

Revista Cubana de Urología

PRESENTACIÓN DE CASOS

Pólipo fibroepitelial en la unión pieloureteral

Fibroepithelial polyp in the ureteropelvic junction

Maykel Quintana Rodríguez¹ <http://orcid.org/0000-0002-5565-0735>

Tania González León^{1*} <http://orcid.org/0000-0003-3813-9588>

Roberto Sánchez Tamaki² <http://orcid.org/0000-0002-7458-6740>

Eduardo Morales Díaz³ <http://orcid.org/0000-0003-1416-8755>

¹ Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana, Cuba.

² Instituto de Nefrología "Dr. Abelardo Buch López". La Habana, Cuba.

³ Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

* Autor para la correspondencia: tania@cce.sld.cu

RESUMEN

Los pólipos fibroepiteliales del uréter constituyen una entidad rara. Con el objetivo de comentar la presentación clínica, diagnóstico y tratamiento de un pólipo fibroepitelial del uréter se realizó el presente artículo. Se presenta un paciente de 23 años, masculino que consulta por dolor lumbar izquierdo gravativo. Se diagnosticó por estudios imagenológicos y gammagrafía renal un síndrome de la unión pieloureteral izquierda. Durante la pielografía transoperatoria, previa a la pieloplastia se sospechó un posible pólipo ureteral. En el tiempo laparoscópico se realizó inicialmente pielotomía que permitió comprobar la presencia del pólipo creciendo desde la unión pieloureteral izquierda hacia el uréter proximal. Se resecó la unión pieloureteral izquierda y se completó la pieloplastia según Anderson Hynes. El estudio anatómo-patológico confirmó el diagnóstico. La pieloplastia mediante abordaje laparoscópico brindó una novedosa opción terapéutica para el tratamiento de un pólipo de la unión ureteral que se presentó como una obstrucción de la unión pieloureteral izquierda. Se obtuvieron resultados perioperatorios y funcionales satisfactorios a largo plazo.

Palabras clave: enfermedades ureterales; neoplasias fibroepiteliales; sistema urinario; ureteroscopia.

Ureter's fibroepithelial polyps are a rare entity. The aim of this article is to comment on the clinical presentation, diagnosis and treatment of an ureter's fibroepithelial polyp. It is presented a male patient, 23 years old, with increasing left lumbar pain. It was diagnosed by imaging studies and renal scintigraphy a syndrome of left ureteropelvic junction. During the transoperative pyelography, prior to pyeloplasty, a posible ureteral polyp appeared. In the laparoscopic procedure, it was initially performed a pyelotomy which allowed to check the presence of a growing polyp from the left pyeloureteral junction to the proximal ureter. It was resected the left pyeloureteral junction and it was completed the pyeloplasty according to Anderson Hynes procedure. The anatomopathological study confirmed the diagnosis. Pyeloplasty by laparoscopic approach brought a new therapeutic option for the treatment of a polyp ureteropelvic junction obstruction that presented as a left ureteropelvic junction obstruction. Pyeloplasty through laparoscopic approach offered a novel therapeutic option for treating ureteral polyp which presented as a ureteropelvic junction obstruction, with long term satisfactory perioperative and functional results.

Keywords: ureteral diseases; fibroepithelial neoplasia; urinary system; ureteroscopy.

ABSTRACT

Recibido: 18/05/2020, **Aceptado:** 15/06/2020

INTRODUCCIÓN

Los pólipos fibroepiteliales del uréter (PFU) constituyen una entidad rara que representan menos del 1 % de los tumores del sistema genitourinario. Esta entidad fue reportada, por primera vez, en el año 1932. Es un tumor benigno originado del mesodermo y de células del epitelio transicional.^(1,2,3)

Se presenta en adolescentes y adultos jóvenes, como promedio alrededor de los 40 años y predomina en el sexo masculino. Puede localizarse en el tracto urinario superior y es más frecuente en el uréter distal. Tiene mayor predilección por el uréter izquierdo. La bilateralidad es una condición muy infrecuente. En el 15 % de los casos se presenta en la pelvis renal. Su presencia en el cuello vesical y la uretra es más rara. Se trata de masas móviles, pediculadas que pueden medir hasta 5 cm. Por sus características clínicas e imagenológicas pudieran simular un tumor del urotelio del tracto urinario superior.^(1,2)

Existen pocos informes en la literatura médica internacional y la mayoría corresponde a pequeñas series o reporte de casos. No se ha encontrado ningún reporte nacional.

Se redacta este artículo con el objetivo de comentar la presentación clínica, diagnóstico y tratamiento de un PFU.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino de 23 años con antecedentes de salud, que consulta por dolor lumbar izquierdo gravativo de varios años de evolución que se intensificó en los últimos

meses. Los estudios hematológicos y hemoquímicos fueron normales.

La ultrasonografía abdominal reportó que el riñón izquierdo era de tamaño normal, el parénquima estaba conservado y presentaba moderada dilatación pielocalicial (pelvis de 30 mm). Con tales resultados, el radiólogo concluyó estenosis de la unión ureteropielíca. El riñón derecho era normal.



Fig. 1- TAC abdominal contrastada. Vista excretora que muestra dilatación píelica derecha.

La tomografía axial computarizada contrastada del abdomen confirmó la dilatación píelica y en las vistas tardías no se logró visualizar el uréter. En la vista angiográfica se descartó la presencia de vaso anómalo cruzando por la UPU. Por tanto, se confirmó el diagnóstico morfológico de SUPU ([Fig. 1](#)).

El estudio funcional renal preoperatorio (gammagrafía con MAG-3 y furosemida) mostró retardo y disminución de la excreción del radiofármaco por el riñón izquierdo (50,1 %) y una función renal relativa conservada (54,1 %).

Con el diagnóstico de un SUPU izquierda por posible causa intrínseca se decide realizar pieloplastia laparoscópica transperitoneal izquierda (técnica de Anderson-Haynes). Como rutina en este servicio de urología se realiza pielografía ascendente como paso previo siempre que se realiza una pieloplastia laparoscópica, precisamente porque no se logran definir las características del uréter por la TAC. Además, el estudio contrastado de las cavidades permite evaluar las características de la UPU, así como el ascenso de un catéter ureteral interno-externo que siempre se coloca por debajo de la unión pieloureteral para, facilitar la colocación de una guía hasta el riñón durante la pieloplastia y de un catéter JJ al final de la cirugía.

En el caso que nos ocupa la pielografía retrógrada mostró defecto de lleno que ocupaba la unión pielouretral y unos pocos cm del uréter proximal ([Fig. 2A](#)) que hizo sospechar al cirujano la presencia de una masa de la UPU que debía corresponder a un pólipo.

Se tomó la decisión de realizar, como primer paso de la pieloplastia, una pielotomía, incisión que se prolongó al uréter proximal lo que permitió exponer la lesión, su base de implantación en la UPU y su crecimiento en el interior del uréter proximal. Se resecó la UPU a nivel de la implantación del pólipo ([Fig. 3A](#)). Nótese que la lesión tiene características macroscópicas muy diferentes a un tumor del urotelio.

Se completó la pieloplastia según técnica de Anderson Hynes. La [figura 3B](#) muestra la remodelación piélica y la anastomosis uretero-

piélica. Se dejó catéter ureteral JJ durante seis semanas. El resultado patológico de la lesión confirmó el diagnóstico de pólipo ureteral fibroepitelial ([Fig. 3B](#)).

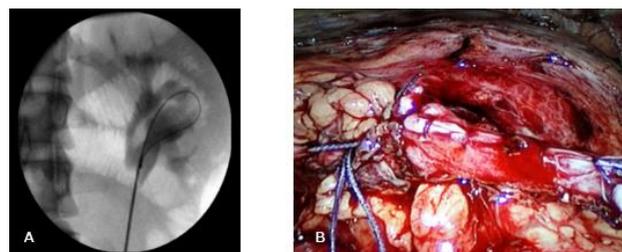


Fig. 2- Pielografía retrógrada (A). Vista de pieloplastia laparoscópica completada (B).

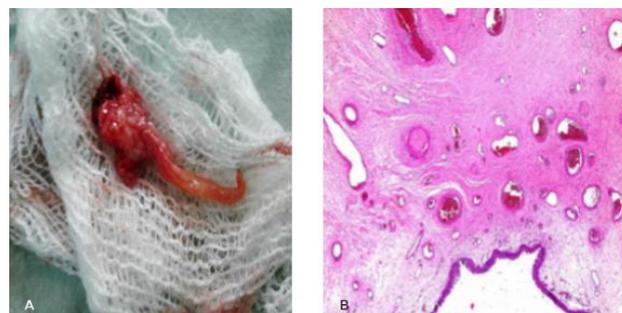


Fig. 3- Pólipo en UPU (A). Microscopia del PFU (B).

Ya han transcurrido tres años de la cirugía. El seguimiento se realizó evaluando elementos clínicos (paciente asintomático), ultrasonográficos (ausencia de dilatación piélica del riñón izquierdo y conservación de las dimensiones del parénquima renal) y mediante estudio funcional con gammagrafía renal que mostró mejoría de la excreción de la unidad renal izquierda (70 %) y conservación de la función renal relativa (53 %).

DISCUSIÓN

El PFU es una entidad rara, *Ludwig* y otros⁽⁴⁾ reportaron 75 artículos en las últimas tres décadas con 131 casos. El PFU es un tumor

benigno originado del mesodermo. Representa menos del 1 % de los tumores del sistema genitourinario, es más frecuente en el uréter distal y muy infrecuente en la UPU.^(1,2)

Se presenta entre la segunda y cuarta década de la vida, alrededor de los 40 años. Es infrecuente en la edad pediátrica y predominan en el paciente masculino.^(1,2,3,4)

La etiología de esta entidad es idiopática. Se han asociado a anomalías congénitas, infecciones crónicas del tracto urinario, obstrucción urinaria, trauma y trastornos hormonales.⁽⁵⁾

La presentación clínica mayormente reportada consiste en dolor lumbar en el 75 % de los casos reportados, como en este paciente. Otros síntomas son menos comunes, tales como la hematuria, piuria e infecciones del tracto urinario. En pacientes pediátricos se puede presentar por presencia de una masa palpable lumboabdominal e irritabilidad. Otra presentación rara es la torsión del pólipo que produce dolor severo por isquémica.^(5,6,7)

En el diagnóstico del PFU, la ultrasonografía abdominal, la TAC, la resonancia magnética nuclear y la gammagrafía renal tienen una baja sensibilidad del 49 %.^(4,7,8) En el caso que nos ocupa la ultrasonografía y la tomografía computarizada no permitieron sospechar el diagnóstico como muestran la figura 1. El uréter no suele verse cuando existe una estenosis de la UPU, de ahí la importancia del pielograma retrógrado intraoperatorio que permitió sospechar el diagnóstico. Otros autores coinciden en que este último es un estudio de mayor sensibilidad para el diagnóstico.^(9,10,11)

No obstante, dado su infrecuencia no es común realizar el diagnóstico preoperatorio. Para diagnosticarlo debe de sospecharse. Cuando se operó este paciente el equipo de trabajo que está reportando el caso ya había tenido la experiencia previa de haber diagnosticado y tratado un gran pólipo del uréter distal, lo que le permitió sospechar el diagnóstico ante los hallazgos de la pielografía ascendente. Las características radiológicas de la lesión, así como la ausencia clínica de hematuria tanto preoperatoria como durante el ascenso de la guía hasta las cavidades renales, la edad del paciente y la ausencia de factores de riesgo para un tumor maligno del urotelio contribuyeron a sospechar este diagnóstico y descartar el tumor urotelial. La observación de la lesión que es muy característica macroscópicamente al realizar la pielotomía inclinó el diagnóstico más aún hacia la presencia de un pólipo.

El diagnóstico definitivo es anatomopatológico. La histología describe lesión de tejido fibroso y vascular con epitelio transicional normal y nidos epiteliales de Von Brunn dilatados. La mucosa puede presentar inflamación crónica por la actividad mecánica del pólipo sobre el urotelio.^(10,12,13)

El diagnóstico diferencial debe realizarse con los tumores del urotelio del tracto urinario superior. El PFU a menudo no se distingue fácilmente de estos tumores por medios clínicos o radiológicos; ambas lesiones pueden provocar hematuria, dolor lumbar y defectos de llenado en la urografía. La citología de orina por sí sola no es una prueba sensible y los resultados falsos positivos pueden conducir a una nefroureterectomía innecesaria.^(10,14,15)

El tratamiento depende de la localización, tamaño y experticia del cirujano que se enfrenta al diagnóstico. Se han descrito diferentes tipos de abordajes, como el percutáneo, el endoscópico, la cirugía abierta, la laparoscópica y la asistida por robot.^(15,16)

La cirugía abierta convencional fue durante mucho tiempo el abordaje de elección. La cirugía mínimamente invasiva es la que se recomienda en la actualidad. El abordaje percutáneo y endoscópico es de elección en el tratamiento de pólipos ureterales solitarios y pediculados. El empleo de Holmium: YAG laser y electrorresección han sido descritos.^(17,18)

La ureteroscopia puede garantizar una adecuada exéresis de los pólipos y de su base de implantación, presenta altas tasas de éxito, pero es empleada fundamentalmente, cuando el pólipo se localiza en el uréter distal. La laparoscopia o robótica se han empleado en pólipos localizados en el uréter proximal o la UPU, como ocurrió en este paciente. Para su solución se ha descrito la exéresis o la pieloplastia de Anderson-Hynes, respectivamente. Similar solución, adoptaron los autores de este artículo.^(17,18)

El pronóstico es favorable, dado que constituye una enfermedad benigna, aunque el diagnóstico tardío puede llevar al deterioro de la función renal por la obstrucción que provocan.^(8,18)

CONCLUSIONES

La pieloplastia mediante abordaje laparoscópico brindó una novedosa opción terapéutica para el tratamiento de un pólipo de la unión pieloureteral que se presentó como un SUPU,

con resultados, perioperatorios y funcionales, satisfactorios a largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Janeiro C, Oliveira F, Andrade G, Viana L, Cunha M, Mariotti A. Ureteritis cystica and ureteral polyp-case report. AME Case Reports. 2018 [acceso: 04/04/2020]; 14(2):32. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmid/30264028/>
2. Akdere H, Çevik G. Rare fibroepithelial polyp extending along the ureter: A case report. Balkan Med J. 2018 [acceso: 04/04/2020]; 35(3):75-7. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc5981127/
3. Redondo JV, Cabezalí Barbancho D, Tordable Ojeda C, Gómez Fraile A. Pólipos fibroepiteliales como causa de hidronefrosis. Act Ped Esp. 2018 [acceso: 04/04/2020]; 76 (11-12): e161-e163. Disponible en: <https://medes.com/publication/141493>
4. Ludwig DJ, Buddingh KT, Kums JJ, Kropman RF, Roshani H, Hirdes WH. Treatment and outcome of fibroepithelial ureteral polyps: A systematic literature review. Can Urol Assoc J. 2015 [acceso: 04/04/2020]; 9(9-10):E631-E637. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4581930/>
5. Cattaneo F, Zattoni F, Meggiato L, Valotto C, Dal Moro F, Gardiman MP. Endourologic diagnosis and robotic treatment of a giant fibroepithelial polyp of the ureter. J Endourol. 2016 [acceso: 07/04/2020]; 2(1); 172-5. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmid/27868092/>

6. Matsuo M, Ueda K, Nishihara K, Nakiri M, Suyama S, Chikui K, et al. A laparoscopic management combined with a flexible ureteroscope for ureteral polyps of more than 3cm length. J Endourol. 2016 [acceso: 04/04/2020]; 2(1); 117-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmid/27579437/>

7. Kini H, Sridevi HB, Suresh PK, Guni LP, Bhat S, Kini JR. Spectrum of lesions affecting the renal pelvis and pelviureteric junction: A 13-Year retrospective analysis. J Clin Diagn Res. 2016 [acceso: 04/04/2020]; 10(2):EC01-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmid/27042468/>

8. Gupta M, Roy S, Wann C, Eapen A. Giant fibroepithelial polyp of the ureter a case report. BMJ 2017. [acceso: 07/04/2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmid/28389594/>

9. Li R, Lightfoot M, Alsyof M, Nicolay L, Baldwin DD, Chamberlin DA. Diagnosis and management of ureteral fibroepithelial polyps in children: A new treatment algorithm. J Pediatr Urol. 2015 [acceso: 08/04/2020]; 11:22. E1-22. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25218353>

10. Hajji F, Moufid K, Ghoundale O, Touiti D. A rare case of successful endoscopic management of a fibroepithelial polyp with intussusception of the ureter and periodic prolapse into bladder.

Ann R Coll Surg Engl. 2019 [acceso: 09/04/2020]; 101(2):66-70. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6351868>

11. Ucar M, Bas E, Akkoç A, Topcuoglu M. Fibroepithelial polyp of the ureter: a rare cause of hydronephrosis. J Endourol. 2018 [acceso: 09/04/2020]; 4(1); 166-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6225073>

12. Cao Y, Chen Q, Zhong H, Xuan HQ, Xia L, Xue W. Treatment of large fibroepithelial polyps in the proximal ureter with antegrade plus retrograde endoscopic laser polypectomy. Medicine Baltimore. 2018 [acceso: 04/04/2020]; 97(32):117-47. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6133639>

13. Wang ZJ, Meng MV, Yeh BM, Goldstein RB. Ureteral fibroepithelial polyp. J Ultrasound Med. 2008 [acceso: 10/04/2020]; 27(11):1647-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2745550>

14. Gupta M, Roy S, Wann C, Eapen A. Giant fibroepithelial polyp of the ureter. BMJ Case Rep. 2017 [acceso: 09/04/2020]; 7; 2017. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5534675>

15. Tibana TK, Santos RFT, Said LAM, Marchiori E, Nunes TF. Fibroepithelial polyp of the ureter: the value of magnetic resonance imaging of the urinary tract in diagnosis and therapeutic planning. Radiol Bras. 2019 [acceso:

04/04/2020]; 52(3):206-207. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmid/31210702/>

16. Cai Y, Zhang Z, Yue X. Rare giant primary ureteral polyp: A case report and literature review. *Mol Clin Oncol*. 2017 [acceso: 04/04/2020]; 6(3):327-30. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5403350>

17. El-Haress M, Ghandour W, Bahmad M, Fakhruddin N, Fawaz H, Bahmad, H. Giant ureteral fibroepithelial polyp with intermittent prolapse reaching the urethral meatus: A Case Report. *Urol Case Reports*. 2017 [acceso: 04/04/2020]; 13:6-9. Disponible:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5388910/>

18. Abdessater M, Kanbar A, Khoury JE, Hachem CE, Halabi R, Boustany J, K. Endourologic treatment for a fibroepithelial ureteral polyp protruding from the urethra. *J Surg Case Rep*. 2019 [acceso: 04/04/2020]; (11):320. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6846958>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Maykel Quintana Rodríguez: Participó en la redacción del artículo y la revisión bibliográfica.

Tania González: Participó en el proceso diagnóstico y la cirugía, así como en la revisión del artículo.

Roberto Sánchez Tamaki: Participó en la cirugía y la redacción del artículo.

Eduardo Morales Díaz: Participó en la revisión bibliográfica.