



Pólipo fibroepitelial ureteral: caso clínico

Lira-Dale A,¹ Heredia-Porto O,¹ Rosas-Nava JE,¹ Carral-Valdez RA,¹ Garduño-Arteaga L,² Reyes-Gutiérrez MA.²



■ RESUMEN

Objetivo: Informar un caso de pólipo fibroepitelial de uréter. La presencia de pólipos en el tracto urinario es rara, son lesiones benignas sin potencial maligno. Se componen de un cono de estroma fibrovascular que emerge de la submucosa y se recubre con epitelio transicional normal.

Caso clínico: Paciente femenino de 59 años con disuria de larga evolución y dolor suprapúbico eventual. En ocasiones presenta intermitencia a la micción. El ultrasonido vesical muestra una imagen hiperecoica sin sombra sónica. La urografía excretora no revela datos de ectasia pielocaliceal, pero sí un defecto de llenado vesical. La cistoscopia delinea una tumoración del meato ureteral derecha que protruye hacia la vejiga. Se realiza una resección completa con láser de la malformación por vía endoscópica y se confirma un pólipo fibroepitelial ureteral.

Discusión: La mayor parte de los pólipos fibroepiteliales se desarrolla en el uréter. Se trata al parecer de lesiones congénitas de crecimiento lento o anomalías que surgen como resultado de la exposición crónica de irritantes uroteliales, como infección, inflamación u obstrucción. El diagnóstico es complicado. El tratamiento debe individualizarse, ya que las opciones terapéuticas

■ ABSTRACT

Objective: To report a case of fibroepithelial polyp of the ureter. The presence of polyps in the urinary tract is rare. They are benign lesions with no malignant potential. They consist of a cone of fibrovascular stroma emerging from the mucosa and covered by normal transitional epithelium.

Clinical case: The patient is a 59-year-old female with a long progression of dysuria and occasional suprapubic pain. At times she presented with intermittent urination. Ultrasound of the bladder produced hyperechoic image with no acoustic shadowing. Excretory urography showed no signs of pyelocaliceal ectasia but revealed a bladder filling defect. Cystoscopy showed growth on right ureteral meatus protruding toward the bladder. The mass was completely resected using endoscopic laser and ureteral fibroepithelial polyp was reported.

Discussion: The majority of fibroepithelial polyps occur in the ureter. They appear to be slow growing congenital lesions or anomalies that develop due to chronic exposure to urothelial irritants such as infection, inflammation or obstruction. Diagnosis is complicated. Treatment should be individualized. Nephroureterectomy is one of many treatment options. However, currently endoscopic treatments are recommended when the lesion is small and its base has been identified.

1 Médico Residente de Urología. 2 Médico Adscrito. Servicio de Urología Dr. Aquilino Villanueva del Hospital General de México O.D.

Correspondencia: Dr. Alejandro Lira Dale. Gellati 101 301-B. Colonia San Miguel Chapultepec. Delegación Miguel Hidalgo, México D. F. Teléfono: (55) 5277-6463. Correo electrónico: alex_lira99@yahoo.com

son diversas, incluida la nefroureterectomía; sin embargo, hoy día se recomiendan los tratamientos endoscópicos cuando existe una lesión pequeña y se identifica la base de la lesión.

Palabras clave: pólipo fibroepitelial, uréter, resección endoscópica, México.

Key words: *fibroepithelial polyp, ureter, endoscopic resection, Mexico.*

■ INTRODUCCIÓN

Los pólipos fibroepiteliales ureterales son lesiones benignas raras. En una búsqueda efectuada en www.PubMed.com, un servicio de la United States National Library of Medicine y los National Institutes of Health, sólo se localizaron 134 artículos relacionados, publicados entre septiembre de 1961 y agosto de 2008 (en las publicaciones mexicanas no hay registros). En el plano histológico, estos defectos se componen de estroma derivado del mesoderma y están recubiertos por una capa de células de epitelio transicional normal.¹ En el nivel macroscópico, estas malformaciones tienen un aspecto cilíndrico y son sésiles. Otras neoplasias benignas ureterales incluyen leiomiomas, papilomas, hemangiomas, linfangiomas, granulomas y fibromas.² Desde el punto de vista histórico, se han tratado mediante exploraciones abiertas y resecciones segmentarias de la lesión, como lo notificaron Stuppler y colaboradores.³ Estos especialistas señalan que la diferenciación de la masa en maligna o benigna es difícil, por lo que todas las tumoraciones del uréter deben tratarse de manera radical; sólo en el caso de un origen benigno seguro tienen preferencia los procedimientos como la nefrectomía y la nefroureterectomía. No obstante, esta área de la cirugía ha experimentado una gran evolución y hoy en día dispone de más herramientas diagnósticas y terapéuticas. Con la aparición de las nuevas tecnologías ha sido posible establecer en estos pacientes métodos diagnósticos más precisos y tratamientos laparoscópicos y endoscópicos menos invasivos y más curativos.

■ CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 59 años de edad que acudió a la consulta externa de urología por problemas de disuria de larga evolución, acompañada de dolor suprapúbico ocasional, sin hematuria, lituria o fiebre. De manera eventual refería intermitencia a la micción, con nictámero de 7 x 3 veces por la noche. Se la había tratado en múltiples ocasiones con antibioticoterapia y antiinflamatorios, con mejoría parcial de los síntomas y exacerbación

ulterior de éstos. En la exploración física no se encontraron signos patológicos. Acudió a la consulta con un ultrasonido vesical de primera instancia que revelaba una imagen hiperecoica sin proyección de sombra sónica. Esto último llevó a indicar una urografía excretora en la cual no se encontró ectasia pielocaliceal de manera bilateral, pero sí fase pielográfica y nefrográfica adecuada. Sin embargo, se identificó defecto de llenado a nivel de la vejiga en el lado derecho que dependía del meato ureteral derecho. La tomografía computarizada realizada en corte bajo vesical suministró una imagen que protruía sobre la luz de la vejiga en la parte lateral derecha (**Imagen 1**). Se efectuó una cistoscopia en la que se reconoció una tumoración que se proyectaba hacia la vejiga a través del meato ureteral derecho (**Imagen 2**). Se decidió entonces practicar una resección completa de la tumoración ureteral vía endoscópica con láser Holmium; se extrajo una pieza quirúrgica de 3 x 2 cm, la cual se envió al servicio de patología del hospital y éste confirmó un pólipo fibroepitelial ureteral (**Imagen 3**).

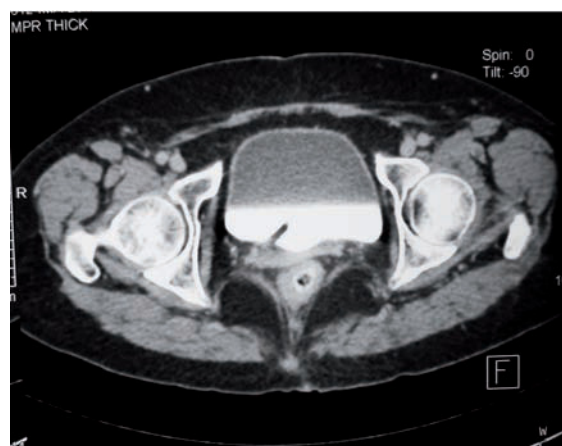


Imagen 1. Corte tomográfico

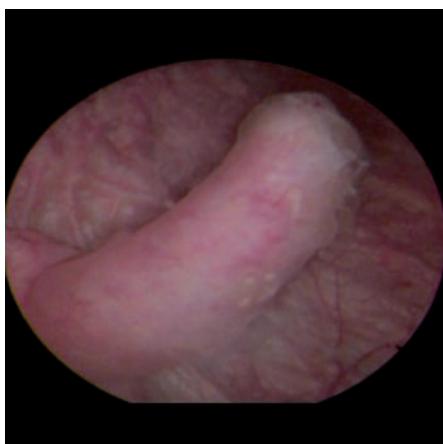


Imagen 2. Visualización macroscópica del pólipo fibroepitelial

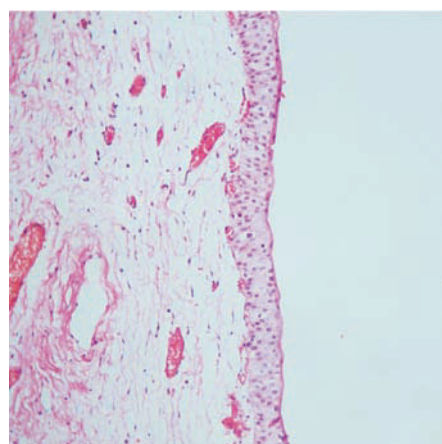


Imagen 3. Epitelio transicional con estroma

■ DISCUSIÓN

El origen de los pólipos fibroepiteliales del uréter es aún impreciso; en realidad, se han propuesto diversas hipótesis acerca de factores etiológicos congénitos. Son tumoraciones de crecimiento lento⁴ o secundarias a la exposición crónica de agentes infecciosos, inflamatorios, obstructivos o traumáticos. Otros factores causantes que se han descrito en las publicaciones son alergias, carcinógenos exógenos o desequilibrios hormonales.⁵ La litiasis urinaria y las infecciones, que pueden ser el origen de la irritación crónica, se han informado en unos cuantos casos. Estos pólipos se clasifican como hamartomas benignos por su configuración histológica, pero sólo se ha comunicado un caso en la bibliografía de degeneración maligna a carcinoma de células transicionales.⁶

Es importante distinguir los pólipos fibroepiteliales y las tumoraciones benignas ureterales del carcinoma del tracto urinario, en particular porque el tratamiento y el pronóstico difieren en grado significativo entre unos y el otro. Con anterioridad se determinaba el diagnóstico histopatológico mediante biopsia antes de indicar un tratamiento definitivo, según lo propusieron Lam y colaboradores,⁴ sin embargo, en la actualidad se tiende a practicar la resección al momento de establecer el diagnóstico por visión directa, siempre y cuando se reconozcan las características macroscópicas típicas del pólipo. En caso de identificar pólipos atípicos, se puede llevar a cabo un estudio histopatológico transoperatorio. La extirpación radical no se ve afectada en caso de que el resultado indique malignidad posterior a resección endoscópica, tal y como lo propusieron en fecha reciente Sun y colaboradores.⁷

Los síntomas más comunes de presentación del pólipo fibroepitelial son el cólico renal en 76% y la hema-

turia en 65% de los casos, además de síntomas como intermitencia, dolor intermitente en flancos y región suprapúbica en 33%. Este último síntoma depende de la localización de la lesión y se atribuye a la torsión del pólipo, que provoca isquemia o infarto, o bien obstrucción de la vía urinaria.⁸⁻¹⁰ Síntomas urinarios menos comunes son frecuencia, disuria y piuria, según lo indican las publicaciones; no obstante, en el presente caso sí fueron los principales síntomas, sin aparición de hematuria.

El diagnóstico del pólipo fibroureteral es difícil. En estudios de imagen como la urografía excretora se encuentran por lo general, defectos de llenado en el sitio de localización del tumor. En el ultrasonido es posible identificar una estructura hipoeoica polipoide con proyecciones en el sitio de lesión y sin sombra acústica originada en ella. La tomografía no ha encontrado en realidad un lugar en el diagnóstico de los pólipos ureterales, aunque puede tener utilidad para descartar diagnósticos diferenciales, como litiasis, presencia de coágulos y procesos infecciosos. El estudio citológico es negativo. El mejor método diagnóstico se establece bajo visión directa con un estudio invasivo, ya sea cistoscopia o ureteroscopia. En todos los estudios de imagen ya mencionados es común encontrar la presencia de hidronefrosis secundaria a un mecanismo obstructivo que pueda provocar la tumoración.

El pólipo fibroepitelial ureteral se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino con una predilección por el uréter izquierdo. Por lo regular se localiza en la porción proximal, sobre todo en la unión ureteropielica (62%). Esto no ocurre en los pólipos fibroepiteliales informados en el riñón, que tienen una prevalencia en el sexo femenino de 79% y se identifican en el lado derecho también en el 79% de los casos.¹¹

El tratamiento debe individualizarse. Con base en las técnicas o abordajes diversos descritos en la bibliografía (la mayor parte de los casos corresponde a operaciones abiertas para reseca pólipos fibroepiteliales), hoy en día se puede afirmar que el único caso en el cual podría justificarse una intervención abierta es el de un paciente con riñón único. El principal objetivo de la operación, sea abierta, laparoscópica o endoscópica, es visualizar de manera adecuada la base de la lesión para poder extirpar la pieza quirúrgica en su totalidad. Se han descrito tratamientos percutáneos cuando la malformación se encuentra en un tracto urinario superior, en particular en las cavidades renales o la unión ureteropielica.⁴ El tratamiento laparoscópico se ha descrito con éxito en pacientes con pólipos largos y grandes, y también cuando se identifican pólipos múltiples; aunque esta técnica necesita tres incisiones, mantiene la ventaja de extirpar la pieza de la base y de esa manera se evita la recurrencia;¹ en todo caso, no se recomienda para lesiones pequeñas por la dificultad de encontrar y visualizar la lesión. Carey y colaboradores¹² han notificado el manejo endoscópico en 10 diferentes lesiones de pólipo fibroepitelial en un solo uréter con la utilización de un ureteroscopio flexible y láser Holmium.

La paciente de este protocolo se abordó por vía endoscópica para un pólipo fibroepitelial en la porción distal del uréter en el plano del meato ureteral derecho. En la serie publicada de Kumar y colaboradores⁵ con 23 casos, sólo dos tenían localización en la porción distal del

uréter. En la actualidad, la paciente se encuentra en remisión de los síntomas, con disminución ostensible de la disuria como la principal molestia y sin recurrencia de lesión indicada por tomografía axial computarizada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kijvikai K, Maynes LJ, Herrell SD. Laparoscopic management of large ureteral fibroepithelial polyp. *Urology* 2007;70(2):373.e4-7.
2. Romesburg JW, Stein RJ, Desai MM, Lagwinski N, Ross JH. Treatment of child with bilateral ureteropelvic junction obstruction due to fibroepithelial polyps and review of the literature. *Urology* 2009;73(4):929.e9-11.
3. Stuppler SA, Kandzari SJ. Fibroepithelial polyps of ureter. A benign ureteral tumor. *Urology* 1975;5(4):553-8.
4. Lam JS, Bingham JB, Gupta M. Endoscopic Treatment of fibroepithelial polyps of the renal pelvis and ureter. *Urology* 2003;62(5): 810-3.
5. Kumar A, Das SK, Trivedi S, Dwivedi US, Singh P. Genito-urinary polyps: summary of the 10 year experiences of a single institute. *Int Urol Nephrol* 2008;40(4):901-7.
6. Zervas A, Rassidakis G, Nakopoulou L, Mitropoulos D, Dimopoulos C. Transitional cell carcinoma arising from a fibroepithelial ureteral polyp in a patient with duplicated upper urinary tract. *J Urol* 1997;157(6): 2252-3.
7. Sun Y, Xu C, Wen X, Ren S, Ye H, Gao X, Gao X. Is endoscopic management suitable for long ureteral fibroepithelial polyps? *J Endourol* 2008;22(7):1459-62.
8. Franco I, Choudhury M, Eshghi M, Bhalodi A, Addonizio JC. Fibroepithelial polyp associated with congenital ureteral diverticulum: report of 2 cases. *J Urol* 1988;140(3):598-600.
9. Macksook MJ, Roth DR, Chag CH, Perlmutter AD. Benign fibroepithelial polyps as a cause of intermittent ureteropelvic junction obstruction in a child: a case report and review of the literature. *J Urol* 1985;134(5):951-2.
10. Niu ZB, Yang Y, Hou Y, Chen H, Wang CL. Ureteral polyps: an etiological factor of hydronephrosis in children that should not be ignored. *Pediatr Surg Int* 2007;23(4):323-6.
11. Williams TR, Wagner BJ, Corse WR, Vestevich JC. Fibroepithelial polyps of the urinary tract. *Abdom Imaging* 2002;27(2): 217-21.
12. Carey RI, Bird VG. Endoscopic management of 10 separate fibroepithelial polyps arising in a single ureter. *Urology* 2006;67(2): 413-15.