

COLESTEATOMA DE LA VIA URINARIA*

Dr. Rey, Horacio Manuel (relator)

Definición de la patología

El colesteatoma es un quiste tapizado por epitelio pavimentoso estratificado queratinizado, en el que la cavidad contiene láminas de queratina y no pocas veces cristales de colesterol. A diferencia de los colesteatomas verdaderos desarrollados a expensas de restos epiteliales aberrantes, tales los descritos en cerebro, tracto gastrointestinal, gónadas, especialmente epidídimo, mama, piel y ojos; los de la vía urinaria como los del oído medio, son consecutivos a procesos inflamatorios.

Este tumor benigno consistente, semiopaco a los rayos, pastoso, maleable, que se desmenuza como copos de cera seca, microscópicamente revela descamación celular, con las características láminas de queratina y cristales de colesterol, y es secundario a una metaplasia escamosa.

Etiología

El colesteatoma ha sido asociado a tuberculosis renal, infección urinaria, litiasis urinaria, hipovitaminosis "A", irradiación, esquistosomiasis, sífilis y obstrucción.

Diagnóstico

Clínico

Historia de litiasis renal, repetidos cuadros de infección urinaria, o de tuberculosis urinaria, síntomas inespecíficos, o correspondientes a la patología de base.

Radiológico

El urograma excretor mostrará defectos en la luz de la vía urinaria excretora, pequeños nódulos calcificados haciendo prosidencia en la luz de un cáliz o de la pelvis. En líneas generales, un urotelio anormal incluyendo pequeñas masas intraluminales, o imágenes en catáfila de cebolla con el material de contraste insinuándose entre los pequeños espacios que dejan las láminas de queratina. La pielografía ascendente contrastada y con aire no logra aclarar estas imágenes.

Ecografía

Aunque la ecografía ha demostrado sus excelencias en el diagnóstico de cálculos renales radiolúcidos e inclusive en algún caso de tumores de la vía excretora, fracasó en el caso del colesteatoma. La sombra acústica y la marcada ecogenidad asociada a litiasis estuvo, en nuestros casos, ausente debido posiblemente a que las partículas cálcicas dispersas dentro del colesteatoma y muy probablemente debido a su escaso tamaño, estaban por debajo del límite de resolución del método.

Tomografía axial computada

El uso de la TAC en la evaluación del colesteatoma no ha sido descrito. De todos modos se sabe que los defectos de alta atenuación en la vía excretora, o sea mayor a 50 unidades Hounsfield, se ve en cálculos de ácido úrico, mientras que los tumores uroepiteliales típicos están por debajo de las 30 unidades Hounsfield, y estos últimos se calcifican sólo excepcionalmente; por eso la demostración de densidades relativamente altas en la TAC (10 a 120 U.H.) dentro de una porción de la lesión sugiere que éste sea probablemente un proceso benigno, tal como un cálculo ligeramente calcificado (radiolúcido).

Las muy finas calcificaciones presentes en el colesteatoma sugieren que la TAC podrá ser de gran ayuda para su diagnóstico.

Conceptos anatomopatológicos

El colesteatoma del tracto urinario está referido a un bolo de queratina proveniente del epitelio estratificado metaplasiado. Hay publicados 28 casos de colesteatoma de la pelvis renal, sólo 9 casos incluyen al uréter, y un solo caso de colesteatoma ureteral puro. El parentesco patogénico entre la metaplasia escamosa, la leucoplasia, el carcinoma escamoso con el colesteatoma es confuso y muchas veces controvertido.

Ross y col. publicaron un caso de colesteatoma en un niño sin evidencia de alteración epitelial. Smith y col. no establecen diferencias significativas entre la leucoplasia y el colesteatoma y consideran que tienen similares manifestaciones a la metaplasia escamosa. Weitzner sostiene que el término leucoplasia debería reservarse como expresión de atipia del urotelio, ya que la leucoplasia es una lesión premaligna con 10 % de riesgo de cancerización y raramente el colesteatoma ha sido asociado a neoplasia alguna. Seguramente éste no es una lesión premaligna o con tendencia a serlo, dato a tener en cuenta con referencia al tratamiento. Pero el caso es que aún se debate si la metaplasia es un proceso fisiológico o patológico. La mayoría está de acuerdo con Mostofi, que cree que estas células tienen un gran potencial neoplásico en respuesta a múltiples estímulos, incluidos la irritación crónica o la infección. De allí que algunos autores consideran la obstrucción y la leucoplasia como requisito previo a la aparición del colesteatoma. Vemos entonces que hay alguna confusión en la literatura en cuanto a los términos y su significado de leucoplasia, metaplasia escamosa, displasia, etc.

Según Stanley L. Robbins la metaplasia es un cambio reversible en el cual una célula de tipo adulta es sustituida por otra célula también de tipo adulta, sea epitelial o mesenquimatosa.

La displasia, en cambio, es una alteración regresiva de células adultas que se manifiesta por variación de su volumen, forma y orientación. Como la metaplasia, se asocia con inflamación crónica e irritación prolongada. Difiere de la metaplasia por cuanto los cambios no se dirigen al desarrollo de otra célula adulta.

La leucoplasia es probablemente una lesión premaligna, y esto no es así para el colesteatoma y para algunas formas de metaplasia escamosa. Doly afirma que la aparición de una metaplasia escamosa sin atipia celular o displasia alguna puede considerarse como no maligna. La literatura mundial no recoge ningún caso de células escamosas metaplasias con atipia celular en pacientes con colesteatoma diagnosticado, recordando que la metaplasia escamosa es el reemplazo del epitelio normal transicional por epitelio escamoso que podrá o no producir queratina. La metaplasia escamosa no complicada no presenta atipia celular alguna, y de aparecer ésta merecerá ser denominada como metaplasia escamosa con cambios displásicos, de diagnóstico menos favorable.

El término leucoplasia no tiene significado histológico, pero hace referencia a una mancha blanca que aparece en la superficie de la mucosa o piel, original definición que tal vez no debemos modificar.

* Los seis primeros casos fueron estudiados y tratados en el Centre Médico Chirurgical de la Porte de Choisy (París), Departamento de Urología, cuyo jefe es el Prof. Jean Marie Brisset, y los exámenes anatomopatológicos pertenecen a la Dra. Joelle André.

Concretamente el colesteatoma de la vía urinaria no es más que un quiste con masas de queratina que pueden liberarse a la luz de la vía excretora, y que no se ven sino a partir de una metaplasia escamosa.

Clinica

No presenta sintomatología específica, sino la de la infección urinaria, o de la litiasis urinaria.

La aparición en orina de material cornificado o láminas de queratina orientan el diagnóstico, recordando que éstas también pueden aparecer en pacientes sometidos a tratamiento estrogénico.

Tratamiento

Quirúrgico en general, retirando las masas queratinizadas, sin necesidad de cirugía radical, dada la ausencia de malignidad y su baja recurrencia.

Profilaxis

Actuar sobre el factor obstructivo si lo hubiera en cualquier punto de la vía excretora. Control de la infección urinaria. Vitaminoterapia "A".

Se estudiaron 8 pacientes cuyo diagnóstico y tratamiento es el siguiente:

- 1) Riñón mastoc izquierdo. Estenosis de la unión uretero-piélica y retracción de la pelvis del riñón derecho. El tratamiento consistió en nefrectomía izquierda y plástica de la unión derecha. La A. patológica informa: metaplasia malpighiana con queratinización del epitelio uretral.
- 2) Riñón derecho destruido por tuberculosis. La A. patológica informa: tuberculosis a la vez caseosa y folicular, todavía evolutiva, asociada a una pieloureteritis tuberculosa y un pequeño quiste epidermoide que corresponde a una metaplasia escamosa que tapiza la mucosa del cáliz excluido.
- 3) Imagen lacunar del cáliz inferior del riñón izquierdo. Luego de la pielolitomía se retiran del cáliz inferior pseudocálculos blandos que A. patológica identifica como bolas de queratina y calcio. El epitelio del cáliz inferior presenta una metaplasia malpighiana de todo el urotelio con intensa descamación queratósica, pseudo-

tumoral y que histológicamente se identifica como un quiste epidermoide.

- 4) Estenosis de la unión pieloureteral y litiasis renal. Resección de la unión pieloureteral cuyo informe anatomopatológico es el de placas de metaplasia malpighiana, incluso con maduración queratósica que dejan escapar gruesas láminas de queratina. El cálculo estaba compuesto por oxalato, fosfato y calcio.
- 5) Estenosis de la unión pieloureteral y litiasis renal. La A. patológica de la unión muestra una mucosa metaplásica malpighiana, con intensa maduración queratósica, formando espesas escamas que se adhieren a la pared. El cálculo era de oxalato cálcico-magnésico.
- 6) Litiasis coraliforme bilateral. Se le realizó nefrolitotomía izquierda. A los 2 meses, nefrolitotomía derecha que termina en nefrectomía por hemorragia a los 14 días de posoperatorio. La A. patológica del riñón derecho indica pielonefritis focal, sin atrofia parenquimatosa, asociada a lesiones inflamatorias y metaplásicas no específicas, algunas con diferenciación queratósica.
- 7) Múltiples imágenes litiásicas renales derechas simulando litiasis biliar. Pielolitomía retirando pseudocálculos. La A. patológica informa acúmulos queratósicos con concreto contenido cálcico.
- 8) Imagen lacunar del cáliz inferior renal derecho.

*La pieza de nefrectomía polar inferior fue de mucosa metaplasiada malpighiana y los pseudocálculos eran acúmulos queratósicos.

Conclusión

Del estudio de los pacientes registrados surge la íntima relación entre el colesteatoma y la infección urinaria y la litiasis. La falta de diagnóstico de colesteatoma a pesar de los medios complejos utilizados.

La noción anatomopatológica más que clínica de esta entidad. Sólo el hallazgo de epitelio escamoso o pequeñas colecciones de láminas de queratina halladas en la orina pueden acercar el diagnóstico.

Su nula malignidad y su baja tendencia a la recidiva (6 a 11 años) nos harán adoptar una conducta quirúrgica poco agresiva, es decir conservadora.

Bibliografía

1. Fievez, M.; Janssens, A.; Duvivier, E.: "Cholesteatome des voies pyélo-calicielles". *Ann. Urol.*, 15, 6. 379-381, 1981.
2. Taguchi, Y.; Kotha, V.; Tomka, B., y Seemayer, T.: "Conserving nephrons in cholesteatome". *J. of Urol.*, vol. 123 nº 2, febrero 1980.
3. Wills, John S.; Pollack, Howard M., y Curtis, John A.: "Cholesteatome of the upper urinary tract". *A. J. R. (American Roentgen Ray Society)*, 136:941-944, mayo 1981.