

HEMATOMA SUBEPITELIAL DE PELVIS RENAL Y URÉTER: LESIÓN DE ANTOPOL-GOLDMAN

A. RODRÍGUEZ ALONSO, A. GONZÁLEZ BLANCO, E. CESPÓN OUTEDA,
C. BONELLI MARTÍN, J. LORENZO FRANCO, M.A. CUERPO PÉREZ,
J. NIETO GARCÍA

Servicio de Urología. Hospital Arquitecto Marcide. El Ferrol. La Coruña.

PALABRAS CLAVE:

Antopol-Goldman. Hematoma subepitelial. Pelvis renal. Uréter. Hematuria. Riñón.

KEY WORDS:

Antopol-Goldman. Subepithelial hematoma. Renal pelvis. Ureter. Hematuria. Kidney.

Actas Urol Esp. 26 (2): 133-135, 2002

RESUMEN

El hematoma subepitelial de la pelvis renal y del uréter fue descrito por Antopol y Goldman en 1948. La existencia de hematuria y un defecto de repleción de la pelvis renal son los hallazgos clínicos y radiológicos observados de forma constante. Se han comunicado 21 casos hasta la fecha describiendo esta lesión, y en todos ellos se realizó tratamiento quirúrgico, habitualmente mediante nefrectomía parcial o total. Presentamos un caso de lesión de Antopol-Goldman tratado de forma conservadora.

ABSTRACT

The subepithelial hematoma of the renal pelvis and ureter was described by Antopol and Goldman in 1948. Hematuria and filling defect in the renal pelvis are the most consistently recurring clinical and radiological findings. Only 21 cases were found in the literature on the subject and all of them were treated surgically, usually with partial or total nephrectomy. Here we present a case of Antopol-Goldman lesion which was treated conservatively.

El hematoma subepitelial de la pelvis renal fue inicialmente descrito por Antopol y Goldman, en 1948¹. Se trata de una lesión muy infrecuente, de la que sólo se han comunicado 21 casos. Se sospecha que la mayoría de los casos tienen una etiología traumática.

Presentamos un caso con manifestaciones clínicas y alteraciones radiológicas características de la lesión de Antopol-Goldman.

CASO CLÍNICO

Varón de 32 años, que presentó un cuadro súbito de hematuria macroscópica, náuseas y

dolor en flanco izquierdo. Como único antecedente de interés relataba un traumatismo de pequeña intensidad en el área lumbar izquierda, ocurrido 7 días antes.

La exploración física era anodina, salvo una ligera molestia a la percusión lumbar izquierda. El hemograma, el estudio de coagulación y la bioquímica sérica eran normales. El cultivo de orina era negativo.

Se realizó TAC abdómino-pélvico, observándose una masa de densidad partes blandas (40 HU), que deformaba la luz de la pelvis renal y del uréter proximal izquierdo, y no se realizaba tras la

administración de contraste intravenoso. Asimismo, se observaron coágulos en el interior de la vía urinaria (Fig. 1). De forma complementaria se realizó una urografía intravenosa (UIV), que reveló la existencia de un defecto de repleción en la pelvis renal izquierda, y un estrechamiento irregular del uréter proximal izquierdo, con uropatía obstructiva parcial ipsilateral (Fig. 2). La combinación de ambas pruebas permitió establecer el diagnóstico radiológico de hematoma pielo-ureteral subepitelial.

Se instauró tratamiento mediante analgésicos y reposo absoluto, remitiendo la hematuria y el dolor al tercer día. En el TAC realizado a los 6 días, se observaba una disminución significativa de la masa piélica, con permeabilidad total de la vía urinaria. A las 3 semanas se efectuaron TAC y UIV de control, comprobándose la completa desaparición de la lesión pielo-ureteral (Figs. 3 y 4).

Figura 1. TAC inicial: masa de densidad partes blandas que protuye hacia la luz de la pelvis renal izquierda y la ocupa por completo.

Figura 2. UIV inicial: estrechamiento irregular de la pelvis renal y uréter proximal izquierdos.

Figura 3. TAC de control: completa desaparición de la lesión piélica.

Figura 4. UIV de control: ausencia de defectos de repleción pielo-ureterales.

DISCUSIÓN

La existencia de hematuria y un defecto de repleción en la pelvis renal son los hallazgos clínicos y radiológicos observados de forma constante en la lesión de Antopol-Goldman^{2,3}. La UIV y el TAC demostraron en nuestro caso la existencia de un defecto de repleción pielo-ureteral. Las imágenes del TAC permitieron además, identificar un hematoma subepitelial de la pelvis renal y del uréter.

La imagen urográfica del hematoma subepitelial no es específica, por lo que debe realizarse un diagnóstico diferencial con otras entidades como trombosis de la vena renal, edema piélico submucoso, impresiones vasculares, pielo-ureteritis quística y fundamentalmente con tumor del tracto urinario superior. El TAC sin contraste es una prueba más específica para el diagnóstico de esta lesión, ya que permite definir con precisión la den-

sidad radiológica de una hemorragia reciente (10-43 HU). Por otra parte, la lesión no se realza, o lo hace levemente, tras la administración de contraste intravenoso^{4,5}.

La lesión del Antopol-Goldman se ha asociado a anomalías congénitas de diversas partes del aparato urinario: vasos renales, pelvis renal y uréter^{6,7}. La etiología es habitualmente desconocida, aunque se han comunicado casos relacionados con un traumatismo previo, o con el uso de fármacos anticoagulantes, y ácido acetilsalicílico⁶. Son varios los autores que opinan que probablemente exista un traumatismo renal en todos los casos, aunque éste sea de pequeña cuantía, como un cambio brusco de la posición corporal^{6,7}.

Los 21 casos encontrados en la literatura fueron tratados quirúrgicamente, mediante nefrectomía total o parcial, por la imposibilidad de descartar una neoplasia, o por la existencia de hematuria incoercible^{2,6,7}. Uno de los casos fue tratado mediante pieloplastia por la existencia de uropatía obstructiva persistente⁸. En nuestro caso, debido al carácter autolimitado de la hematuria, y a la existencia de un claro antecedente traumático, se realizó tratamiento conservador, mediante reposo absoluto y analgésicos, obteniendo un resultado satisfactorio, con desaparición de la clínica y normalización de las imágenes radiológicas.

En nuestro caso no se verificó, mediante estudio histopatológico, la presencia de un hematoma subepitelial. Sin embargo, a nuestro juicio, las manifestaciones clínicas y los hallazgos radiológicos iniciales, así como la resolución rápida y

espontánea de la imagen radiológica, son datos suficientes para establecer el diagnóstico de hemorragia subepitelial^{2,5}.

REFERENCIAS

1. ANTOPOL W, GOLDMAN L: Subepithelial hemorrhage of renal pelvis simulating neoplasm. *Urol Cutan Rev* 1948; **52**: 189-195.
2. VIAMONTE M, VIAMONTE M Jr, RYWLIN AM, ROEN SA, CASAL GL: Subepithelial hemorrhage of renal pelvis simulating neoplasm (Antopol-Goldman lesion). *Urology* 1980; **16**: 647-649.
3. OZA KN, REZVAN M, MOSER R: Subepithelial hematoma of the renal pelvis (Antopol-Goldman lesion). *J Urol* 1996; **155**: 1.032-1.033.
4. KOSSOL JM, PATEL SK: Suburothelial hemorrhage: the value of preinfusion computed tomography. *J Comput Assist Tomogr* 1986; **10**: 157-158.
5. MILLER V, WITTEN DM, SHIN MS: Computed tomographic findings in suburothelial hemorrhage. *Urol Radiol* 1982; **4**: 11-14.
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**: 260-262.
7. LEVITT S, WAISMAN J, DEKERNION J: Subepithelial hematoma of the renal pelvis (Antopol-Goldman lesion): A case report and review of the literature. *J Urol* 1984; **131**: 939-941.
8. 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**: 276-279.

Dr. A. Rodríguez Alonso
Servicio de Urología. Hospital Arquitecto Marcide
Ctra. San Pedro de Leixa, s/n
15405 El Ferrol (La Coruña)

(Trabajo recibido el 16 julio de 2001)