravenosa que muestra un defecto de replección en el grupo calicial superior del riñón izquierdo.

Caso 3.- Varón de 22 años de edad diagnosticado de hidronefrosis izquierda con anulación funcional por estenosis de la unión pieloureteral, que ingresa programado para nefrectomía simple izquierda. Antecedentes personales sin interés. Macroscópicamente, el riñón presentaba un diámetro mayor de 14 cm con marcada hidronefrosis y un extenso punteado hemorrágico en la pelvis renal. El estudio microscópico reveló una pielonefritis crónica con extensa hemorragia subepitelial pélvica.

Caso 4.- Varón de 46 años de edad que ingresa de urgencias por un cuadro compatible con pielonefritis aguda izquierda. Entre sus antecedentes personales destaca historia de cólicos nefríticos por litiasis renal. Ecográficamente el riñón izquierdo muestra adelgazamiento de la cortical en el polo superior y cálices dilatados con múltiples cálculos en su interior. Tras su estudio en consultas exter-

nas y ante la sospecha de tuberculosis renal, el paciente es sometido a nefrectomía izquierda reglada. En el estudio macroscópico de la pieza destacaba una superficie externa irregular por pielonefritis crónica y marcada dilatación del sistema pielocalicial. Microscópicamente, destacaba la presencia de cambios secundarios a una hidronefrosis, un adenoma renal túbulo-papilar y un hematoma subepitelial pélvico.

DISCUSIÓN

La hemorragia subepitelial de pelvis renal (Lesión de Antopol-Goldman) es un diagnóstico infrecuente en nuestra experiencia, ya que tan sólo hemos observado 4 casos en nuestro hospital desde 1989, a pesar de una búsqueda específica de la lesión. Estos casos siguen un patrón clínico patológico similar al observado en los restantes 22 casos publicados en la literatura, cuyos principales rasgos clínicos se exponen en la Tabla I. Como se observa, la forma más frecuente de presentación clínica fue la hematuria macroscópica con dolor lumbar (50%), con una edad media de 46 ± 15 años. El riñón derecho se afectó con mayor frecuencia que el izquierdo (64%) siendo, sin embargo, mayor la afectación izquierda (75%) en nuestros pacientes. También apreciamos que esta incidencia superior en el riñón derecho lo es también en mujeres (40%), mientras que los hombres que presentaban ambos rasgos alcanzaban un 16%. La importancia diagnóstica de las pruebas de imagen fue grande en todos los casos, ya que siempre puso de manifiesto algún tipo de anomalía, aunque no bien caracterizada^{1,8}. El tratamiento de elección observado en nuestros casos y en la mayor parte de los publicados en la literatura fue la nefrectomía^{1,8}. Un reducido número de pacientes recibieron tratamiento conservador (14%) con nefrectomía parcial^{2,4} y/o pieloplastia⁷. Esto pone de manifiesto, que un diagnóstico precoz de la lesión podría conllevar un tratamiento quirúrgico local, el cual ha dado excelentes resultados en los tres casos en los que se ha realizado hasta el momento^{2,4,7}.

Desde el punto de vista anatomo-patológico, el riñón afecto puede ser normal o presentar aumento de tamaño⁷. La superficie externa suele presentar ligeras depresiones irregulares de escasa profundidad. En el estudio histológico destacan cambios secundarios a una hemorragia subepitelial a nivel de pelvis renal, la cual suele ser extensa y ocasiona una elevación del epitelio, lo que es responsable del aspecto seudoneoplásico con las

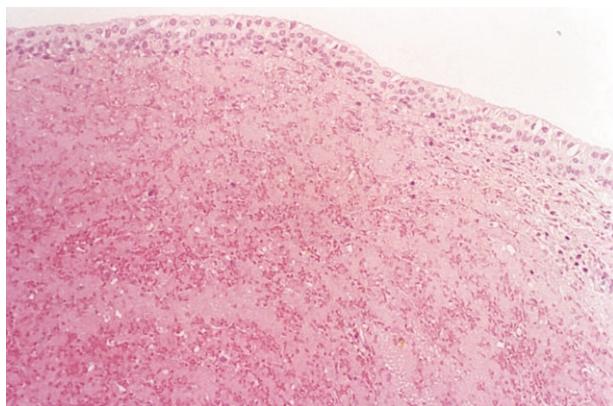


FIGURA 2. Extenso infiltrado hemorrágico subepitelial a nivel de la mucosa de la pelvis renal (hematoxilina-eosina).

técnicas de imagen. Asimismo el revestimiento urotelial de la pelvis muestra múltiples petequias a diversos niveles. Igualmente, es común el hallazgo de pequeñas lesiones ulcerosas en la pelvis renal, tanto en los casos de la literatura, como en los casos observados por nosotros^{1,2,5}. Es importante tener en cuenta que la hemorragia puede ser marcada e importante, afectando a toda la pelvis y cálices mayores e incluso extenderse a uréter proximal. Los cambios que se observan en el resto de parénquima renal incluyen lesiones tales como infartos corticales, hidronefrosis, quistes renales simples y ocasionalmente angiomas renales. En este sentido uno de nuestros casos mostró 3 pequeñas lesiones angiomatosas, una de las cuales se localizaba en disposición subepitelial, lo cual nos permite sugerir un papel etiológico de este tipo de lesiones en la patogenia de algunos casos de lesión de Antopol-Goldman.

La etiología de la hemorragia subepitelial de la pelvis renal permanece desconocida. Los autores que inicialmente la describieron hicieron énfasis en que el trauma podría ser el responsable de la lesión, lo que se puso de manifiesto en dos de los siete casos que publicaron originalmente¹. Uno de los casos publicado por nosotros tiene antecedentes de cirugía traumática, que pudo ser responsable del desarrollo de la lesión previamente a su extirpación. En otros estudios no aparece una historia de traumatismo que pueda explicar la etiología de la enfermedad. Cinco casos de los publicados mostraron riñones asociados a malformaciones congénitas de otras zonas, tales como pelvis extrarrenal, pelvis y uréter dobles, lobulación fetal aberrante e inserción anómala del uréter^{1,2}. Las venas estásicas se observaron en un caso⁷, aunque sin evidencia histopatológica que pudiera

ligar estas lesiones con la hemorragia subepitelial. Uno de los pacientes mostró una historia previa de hipertensión y otros dos una historia previa de consumo elevado de analgésicos^{8,4}. Un caso aislado mostró un largo periodo de consumo de medicación anticoagulante⁷. En ninguno de los casos publicados hasta el momento se han realizado extensos estudios del estado de la coagulación, por lo que es difícil establecer el papel real que estos trastornos tienen en la patogenia de la lesión.

En conclusión, la lesión de Antopol-Goldman es un raro diagnóstico en el ámbito de nuestra experiencia y de la literatura urológica mundial, por lo cual no tenemos datos precisos en relación con su etiopatogenia, si bien, la presencia en uno de nuestros casos y otro en la literatura de hemangiomas renales podría apoyar, al menos en algunos de éstos, su papel etiológico. Es importante tener en mente la existencia de esta entidad, tanto por el radiólogo y el urólogo en su práctica clínica, como por el patólogo en la evaluación de las piezas quirúrgicas.

REFERENCIAS

1. ANTOPOL W, GOLDMAN L: Subepithelial hemorrhage of renal pelvis simulating neoplasm. *Urol Cutan Rev* 1948; **52**: 189-195.
2. LABAY GR, ORKIN LA: Subepithelial hemorrhage of renal pelvis simulating neoplasm (Antopol-Goldman lesion). *Mt Sinai J Med* 1972; **39 (2)**: 178-187.
3. VIAMONTE M, ROEN SA, VIAMONTE M Jr., CASAL GL, RYWLIN AM: Subepithelial hemorrhage of renal pelvis simulating neoplasm (Antopol-Goldman lesion). *Urology* 1980; **16 (6)**: 647-649.
4. LEVITT S, WAISMAN J, de KERNION J: Subepithelial hematoma of the renal pelvis (Antopol Goldman lesion): A case report and review of the literature. *J Urol* 1984; **131 (5)**: 939-941.
5. OZA KN, REZVAN M, MOSER R: Subepithelial hematoma of the renal pelvis (Antopol-Goldman lesion). *J Urol* 1996; **155 (3)**: 1.032-1.033.
6. KIM SJ, AHN HS, CHUNG DY, KIM YS, LEE EJ, PARK KH: Subepithelial hematoma of the renal pelvis simulating neoplasm (Antopol-Goldman lesion). *Urol Int* 1997; **59 (4)**: 260-262.
7. ICZKOWSKI KA, SWEAT SD, BOSTWICK DG: Subepithelial pelvic hematoma of the kidney clinically mimicking cancer: report of six cases and review of the literature. *Urology* 1999; **53 (2)**: 276-279.
8. DEMIRKAN NC, TUNCAY L, DÜZCAN E, ATAHAN Ö, PAKDEMIRLI E: Subepithelial haematoma of the renal pelvis (Antopol-Goldman lesion). *Histopathology* 1999; **35**: 282-283.

Dr. C.M. Villar Pastor
Servicio de Anatomía Patológica
H.R.U. "Reina Sofía". Avd. Menéndez Pidal, s/n
14004 Córdoba

(Trabajo recibido el 12 Mayo de 2000)