

Poliposis ureteral en la adolescencia

J. Martínez Ruiz, A. Serrano Durbá, C. Domínguez Hinarejos, F. Boronat Tormo, F. Estornell Moragues, F. García Ibarra

Servicio de Urología Pediátrica. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

RESUMEN

Los pólipos de aparato urinario son poco frecuentes, siendo su localización más habitual el uréter proximal.

Estas lesiones benignas y con escasa tendencia a la recidiva tienen distintas formas de presentación que, en muchos casos, deben ser diferenciadas de formas malignas.

Mientras que la sospecha diagnóstica de esta entidad suele ser clínica por síntomas derivados de la obstrucción urinaria, las pruebas radiológicas desempeñan un papel fundamental en el diagnóstico final. El tratamiento es lo menos invasivo posible, con resección endoscópica o cirugía mínimamente invasiva.

PALABRAS CLAVE: Pólipo; Uréter; Endoscopia; Urografía intravenosa.

URETHRAL POLYPOSIS IN ADOLESCENCE

ABSTRACT

Polyps in the urinary tract are a rare entity in infants and children. The most frequent location when they appear is the ureter.

These benign lesions with no malignant potential have a varied form of presentation and in most cases must be distinguished from malignancy.

The suspected diagnosis is due to urinary obstruction; nevertheless radiological evidence played a key role in the final diagnosis. The management is as less invasive as possible, with endoscopy resection or minimally invasive surgery.

KEY WORDS: Polyp; Ureter; Endoscopy; Intravenous urography.

INTRODUCCIÓN

Los pólipos de aparato urinario son poco frecuentes, siendo su localización más habitual el uréter proximal. El origen de estas lesiones benignas es mesodérmico.

A pesar de no ser una patología exclusiva de la edad pediátrica, habitualmente son diagnosticados y tratados quirúrgica-

mente durante esta época de la vida. Mientras que la sospecha diagnóstica de esta entidad suele ser clínica por síntomas derivados de la obstrucción urinaria, las pruebas radiológicas desempeñan un papel fundamental en el diagnóstico final. No obstante, el diagnóstico definitivo es anatomopatológico.

Es destacable el carácter benigno y con escasa tendencia a la recidiva de este tipo de lesiones.

CASO CLÍNICO

Varón de 12 años remitido a consulta de Urología Pediátrica por clínica de dolor renoureteral izquierdo sin fiebre ni síndrome miccional asociados.

Como antecedentes personales destacaba orquidopexia derecha por criptorquidia a los 14 meses. La exploración física no aportó ningún dato relevante y se realizó estudio radiológico completo en el que destacaron los siguientes hallazgos:

- *Ecografía:* hidronefrosis izquierda grado II con signos de ureteritis izquierda. Riñón derecho normal.
- *Urografía intravenosa (UIV):* retraso en la eliminación del riñón izquierdo con dilatación pielocalicial y del tercio más proximal del uréter. El tercio distal del mismo era visible y de características normales. En el tercio medio se observaron defectos de repleción de aspecto quístico (Fig. 1).
- *Renograma:* patrón de eliminación de riñón izquierdo indeterminado.
- *D.M.S.A.:* riñón derecho: 52% y riñón izquierdo: 48%.

Ante la sospecha de ureteritis quística se decidió realizar ureterorenoscopia de la vía izquierda, comprobando la existencia de varios pólipos de pedículo largo y fibroso, pudiendo extraer y fotocoagular con láser sólo uno de ellos. Se colocó un catéter doble J para realizar posteriormente un segundo intento de ureterorenoscopia en el que se fotocoagularon con láser diversos pólipos del uréter izquierdo.

Posteriormente se extrajo el catéter doble J y el paciente no ha presentado más episodios de dolor ni de hematuria.

Correspondencia: Jesús Martínez Ruiz. C/ García Más, 2 - 1º. 02005 Albacete
e-mail: jesus.martinez.ruiz@gmail.com

Recibido: Noviembre 2010

Aceptado: Marzo 2011

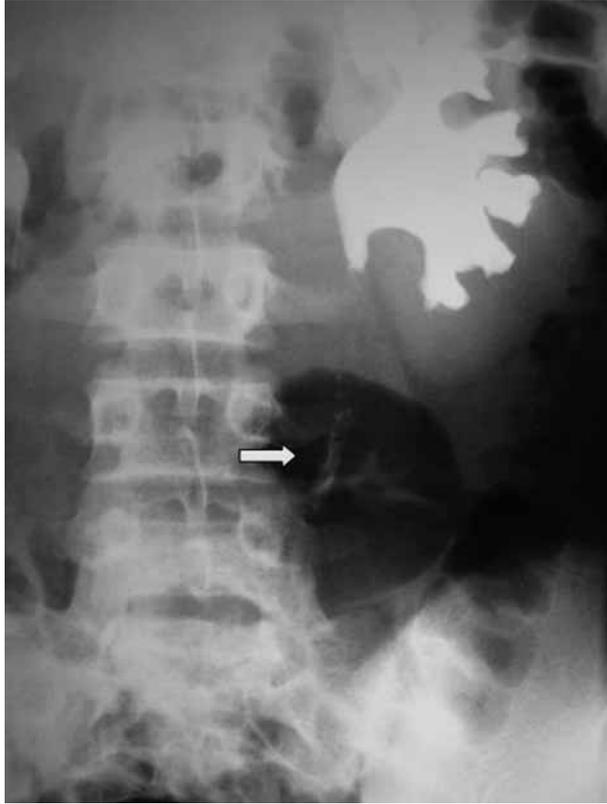


Figura 1. Dilatación pielocalicial izquierda y del tercio más proximal del uréter. Defectos de repleción de aspecto quístico en tercio medio.

La ecografía posterior al tratamiento mostró disminución de la ectasia pielocalicial izquierda con riñón derecho normal.

La anatomía patológica de la lesión correspondió a diversos pólipos fibroleiomiomusculares sin cambios degenerativos.

Tras cinco años de intervención, el paciente no ha vuelto a presentar ningún tipo de clínica, persistiendo ectasia renal izquierda grado I en los controles ecográficos posteriores.

DISCUSIÓN

Los tumores ureterales primarios suponen el 1% de la patología ureteral⁽¹⁾. Este tipo de lesiones puede clasificarse en epiteliales, con un alto potencial maligno, o no epiteliales (de origen mesodérmico), de características benignas en la mayoría de los casos, entre los que destacan los pólipos fibroepiteliales que se caracterizan histológicamente por presentar un estoma fibrovascular cubierto por una línea de células epiteliales transicionales. Macroscópicamente suelen ser lisos, pediculados y sésiles⁽²⁾.

El rango de edad en el que los pólipos fibroepiteliales pueden aparecer es amplio (desde el nacimiento hasta los 70 años), pero son más frecuentes en la tercera y cuarta década de la vida; con una razón varón/hembra 3:2 y predilección por el lado izquierdo⁽³⁾. Se localizan habitualmente en el uréter pro-

ximal (85%), pelvis renal (15%), vejiga y uretra posterior; y en la mayoría de las ocasiones aparecen como lesión única menor de 5 cm. Los casos de pólipos múltiples, así como los bilaterales, son extremadamente raros⁽⁴⁾. Mucho se ha discutido sobre el origen de este tipo de lesiones y a día de hoy el debate entre el origen congénito o secundario a traumatismo, inflamación, obstrucción o infección continúa abierto.

Otro tipo de lesiones benignas de la vía urinaria superior son los endometriomas, fibromas, leiomiomas, granulomas y linfangiomas; y habrá que tenerlos en cuenta en el diagnóstico diferencial, aunque la clave será el estudio anatómopatológico^(4,5).

Hematuria y dolor cólico en el flanco afecto secundario a la obstrucción de la vía urinaria son los síntomas típicos e inespecíficos de presentación. En ocasiones puede aparecer aumento de la frecuencia urinaria, disuria y piuria.

La ecografía de aparato urinario es la primera prueba complementaria a solicitar y será útil en la valoración del grado de ectasia, la presencia de litiasis o masa. La urografía intravenosa (UIV) mostrará un defecto de repleción de la vía y ectasia variable acorde al grado de obstrucción.

La cistoscopia es imprescindible en los casos en los que debutan con hematuria macroscópica para evaluar la presencia de tumores uroteliales.

En el diagnóstico diferencial debemos tener presente la estenosis de la unión pieloureteral, ya que es causa frecuente de hidronefrosis en la infancia, y este tipo de lesiones suelen hallarse en esta localización (62%), lo que en ocasiones puede llevarnos a un diagnóstico incorrecto⁽⁶⁾.

A pesar de tratarse de una patología benigna, en numerosos casos han sido tratados con cirugía abierta o laparoscópica; y no ha sido hasta la aparición y manejo de ureteroscopios de pequeños calibre, cuando la biopsia y resección endoscópica se han convertido en el abordaje de primera elección. La dificultad de acceso a la base de este tipo de lesiones, la mala visibilidad y el pobre espacio de trabajo son las complicaciones más frecuentes que podemos encontrar en este tipo de cirugía⁽⁵⁾.

Cuando la endoscopia no es posible se puede recurrir a la cirugía percutánea, anterógrada y mínimamente invasiva; aunque esta se verá condicionada por el grado de hidronefrosis y la anatomía de los cálices y pelvis renal. Los últimos recursos son la laparoscopia y la cirugía abierta.

A lo largo de los años la cantidad de casos adecuadamente documentados ha sido limitada, sin existir grandes series publicadas en la literatura. En la mayoría de los casos clínicos documentados, la resolución completa de esta patología se ha llevado a cabo con tratamiento mínimamente invasivo endoscópico o cirugía percutánea^(2,5,7,8).

CONCLUSIÓN

Presentamos un caso clínico de poliposis ureteral en el adolescente, resuelto con tratamiento endoscópico. El segui-

miento radiográfico y endoscópico demuestra la eficacia del manejo no invasivo o mínimamente invasivo de este tipo de patología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Karaca I, Sencan A, Mir E, Sayan A, Ortaç R. Ureteral fibroepithelial polyps in children. *Pediatr Surg Int.* 1997; 12: 603-4.
2. Carey RI, Bird VG. Endoscopic management of 10 separate fibroepithelial polyps arising in a single ureter. *Urology.* 2006; 67(2): 413-5.
3. Williams TR, Wagner BJ, Corse WR, et al. Fibroepithelial ureteral polyps of the urinary tract. *Abdom Imaging.* 2002; 27: 217-22.
4. Kie H, Ullrich T, Roessler W, et al. Bening ureteral tumors: four case reports and a review of the literature. *Urol Int.* 1990; 63: 201-5.
5. Lam JS, Bingham JB, Gupta M. Endoscopic treatment of fibroepithelial polyps of the renal pelvis and ureter. *Urology.* 2003; 62(5): 810-3.
6. Macksood MJ, Roth DR, Chang CH, et al. Bening fibroepithelial polyps as a cause of intermittent ureteropelvic junction obstruction in a child: a case report and review of the literature. *J Urol.* 1976; 115: 651-3.
7. Johnson DE, Cromeens DM, Price RE. Use of the holmium:YAG laser in urology. *Lasers Surg Med.* 1992; 12(4): 353-63.
8. Zhong P, Tong HL, Cocks FH, et al. Transient cavitation and acoustic emission produced by different laser lithotripters. *J Endourol.* 1998; 12: 371-8.