

## Uropatía obstructiva secundaria a papiloma invertido de ureter

E. de Diego Rodríguez. A. Villanueva Peña. A. Hernández Castrillo, J. M. Gómez Ortega\*

*Servicio de Urología. \*Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Comarcal de Laredo Cantabria.*

Actas Urol Esp 2005; 29 (5): 507-510

### RESUMEN

#### UROPATIA OBSTRUCTIVA SECUNDARIA A PAPILOMA INVERTIDO DE URETER.

Presentamos un nuevo caso de papiloma invertido de uréter, con una inusual forma de presentación en forma de uropatía obstructiva.

A pesar de haberse considerado una patología benigna, el papiloma invertido del tracto urinario puede recidivar o asociarse a carcinoma transicional de bajo grado. Su tratamiento, disponiendo de un diagnóstico preoperatorio fiable, puede ser conservador o endourológico, siendo obligatorio el seguimiento urográfico y cistoscópico de estos pacientes.

Palabras Clave: Tumor urotelial. Papiloma invertido. Uréter. Ureterohidronefrosis.

### ABSTRACT

#### SECONDARY OBSTRUCTIVE UROPATHY TO INVERTED PAPILLOMA OF THE URETER

We report a new case of inverted papilloma of the ureter, with an uncommon clinic manifestation as a obstructive uropathy.

In spite of the benign nature the inverted papilloma of the urinary tract, it can be multifocal and relapsing and it may be associated with low rate urothelial carcinomas. A precise pre-operative diagnosis is necessary for a conservative or endourologic treatment. The followup of these cases with periodic urography and cystoscopy is mandatory.

KeyWords: Urothelial tumor. Inverted papilloma. Ureter. Ureterohydronephrosis.

El papiloma invertido del tracto urinario fue descrito por primera vez en la literatura germana, según DeMeester<sup>1</sup>, por Paschkis en 1927 y utilizado posteriormente como tal término en 1963 por Potts y Hirst.

Constituye una entidad histológica poco frecuente; en una revisión de 1829 tumores del tracto urinario, Kunze<sup>2</sup> cifra su incidencia en torno al 2,2%.

Su localización más frecuente es la vesical (80-90%), más concretamente en el área cervicotrigoanal, siendo éstos la mayoría de los casos descritos. Su presentación a nivel del tracto urinario superior es bastante rara (7%) y más aún si cabe a nivel ureteral<sup>2,3</sup>. Spevack<sup>4</sup> describe 29 casos, 17 de ellos en uréter, Kyriakos<sup>5</sup> aporta 34 papilomas

invertidos, 21 de ellos ureterales y Grainger<sup>6</sup> describe 33 casos en dicha localización.

En caso de presentarse en uréter, su lugar de aparición más frecuente suele ser a nivel de tercio medio o distal<sup>7,8</sup>.

Aportamos un nuevo caso de papiloma invertido de uréter responsable de una importante hidronefrosis obstructiva de esa unidad funcional.

### CASO CLINICO

Paciente varón de 76 años, con antecedentes de tuberculosis pulmonar en la juventud y cardiopatía isquémica actualmente en tratamiento. Acude a consulta por cuadro de dolor lumbar izquierdo de tipo cólico, irradiado a fosa iliaca izquierda.

A los 4 días de iniciado el dolor refiere episodio autolimitado de hematuria macroscópica, con emisión de coágulos, sin clínica miccional.

El urocultivo y cultivo de BK resultaron negativos; el estudio citológico de la orina mostraba atípicas uroteliales aisladas.

El paciente aportaba estudio ecográfico realizado en otro centro, sin objetivar hallazgos salvo una hipertrofia prostática de 140 g.

Urográficamente se pudo apreciar un importante retraso funcional del R. I. (visualizándose a las 5 horas de iniciada la exploración), con una ureterohidronefrosis grado III-IV hasta uréter pélvico donde se aprecia un stop de la columna de contraste sin producirse paso del mismo al uréter distal (Fig. 1).

Se intentó la realización de pielografía retrógrada, resultando imposible la visualización de orificio ureteral izquierdo debido a un gran lóbulo medio prostático; el resto de la cistoscopia fue normal.



**FIGURA 1.** U.I.V.: Ureterohidronefrosis izquierda a las 5 horas de iniciada la exploración. Stop en uréter pélvico (⇒).

T.A.C. abdomino-pélvico: ureterohidronefrosis izquierda secundaria a neoformación sólida a nivel de uréter pélvico que ocupa la totalidad de su luz, impidiendo el paso de contraste a su través (Fig. 2).

Con el diagnóstico de presunción de tumoración ureteral se practicó nefroureterectomía izquierda, con informe anátomo-patológico de dilatación arrosariada de uréter de 4 cm de longitud y 1,5 cm de diámetro ocupada por una tumoración sólida y lisa, blanquecina, con base de implantación de 0,8 cm en la pared ureteral a la cual no infiltra, presentando microscópicamente islotes o cordones de células transicionales maduras, con atípicas aisladas, rodeadas y separadas por tejido conectivo, compatible con papiloma invertido de uréter (Fig. 3).

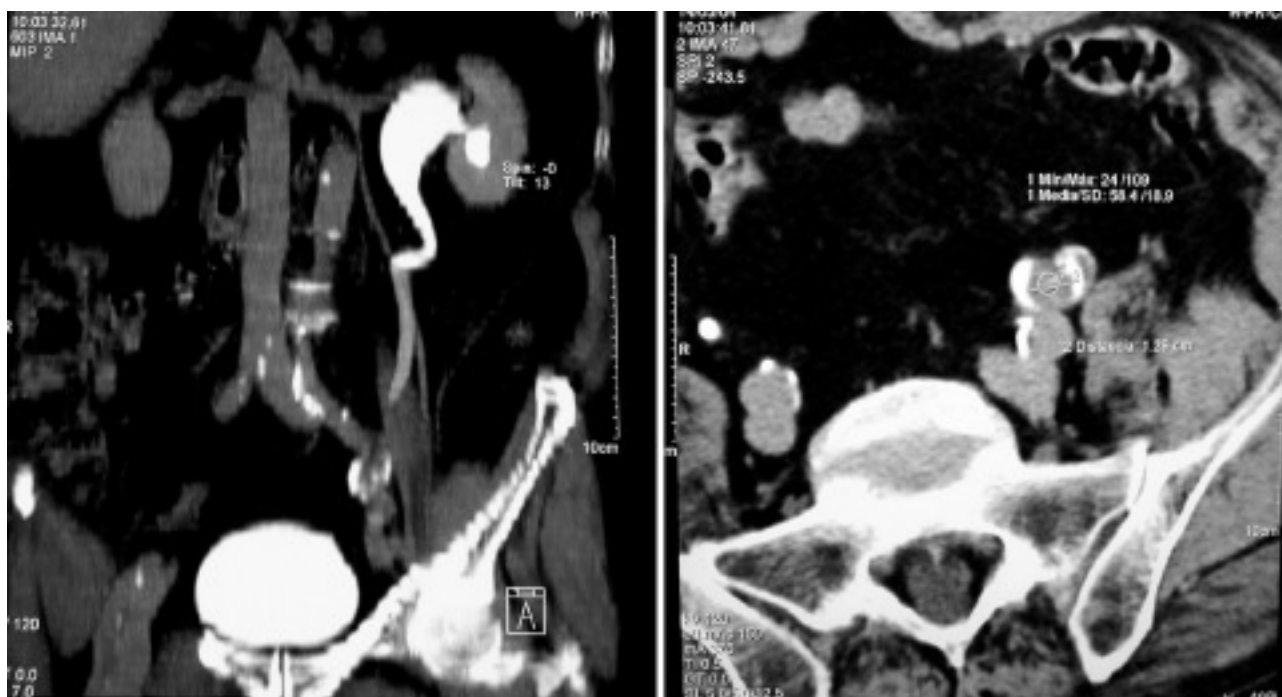
## DISCUSIÓN

El papiloma invertido del tracto urinario constituye una entidad histológica rara y de características particulares, siendo aún más infrecuente su localización ureteral como lo atestiguan las referencias bibliográficas nacionales<sup>7-12</sup> e internacionales<sup>2-6,13-19</sup>.

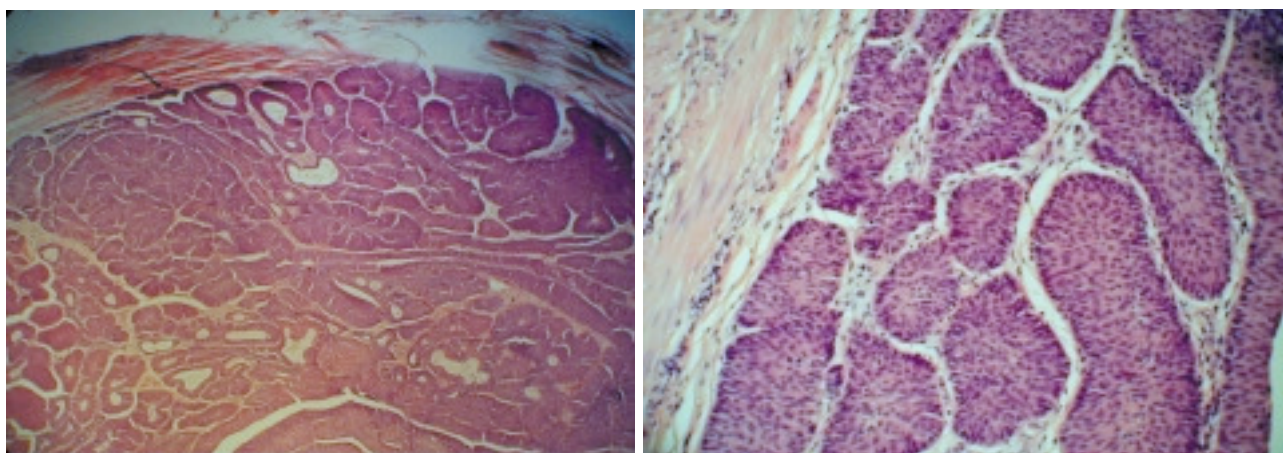
Su etiología es desconocida, argumentándose diferentes teorías válidas tanto para los papilomas de tracto urinario superior como inferior<sup>8, 11</sup>; factores irritativos crónicos sobre nidos de Von Brunn (adenoma bruniano), inflamación crónica de glándulas subcervicales o subtrigonales, variante de un papiloma clásico...

Macroscópicamente suele tratarse de una lesión polipoidea, pediculada o sesil, generalmente única aunque se han descrito casos múltiples<sup>5,15</sup>. Desde el punto de vista microscópico se presenta como una neoformación de células transicionales normales formando típicamente islotes o cordones celulares. Kunze<sup>2</sup> describe diferentes tipos: trabecular, glandular y con atípicas.

Clínicamente se suelen presentar con micro o macrohematuria y menos frecuentemente con dolor lumbar; nuestro paciente presentó los dos tipos de síntomas: hematuria con coágulos y dolor tipo cólico izquierdo con ureterohidronefrosis obstructiva, existiendo pocos casos descritos con esta manifestación<sup>17,19</sup>.



**FIGURA 2. T.A.C.: Ureterohidronefrosis izquierda secundaria a tumor de uréter pélvico que impide paso de contraste a su través.**



**FIGURA 3. Cordones e islotes de células transicionales separadas por tejido conectivo. (H.E. 40 y 200x).**

El diagnóstico de neoformación ureteral se realiza en general por métodos de imagen, debiendo plantearse diagnóstico diferencial con el carcinoma transicional y con las tumoraciones benignas de uréter (pólipo fibroepitelial, leiomioma, neurofibroma...) <sup>8,10</sup>.

El tratamiento en la mayoría de las citas bibliográficas ha sido la nefroureterectomía <sup>4-6</sup>, si bien existen casos publicados de cirugía conservadora o endourología con igualmente buenos resultados <sup>4,8,10,11</sup>.

La evolución de este tipo de tumor ha sido considerada tradicionalmente benigna, no obstante revisando la literatura son múltiples las referencias a su posible asociación a carcinomas transicionales o bien su posible recurrencia o multifocalidad <sup>3-8, 13-18</sup>.

Recientemente Asano <sup>18</sup> revisa 48 casos de papilomas invertidos del tracto urinario, presentando un 7% de recurrencias y 5 casos de asociación a carcinoma transicional, llegando a establecer 2 grupos de papilomas invertidos, un

grupo de buen pronóstico y un segundo tipo con tendencia a recidivar y claro potencial maligno, sin poder llegar a distinguir inicialmente uno de otro.

Cheville<sup>20</sup> analiza el grado de ploidía, actividad proliferativa MIB-1 y p53, no siendo concluyentes en la predicción de dicha asociación. Valero<sup>21</sup> establece un peor pronóstico en aquellos casos con sobreexpresión del antígeno nuclear Ki-67.

Por tanto parece fundamental a la hora de optar por un tratamiento conservador de estos tumores, el obtener un diagnóstico preoperatorio fiable, lo cual se podría conseguir mediante las actuales técnicas endourológicas de vías altas, diagnósticas y posteriormente terapéuticas, siendo probablemente el tratamiento de elección en esta entidad, como ya lo es para los carcinomas ureterales únicos y de bajo grado.

De igual forma, dada la bien conocida posible asociación del papiloma invertido con el carcinoma transicional sincrónica o asincrónicamente o la posibilidad de recidiva, se hace obligatorio por tanto el seguimiento de estos pacientes con urografía, citologías y cistoscopia periódicas.

## REFERENCIAS

1. Demeester LJ, Farrow GM, Utz D.C. Inverted papillomas of the urinary bladder. *Cancer* 1975; 36:505-510.
2. Kunze E, Schauer A, Schmitt M. Histology and histogenesis of two different types of inverted papillomas. *Cancer* 1983; 51:348-358.
3. Stower M.J. Inverted papilloma of the ureter with malignant change. *Br J Urol* 1990;65:13-16.
4. Spevack L, Herschorn S, Srigley J. Inverted papilloma of the upper urinary tract. *J Urol* 1995;153:1202-1204.
5. Kyriakos M, Royce RK. Multiple simultaneous inverted papillomas of the upper urinary tract. A case report with a review of ureteral and renal pelvis inverted papillomas. *Cancer* 1989;63:368-380.
6. Grainger R, Gikas PW, Grossman H.B. Urothelial carcinoma occurring within an inverted papilloma of the ureter. *J Urol* 1990;143:802-804.
7. Martín-Laborda M, Virseda M, Bueno J.L, Vallejo J, Coca S. Papiloma invertido de uréter. Revisión y criterio de tratamiento. *Arch Esp Urol* 1990;43:749-754.
8. Llorens FJ, Lopez C, Fernandez JC, Nova E, Onrubia JA, García F. Criterios diagnósticos y terapéuticos del papiloma invertido. *Actas Urol Esp* 1992;16:402-408.
9. Arrufat JM, Vera-Roman JM, Casas V, Vargas SM, Andres C, Albella F. Papiloma invertido de uréter. *Actas Urol. Esp* 1983;7:225-228.
10. Cabezas M, Iglesias JI, Perez-Castro E, Mancebo JM, Massarra J. Papiloma invertido de uréter. Presentación excepcional y revisión de la literatura. *Arch Esp Urol* 1989; 42:564-567.
11. Castillo JM, Gonzalez de Garibay AS, Ruiz JL, et al. Papiloma invertido de uréter. *Arch Esp Urol* 1991;44:1193-1195.
12. Gimenez N, Sanz JI, Esclarin MA, Marigil M. Papiloma invertido de uréter. A propósito de un caso. *Actas Urol Esp* 1998;22:370-373.
13. Kurimoto S, Komatsu H, Ishida Y. Inverted papillary tumour of the ureter. *Br J Urol* 1995;75:556-557.
14. De Knijff DW, Theunissen PH., Delaere KP. Inverted papilloma of the ureter with subsequent invasive bladder cancer. *Acta Urol Belg* 1997;65:45-46.
15. Hoelx L, Wyndaele JJ. Bilateral ureteral inverted papilloma with synchronous transitional cell tumor. *Acta Urol Belg* 1998;66:17-19.
16. Chiura AN, Wirtschafter A, Bagley D.H. Upper urinary tract inverted papillomas. *Urology* 1998;52:514-516.
17. Cosgrove DJ, Monga M. Inverted papilloma as a cause of high-grade ureteral obstruction. *Urology* 2000;56:856.
18. Asano K, Miki J, Maeda S, Naruoka T, Takahashi H, Oishi Y. Clinical studies on inverted papilloma of the urinary tract: report of 48 cases and review of the literature. *J Urol* 2003;170:1209-1212.
19. Ogata M, Konari S, Abe T, Komatsu S, Sato T. Inverted papilloma of the ureter with non-functional kidney: a case report. *Hinyokika Kiyo* 2003;49:741-743 (abstract).
20. Cheville JC, Wu K, Sebo TJ, et al. Inverted urothelial papilloma. Is ploidy, MIB-1 proliferative activity, or p53 protein accumulation predictive of urothelial carcinoma?. *Cancer* 2000; 88:632-636.
21. Valero JA, Redondo E, Jiménez C, Gomez M.L, Martinez SI. Papiloma invertido de células transicionales: expresión del antígeno nuclear ki-67 como factor pronóstico. *Arch Esp Urol* 1995;48:887-892.

E. de Diego Rodríguez.  
C/ Miguel de Unamuno, 6, 5º-B.  
39012 Santander (Cantabria)

(Trabajo recibido el 2 de septiembre de 2004)