

Los criterios para diagnosticar un carcinoma como uracal son:

- a) Localización en la cúpula y/o cara anterior línea media.
- b) Predominio intramural o muscular del crecimiento tumoral, con extensión al espacio de Retzius.
- c) ausencia de carcinoma in situ en el urotelio cercano.

En cuanto a su estadiaje se acepta el realizado por Sheldon y cols. (7) correspondiendo nuestro caso a un Estadio IIIA. El 83% de estas neoplasias se diagnostican en estadio III (6), lo que justifica el mal pronóstico de dichas lesiones.

El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica completa del tumor, y dependiendo de la extensión tumoral umbilectomía con cistectomía parcial o cistoprostatectomía radical en bloque con umbilectomía (5). En nuestro caso se realizó tumorectomía con cistectomía parcial y la paciente permanece asintomática en la actualidad.

### BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (\*lectura de interés y \*\*lectura fundamental)

1. ISOTALO, P.A.; ROBERTSON, S.J.; FUTTER, N.G.: "Urinary bladder urachal remnants underlying papillary urothelial carcinoma". Arch. Pathol. Lab. Med., 126: 1252, 2002.
- \*\*2. EBLE, J.; SAUTER, G.; EPSTEIN, J. y cols.: "Tumours of the urinary system and male genital organs". Capítulo 2. Tumours of the urinary system. pp131. IARC Press: Lyon 2004.
3. ASANOK; YAMADA, H.; MAEDA, S. y cols.: "Carcinoma of urachus: report of 15 cases and review of literature-is total cystectomy the treatment of choice for urachal carcinoma?". Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi., 94: 487, 2003.
4. KAJITA, Y.; HABUCHI, T.; KAMOTO, T. y cols.: "Long-term clinical results of 5 cases of urachal carcinoma". Hinyokika Kyo., 46: 711, 2000.
- \*5. ROSAI, J.: "Surgical pathology". Capítulo 17. Urinary tract. pp1318. MOSBY Press: new York 2004.
- \*\*6. ALGABA, F.; MORENO, A.; TRIAS, I.: "Uropatología tumoral". Capítulo 3. Tumores de las vías urinarias. 196. Grafos Press: Spain 1996.
7. SHELDON, C. A.; CLAYMAN, R.V.; GONZÁLEZ, R. y cols.: "Malignant urachal lesions". J. Urol. 131:1, 1984.

## ADENOCARCINOMA TÚBULOVELLOSO DE LA PELVIS RENAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Alberto Palacios, Olinda Lima, Pedro Massó, Luis Osório, Rui Versos, José Soares y Filinto Marcelo.

Servicio de Urología. Hospital Geral de Santo Antonio. Porto. Portugal.

**Resumen.-** OBJETIVO: Presentar un caso de adenocarcinoma túbuloveloso de la pelvis renal.

MÉTODO/RESULTADOS: Paciente de 81 años de edad, se presenta en el servicio de urgencias con un cuadro infeccioso grave, en la TAC presencia de cálculo coraliforme de la pelvis renal con signos sugestivos de pionesrosis. Se procede a la nefrectomía revelando en el estudio histológico adenocarcinoma túbuloveloso de la pelvis renal.

CONCLUSIONES: El adenocarcinoma de la pelvis renal es una neoplasia infrecuente. Se relaciona con infecciones crónicas, inflamación y con la presencia de cálculos coraliformes de la pelvis renal. La opción terapéutica más adecuada es la nefrectomía. El adenocarcinoma túbuloveloso de la pelvis renal tiene un pronóstico sombrío.

Correspondencia

Alberto Palacios Hernández  
Rua do Dr. Eduardo Torres 579 2º  
Frente esquerdo.  
4450-117 Matosinhos. Porto (Portugal).  
aphmmx5@hotmail.com

Trabajo recibido: 19 de marzo 2006

**Palabras clave:** Adenocarcinoma. Pelvis renal. Litiasis.

**Summary.-** *OBJECTIVE: To present a case of tubulovillous renal pelvis adenocarcinoma.*

*METHODS/RESULTS: An 81 year-old patient presented at Emergency Department with sepsis. CT scan showed a staghorn calculus with signs suggestive of pyonephrosis. A nephrectomy was performed and pathological exam revealed tubulovillous renal pelvis adenocarcinoma.*

*CONCLUSIONS: Renal pelvis adenocarcinoma is a rare disease. It is usually accompanied by chronic urinary infections, an inflammatory state and staghorn calculi. The best therapeutic option is nephrectomy and the prognosis is poor.*

**Keywords:** Adenocarcinoma. Renal pelvis. Lithiasis.

## CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 81 años de edad, se presenta en el servicio de urgencia con un cuadro de astenia, anorexia y dolor lumbar derecho de 2 semanas de evolución. Hemodinámicamente estable, y con fiebre (38,5 grados) hace 3 días.

Con antecedentes de insuficiencia cardíaca asociada a fibrilación auricular, sin antecedentes de enfermedades de tipo urológico.

Al examen físico presenta dolor a la palpación profunda localizado en el hemiabdomen derecho, sin señales de irritación peritoneal, con presencia de masa palpable y Murphy renal positivo a la derecha.

Los análisis muestran leucitosis (22.390 con desviación a la izquierda), anemia normocítica normocrómica, con función renal dentro de los parámetros normales, leucituria y hematuria microscópica.

Se realiza una radiografía reno-vesical mostrando múltiples cálculos radiopacos localizados en el riñón derecho.

La tomografía axial computerizada abdomino-pélvica con inyección de contraste endovenoso presentan un riñón derecho aumentado de tamaño, con desorganización córtico medular y presencia de múltiples formaciones litiasicas de gran tamaño localizadas en la pelvis renal. (Figura 1).

Con el diagnóstico de pionefrosis y para estabilizar el cuadro de deterioro general decidimos realizar nefrostomía percutánea en un primer tiempo. Presenciamos salida de abundante líquido purulento por la nefrostomía que la cultura del mismo revela flora polimicrobiana. Inicia antibioterapia endovenosa de amplio espectro. Pasados cuatro días y por presentar unas condiciones quirúrgicas más idóneas, decidimos realizar nefrectomía derecha mediante lumbotomía.

### **La descripción de la pieza quirúrgica es:**

Riñón (13x8,5x5 cm) enviado con segmento de ureteral de 10 cm de largo y con presencia de tejido adiposo perirenal. Se observa dilatación del árbol pielo-calicial



FIGURA 1. Presencia de desorganización córtico sinusal y cálculo coraliforme a la derecha.

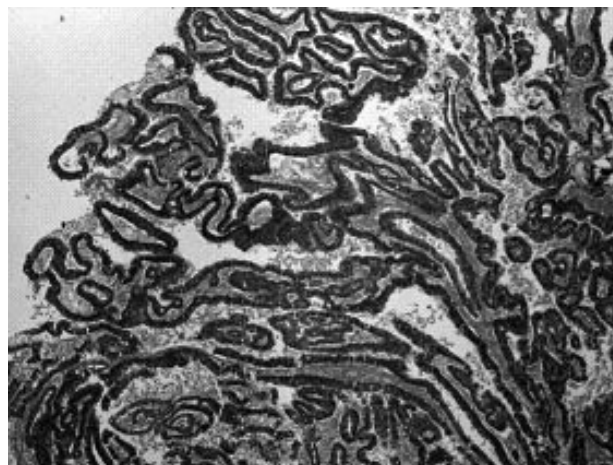


FIGURA 2. Áreas de patrón túbulovelloso

y atrofia marcada del parénquima renal. En el interior del árbol piélico presenta contenido purulento y se identifican cálculos siendo el mayor de 4,5 cm. Aparecen focos de supuración con abscedificación del parénquima renal y del tejido adiposo perirenal. En la pelvis y cálices adyacentes se observa tejido de color blanco y consistencia blanda midiendo 6x5 cm que dista 10 cm del topo quirúrgico ureteral.

El examen histológico se observa adenocarcinoma con áreas predominantes de patrón tubular y áreas focales de patrón túbulovelloso. (Figura 2). La neoplasia presenta características de adenocarcinoma de tipo intestinal, siendo posible identificar células de Goblet del tipo intestinal que se caracterizan por la presencia de vacuolas de moco intracitoplasmáticas apicales. (Figura 3). Los núcleos en algunas áreas se presentan uniformes y monótonas y en otras zonas son más agresivas, irregulares, de diferentes tamaños y con frecuente actividad mitótica. La neoplasia invade el tejido conjuntivo subepitelial. En el revestimiento del árbol pielocalicial se identifica metaplasia glandular del epitelio urotelial.

Pasados seis meses de la intervención quirúrgica la paciente fallece.

## DISCUSIÓN

Los tumores de la pelvis renal son infrecuentes, el carcinoma de células de transición representa el 90% , el carcinoma de células escamosas el 10% y el adenocarcinoma el 1% de las neoplasias del urotelio (1). Hasta el año 2002 fueron publicados 95 casos (1). Algunos autores describen la neoplasia como asintomática (1), en nuestro caso la paciente se presentó en el servicio de urgencias con un cuadro infeccioso grave.

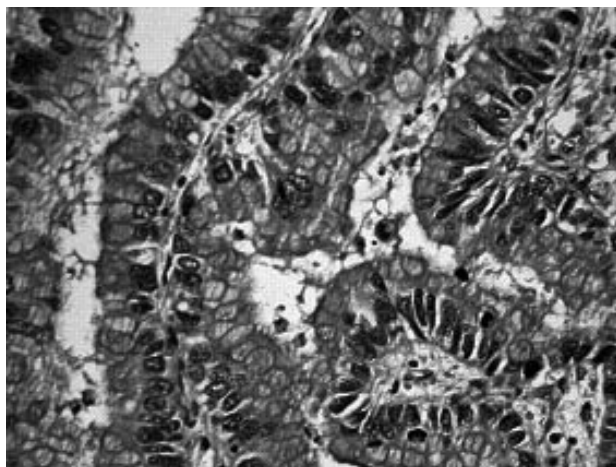


FIGURA 3. Áreas con presencia de glándulas de tipo intestinal con células de Goblet.

Son lesiones que afectan a pacientes de edad avanzada con predominio del sexo masculino y en gran número de ocasiones son multifocales (11). La hematuria, dolor en flanco y signos de obstrucción al flujo urinario son los síntomas con los que tales neoplasias suelen debutar (11).

Los adenocarcinomas del urotelio se dividen en tres tipos histológicos: túbulovelloso, mucinoso y papilar no intestinal. El adenocarcinoma túbulovelloso y el mucinoso son morfológicamente idénticos al tumor intestinal (8,9) y se presentan en torno al 71,5% y al 21,5% respectivamente. De los tres tipos, el tumor túbulovelloso es el que presenta peor pronóstico, con un 70% de muertes a los 5 años (8).

La patogénesis de estos tumores se relaciona con su frecuente asociación con la irritación crónica del epitelio, inflamación, infecciones crónicas, hidronefrosis y los cálculos urinarios (1-9). También se relaciona con el tabaco, analgésico y la exposición ambiental a carcinógenos (1,11). La metaplasia glandular del urotelio se desarrolla a partir de una respuesta a la herida, y puede progresar a displasia y a adenocarcinoma (1,2,9). Bullock publicó un incremento en la incidencia (30%) de progresión a adenocarcinoma en pacientes con metaplasia significativa (10).

La demostración de adenocarcinoma del tipo intestinal justifica el tratamiento quirúrgico mediante nefroureterectomía.

## CONCLUSIÓN

El adenocarcinoma de la pelvis renal es un tumor infrecuente. Reconociendo la posibilidad de aparecer este tipo de tumor en pacientes con cálculos coraliformes e infecciones crónicas alertaría al urólogo a realizar el diagnóstico diferencial en estos pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (\*lectura de interés y \*\*lectura fundamental)

- \*\*1. KAUR, G.; NAIK, V.R.; RAHMAN, M.N.G.: "Mucinous adenocarcinoma of the renal pelvis associated with lithiasis and chronic gout". Singapore Med. J., 45: 125. 2004.
- \*2. ARTHUR, C.; AUFDERHEIDE, J.; STREITZ, M.: "Mucinous adenocarcinoma of the renal pelvis". Cancer, 33: 167, 1974.
3. KALAFATIS, P.; ZARIFIS, I.; SOTRILLIS, T. y cols.: "Mucinous adenocarcinoma of the renal pelvis associated with renal calculi of the inflammatory type". Minerva Urol. Nefrol., 51: 45, 1999.

4. OCHOA URDANGARAIN, O.; ACOSTA BERNAD, I.; HERMIDA PEREZ, J.A. y cols.: "Well differentiated mucus-producing adenocarcinoma of the right renal pelvis. Presentation of a case". Arch. Esp. Urol., 53: 645, 2000.
5. THOMAS, E.; MURPHY, J.; STEVENSON, E.: "Primary adenocarcinoma of the renal pelvis: Report of a case". J. Urol., 104: 62, 1970.
- \*6. TSUZUKI, T.; KOUKETSU, H.; ONO, K. y cols.: "Primary adenocarcinoma of the renal pelvis with special reference to histochemical observations". Pathol. Int., 46: 791, 1996.
7. MIRONE, V.; PREZIOSO, D.; PALOMBINI, S. y cols.: "Mucinous adenocarcinoma of the renal pelvis". Eur. Urol., 10: 284, 1984.
8. SPIRES, S.E.; BANKS, E.R.; CIBULL, M.L. y cols.: "Adenocarcinoma of renal pelvis". Arch. Pathol. Lab. Med., 117: 1156, 1993.
9. DINESH, S.; HANNAH, R.; KRIGMAN, P. y cols.: "Enteric type adenocarcinoma of the upper tract urothelium associated with ectopic ureter and renal dysplasia an oncological rationale for complete extirpation of this aberrant developmental anomaly". J. Urol., 156: 1272, 1996.
10. BULLOCK, P.S.; THONI, D.E.; MURPHY, W.M.: "The significance of colonic mucosa (intestinal metaplasia) involving the urinary tract". Cancer, 59: 2086, 1987.
- \*11. TORRES GÓMEZ, F.J.; TORRES OLIVERA, F.J.: "Carcinoma mucinoso de pelvis renal. A propósito de un caso". Arch. Esp. Urol., 59: 20, 2006.

## Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 59, 9 (919-922), 2006

**CARCINOMA RENAL METASTÁSICO A PERITONEO. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Nuria Rodríguez García, Ana María García Tello, Luis Llanes González, José María García Mediero, Javier Angulo Cuesta y Antonio Berenguer Sánchez.

Servicio de Urología. Hospital de Getafe. Getafe. Madrid. España.

**Resumen.-** OBJETIVO: Aportar un caso de carcinoma renal que presentó implantes peritoneales en su evolución.

MÉTODO/RESULTADOS: Describimos el caso de un varón joven que en el seguimiento de su patología neoplásica tras nefrectomía radical presenta sintomatología abdominal inespecífica que conduce al descubrimiento de implantes peritoneales y recidiva local. Se realizó una segunda cirugía exploradora y de citorreductora, con recidiva peritoneal rápida. A los tres meses y a pesar del tratamiento que siguió con Interferón- $\alpha$ , el paciente presentó metástasis hepáticas múltiples.

CONCLUSIONES: La afectación peritoneal por carcinoma de células renales es un hecho infrecuente y que confiere un mal pronóstico.

**Palabras clave:** Carcinoma renal. Carcinoma de células claras renales. Carcinomatosis peritoneal.

Correspondencia | Nuria Rodríguez García  
Servicio de Urología  
Hospital de Getafe  
Ctra. de Toledo Km 12,500  
28905 Getafe. Madrid. (España)  
uroget@terra.es  
Trabajo recibido: 17 de abril 2006