

CARCINOMA UROTELIAL DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Marcial Daza *Carlos Betancourt *Juan Vásquez *Carlos Lugo *Guillermo Llaque

RESUMEN

El carcinoma urotelial (CU) del tracto urinario superior es infrecuente y representa solo del 5%-10% de todos los CU. Estas neoplasias crecen a partir del urotelio de los cálices renales hasta el tercio distal del uréter. Se reporta el caso de un paciente masculino de 68 años de edad quien presenta enfermedad actual de 3 meses de evolución caracterizada por dolor lumbar izquierdo, tipo cólico, de leve a moderada intensidad, el cual atenúa parcialmente con el uso de AINES, asociado a hematuria visible total de predominio nocturno. El uroanálisis mostró hematuria macroscópica y la citología urinaria evidenció atipias sugerentes de carcinoma. La TAC abdomino-pélvica contrastada evidenció un defecto de llenado en relación al cáliz inferior de riñón izquierdo y plastrón ganglionar paraaórtico izquierdo. Se practicó nefroureterectomía radical izquierda evidenciando tumor de 3 x 3 x 1 cm en relación a pelvis renal extensiva a cáliz inferior invadiendo parénquima renal. El estudio histopatológico mostró un carcinoma urotelial papilar infiltrativo de alto grado con márgenes sin lesiones y ganglios linfáticos con metástasis. El paciente evoluciona satisfactoriamente durante el período postoperatorio y actualmente recibe terapia adyuvante. A pesar de ser una patología poco frecuente, puede presentarse y el urólogo debe estar en capacidad para poder enfrentarla.

Palabras clave: carcinoma urotelial, tracto urinario superior, adulto

UPPER URINARY TRACT UROTHELIAL CARCINOMA CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

ABSTRACT

Upper urinary tract urothelial carcinoma (UC) is infrequent and represents only 5%-10% of all UCs. These neoplasms grow from the urothelium of renal calyces to the distal third of the ureter. A case of UC of the upper urinary tract is reported in a 68-year-old male patient with a 3-month history of left lumbar mild to moderate pain, which partially mitigates with the use of NSAIDs associated with visible total predominantly nocturnal hematuria. Macroscopic hematuria was evident and urinary cytology reported carcinoma suggestive atypias. Contrasted CT of abdomen and pelvis showed filling defect in relation to lower calyx of the left kidney and left para-aortic ganglion plastron. Radical left nephroureterectomy was performed showing a 3 x 3 x 1 cm tumor in relation to the renal pelvis extending to the lower cavity and invading renal parenchyma. Histopathology showed high grade infiltrative papillary CU with margins without lesions and lymph nodes with metastasis. Patient evolves satisfactorily in the postoperative period and is currently in adjuvant therapy. Although this pathology is rare, it can occur and the urologist must be able to face it.

Keywords: urothelial carcinoma, upper urinary tract, adult

*Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda, Barquisimeto, Venezuela. correo electrónico del autor principal: marcialdaza@hotmail.com.

Recibido: 12/08/2019

Aceptado: 30/10/2019



Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional

INTRODUCCIÓN

El carcinoma urotelial (CU) del tracto urinario superior es infrecuente y representa solo del 5%-10% de todos los CU⁽¹⁾. Ellos pueden estar localizados en el tracto urinario bajo (uretra y vejiga) o en el superior (cavidades pielocaliciales y uréter). Estas neoplasias crecen a partir del urotelio de los cálices renales hasta el tercio distal del uréter. Presentan una incidencia anual en los países occidentales de casi dos casos por cada 100.000 habitantes. Este promedio ha ido en aumento en las últimas décadas trayendo como resultado la mejoría de la sobrevivencia por cáncer de vejiga⁽²⁾.

Existen factores de riesgo que contribuyen al desarrollo del CU tales como tabaquismo y exposición a carcinógenos. Histológicamente puede tener dos formas de presentación: bajo grado y alto grado. Con respecto al diagnóstico, la hematuria macroscópica está presente en el 70-80% de los casos. El dolor en flanco ocurre en aproximadamente 20% de los casos y la presencia de masa lumbar palpable en 10%. También pueden existir síntomas sistémicos como anorexia, pérdida de peso, fiebre, diaforesis o tos. Entre los exámenes paraclínicos a emplear se encuentra la Tomografía Computarizada (TC) contrastada de abdomen y pelvis, Resonancia Magnética (RM), ureteroscopia, citología urinaria, pielografía y ureterosopia⁽³⁾.

Existen factores pronósticos los cuales determinan promedio de sobrevivencia (PS) y sobrevivencia libre de cáncer (SLC) tales como la edad siendo que a mayor edad, menor probabilidad de SLC. En relación a la raza, los afroamericanos presentan peores resultados que otros grupos étnicos. El tabaquismo activo al momento del diagnóstico aumenta el riesgo de recurrencia y mortalidad posterior a la nefroureterectomía radical (NUR). Asimismo, la multifocalidad del tumor ha demostrado tener peor pronóstico que tumores confinados a la pelvis renal. La demora del tratamiento quirúrgico se encuentra relacionado con el aumento de probabilidad de progresión⁽⁴⁾.

Para determinar el tratamiento, debe dilucidarse si el CU es de bajo riesgo o alto riesgo. Los parámetros a tomar en cuenta son enfermedad única o multifocal, tamaño tumoral menor o mayor de 2 cm, hallazgo citológico de bajo o alto grado, biopsia en ureterosopia de bajo o alto grado, presencia de hidronefrosis, cistectomía radical previa por cáncer de vejiga y sin imagen de presencia invasiva en TC.

Una vez determinado si el CU es de bajo riesgo o alto riesgo, se decide el manejo de la enfermedad, el cual va desde cirugía preservadora de nefronas (CPN), ablación con laser a través de ureterosopia o vía percutánea al riñón, resecciones segmentarias del uréter y uso de agentes neoadyuvantes tópicos tales como la BCG o la mitomicina C. Hasta los momentos el tratamiento estándar para los CU de alto riesgo es la NUR. La NUR puede practicarse tanto por vía abierta, laparoscópica o robótica^(5,6).

Si la enfermedad al momento del diagnóstico está avanzada (presencia de metástasis) no existe ningún beneficio oncológico de practicar la NUR, a excepción de consideraciones paliativas. El paciente en estos casos debe ir a quimioterapia (QT) sistémica. El uso de la radioterapia (RDT) no es relevante tanto sola como en unión con la QT⁽⁷⁾.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 68 años de edad, quien presenta enfermedad actual de 3 meses de evolución caracterizada por dolor lumbar izquierdo, tipo cólico, de leve a moderada intensidad el cual atenúa parcialmente con el uso de AINES asociado a hematuria macroscópica total de predominio nocturno. Niega antecedentes personales de importancia. Refiere madre fallecida por CA (?). Al examen físico no se encontraron hallazgos de importancia. El uroanálisis revela hematuria macroscópica y la citología urinaria atípicas sugerentes de carcinoma. Los resultados de la cistoscopia fueron normales. LA TAC abdomino-pélvica contrastada muestra defecto de llenado en relación a cáliz inferior de riñón izquierdo, mayor a 2 cm, extensivo hasta pelvis

renal y presencia de plastrón ganglionar paraaórtico izquierdo (Figura 1).

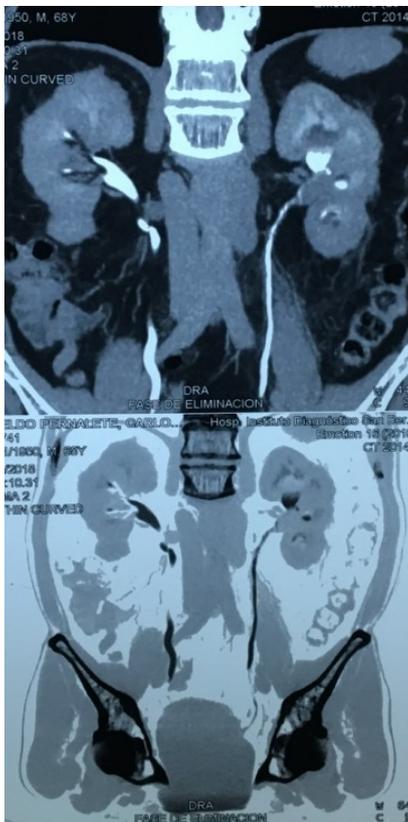


Figura 1. TAC abdomino-pélvica contrastada que evidencia defecto de llenado en relación a pelvis renal izquierda de 2 cm. Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda.

En vista de tales hallazgos, se clasifica al paciente en grupo de alto riesgo y se prepara para la realización de nefroureterectomía radical izquierda evidenciando un tumor de 3 x

3 x 1cm en relación a pelvis renal extensiva a cáliz inferior e invadiendo parénquima renal, además de múltiples adenopatías paraaórticas izquierdas, mayores a 2 cm, fijas, pétreas de color gris (figura 2).



Figura 2. Pieza quirúrgica. Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda.

El estudio histopatológico concluye un carcinoma urotelial papilar infiltrativo de alto grado (figura 3) el cual invade mas allá de la muscular hacia el parénquima renal con márgenes sin lesiones y ganglios linfáticos con metástasis del carcinoma urotelial.

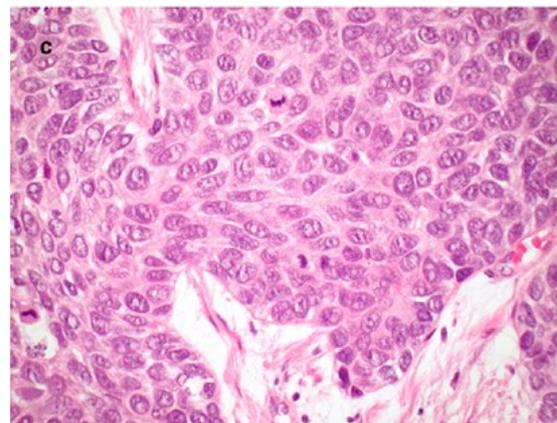


Figura 3. Carcinoma urotelial del tracto urinario superior de alto grado. Recuperado de Langner C, Hutterer G, Chromecki T, Winkelmayer I, Rehak P, Zigeuner R. Mod Pathol 2006; 19(2): 272-279.

El paciente evolucionó satisfactoriamente durante el período postoperatorio y actualmente se encuentra en terapia adyuvante con quimioterapia.

DISCUSIÓN

Entre el 90-95% de este tipo de tumor se encuentra en vejiga, sin embargo se presenta también en relación al tracto urinario superior. A pesar de que existen factores de riesgo definidos como el tabaquismo⁽⁸⁾, este caso de CU no estuvo relacionado con el mismo. En relación a los métodos diagnósticos, no se realizó ureteroscopia en vista de hallazgos citológicos positivos para enfermedad además de hallazgos tomográficos compatibles con CU. La conducta quirúrgica efectuada fue realizada en vista de clasificar para tal tratamiento, por ser de grupo de alto riesgo; donde el tratamiento estándar es la NUR.

Acorde a la clasificación TNM, se clasifica este caso como T3N2M0 lo cual pone en discusión la realización de la NUR, sin embargo muchas veces es posible terminar de realizar el estadiaje sólo a través de la escisión quirúrgica y con el diagnóstico histológico del espécimen. A pesar de ser poco frecuente esta patología, la misma puede presentarse y el urólogo debe estar en capacidad para enfrentarla.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Siegel R, *et al.* Cancer statistics, 2017. CA Cancer J Clin 2017; 66: 7.
2. Munoz J, *et al.* Upper tract urothelial neoplasms: incidence and survival during the last 2 decades. J Urol 2000; 164: 1523.
3. Roupret M. Upper Urinary Tract Urothelial Cell Carcinoma: EAU GUIDELINES. 2018.
4. Wein A, Kavoussi L, Partin A, Peters C. (2016). CAMPBELL – WALSH, UROLOGY. 11th Edition.
5. Peyronnet B, *et al.* Oncological Outcomes of Laparoscopic Nephroureterectomy versus Open Radical Nephroureterectomy for Upper Tract Urothelial Carcinoma: An European Association of Urology Guidelines Systematic Review. Eur Urol Focus 2019; 5(2): 205-223.
6. Shariat S, *et al.* Gender differences in radical nephroureterectomy for upper tract urothelial carcinoma. World J Urol 2011; 29: 481.
7. Cosentino M, *et al.* Upper urinary tract urothelial cell carcinoma: location as a predictive factor for concomitant bladder carcinoma. World J Urol 2013; 31: 141.
8. Crivelli J, *et al.* Effect of smoking on outcomes of urothelial carcinoma: a systematic review of the literature. Eur Urol 2014; 65: 742.