**ADENOCARCINOMA DE LA PELVIS RENAL****RENAL PELVIC ADENOCARCINOMA**

Prof. Dr. Solís, W. A.

RESUMEN: *Se lleva a cabo una revisión de los 46 casos informados en la literatura como adenocarcinomas primarios asentados en la pelvis renal.*

Se presentan 3 nuevos casos estudiados, de este infrecuente tumor.

Su patogenia puede estar relacionada con procesos previos de metaplasia columnar o de pielitis quística.

Clínicamente no suelen ser diagnosticados, y la mayor parte de los casos se operan con el diagnóstico de litiasis renal o pielonefritis.

La supervivencia sólo alcanza hasta pocos meses después de la operación.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 60, Nº 2, Pág. 94, 1995)

Palabras clave: Neoplasma de pelvis renal; Adenocarcinoma; Tratamiento.

SUMMARY: *A revision of 46 cases reported in the literature as primary adenocarcinomas, situated in the renal pelvis was carried out.*

Three new cases studied, of the uncommon tumour.

Its pathogeny may be related to previous processes of dorsal spine metaplasia or cystic pyelitis.

Generally, these are not clinically diagnosed, and most of the cases are operated as renal calculi or pyelonephritis.

After the operation, the patients survived only a few months.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 60, Nº 2, Pág. 94, 1995)

Key words: Renal pelvic neoplasm; Adenocarcinoma; Treatment.

INTRODUCCION

El epitelio de la pelvis renal, al igual que el de los cálices y del uréter, se origina del *ductus* mesonéfrico y tiene las características microscópicas de un epitelio estratificado especial, comúnmente conocido como epitelio transicional.

Los tumores malignos más frecuentes de la pelvis renal son los que se originan a expensas de su mucosa e

Cátedra de Clínica Génito-Urinaria
Facultad de Medicina U.N.N.E.

Prof. Dr. Walter Abelardo Solís
25 de Mayo 727, 3º "A"
(3400) Corrientes - Argentina

Aceptado para su publicación en diciembre de 1994

SAU

histológicamente son carcinomas de tipo transicional, con grados variables de diferenciación^(2,3,7,8,9,15,16,17).

Los tumores malignos originados en la pelvis renal, con caracteres de adenocarcinoma son poco frecuentes; se han informado 46 casos en la literatura mundial.

El primer caso de adenocarcinoma puro publicado fue el de *Paschkis* en 1909.

Posteriormente *Plaut* en 1929, describe clínicamente la variedad mucosecretora.

MATERIAL Y METODOS

Por la rareza del adenocarcinoma originado en la pelvis renal, he creído de interés la publicación de 3 casos atendidos.

Caso 1 (presentado en el Congreso Argentino de Urología, Buenos Aires, 1973)⁽¹⁸⁾:

• Varón de 56 años de edad, que consulta por cólicos nefríticos derechos. Hace un año hematurias francas, en ocasiones con coágulos.

Análisis: No anemia. VSG: 94/120. Urocultivo positivo para *E. coli*.

Pielografía descendente: Riñón derecho con formaciones calcúlosas en pelvis. Ectasia pielocalicilar (Foto 1).

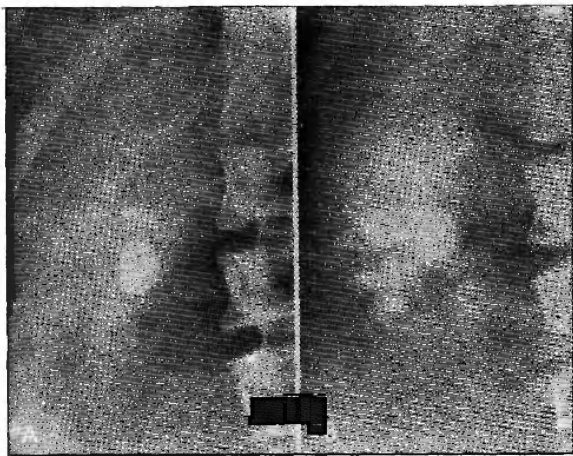


Foto 1. Caso 1; Urográfico excretor; Litiasis en pelvis renal derecha. Ectasia pielocalicilar.

Tratamiento: Con el diagnóstico de litiasis se decide intervención quirúrgica. La pelvis está distendida. Se efectúa amplia pielotomía extrayendo un cálculo liso, y varias pequeñas concreciones. En la cara anterior de la pelvis se observa una tumoración aframbuesada, sangrante y que infiltraba la pared piélica.

Se practica nefroureterectomía.

Anatomía patológica: Adenocarcinoma papilífero de pelvis renal derecha.

Evolución: Fallece a los 2 años de la operación con desmejoramiento del estado general y con intensos dolores en la región lumbar derecha.

Caso 2: • Varón de 60 años de edad, sin antecedentes patológicos. Consulta por presentar desde hace 6 meses, astenia, dolor lumbar izquierdo y aumento de la frecuencia miccional. No hematurias.

Análisis: VSG 118/126. No anemia. Urocultivo positivo a *Klebsiella*.

Pielografía descendente: Gran cálculo coraliforme en riñón izquierdo con exclusión funcional. Riñón derecho normal (Foto 2).



Foto 2. Caso 2; Pielografía descendente; Litiasis coraliforme en riñón izquierdo. Exclusión funcional.

Tratamiento: Se practica nefrectomía izquierda laboriosa por las intensas adherencias perirrenales existentes.

Anatomía patológica: Macroscopia: riñón izquierdo de 300 g de superficie externa abollonada. Descapsulación fácil. Al corte, el parénquima está reducido a una fina franja periférica de 0,7 cm de grosor máximo. Dilatación pielocalicilar generalizada con material purulento. Extraído el cálculo coraliforme, se observa en la pared anterior de la pelvis renal, masa blanquecina y friable (Foto 3).

Microscopia: Adenocarcinoma mucosecretor puro de pelvis renal izquierda (P.A.S. positivo y azul-Alcian positivo), con infiltración parietal y linfática periureteral (Foto 4).

Evolución: Fallece a los 4 meses por cuadro séptico.



Foto 3. Caso 2: Corte transversal del riñón izquierdo excluido. Litiasis coraliforme. Pelvis renal ocupada por tumoración blanquecina y friable.

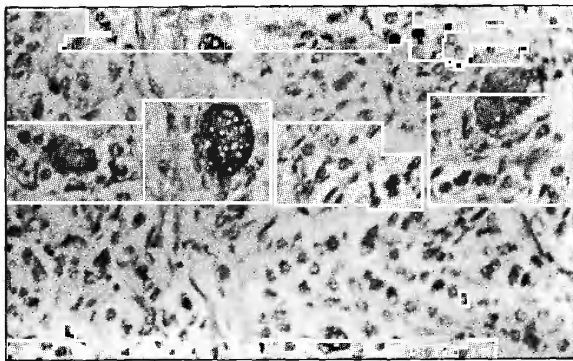


Foto 4. Caso 2: Adenocarcinoma con mucosecreción. Azul-Alcian (160x).

Caso 3: • Varón de 72 años de edad, que consulta por hematuria total con coágulos. Dolor lumbar izquierdo.

Análisis: Hematíes 3.900.000. VSG: 60/92.

Pielografía descendente. Tomografía lineal renal: Tumoración de pelvis renal que infiltra cáliz superior y parénquima renal (Fotos 5 y 6).



Foto 5. Caso 3: Pielografía descendente: Tumoración de pelvis renal izquierda que infiltra cáliz superior y parénquima renal.



Foto 6. Caso 3: Tomografía lineal renal izquierda. Tumor de pelvis renal infiltrante.

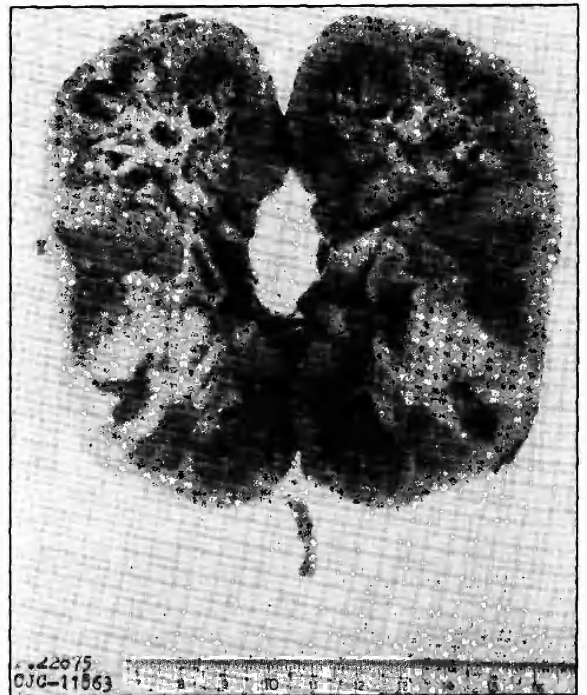


Foto 7. Caso 3: Carcinoma transicional pielocalicilar con áreas de adenocarcinoma, con infiltración del parénquima.

Tratamiento: Se practica nefroureterectomía izquierda.

Anatomía patológica: Macroscopia: riñón izquierdo de 162 g. Superficie externa normal.

Al corte, la pelvis y cáliz superior contiguo están ocupados por una formación papilar, blanca y friable que hace protrusión hacia la luz calicilar y piélica (Foto 7).

Microscopia: Carcinoma transicional de pelvis y cáliz superior izquierdo con extensas áreas de adenocarcinoma mucosecretor (Foto 8).

Evolución: Fallece a los 2 años.

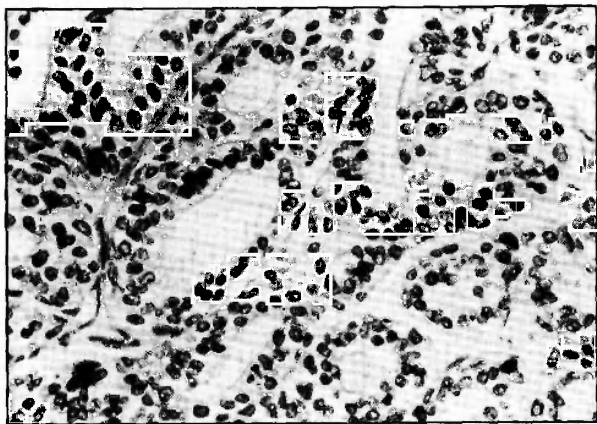


Foto 8. Caso 3: Zona de metaplasia del carcinoma transicional hacia adenocarcinoma.

DISCUSION

En circunstancias anómalas, generalmente a consecuencia de procesos irritativos crónicos, el urotelio normal puede transformarse y ser asiento de procesos proliferativos o cambios de metaplasia⁽²²⁾.

Aunque la etiología verdadera de estos procesos no está completamente aclarada, se cree que los fenómenos causales más frecuentes de estos cambios, en la mucosa de la pelvis renal, suelen ser infecciones bacterianas crónicas, uropatías obstructivas, litiasis renal, avitaminosis A y quizás algunos agentes carcinogénicos específicos.

Los procesos proliferativos pueden ser de tipo exofítico (pielitis glandular o folicular) o de tipo penetrante en lámina propia (pielitis quística y glandular)^(4, 6, 10, 12).

Los cambios metaplásicos a nivel de la mucosa de la pelvis renal, pueden ser de tipo escamoso o su conversión en un epitelio columnar; en estos casos inicialmente el epitelio es transicional, pero a causa de las infecciones repetidas se desarrolla extensa metaplasia escamosa o glandular.

En los casos de metaplasia glandular, el epitelio es de tipo columnar y contiene células caliciformes; este epitelio, creciendo en profundidad, puede formar tubos glandulares con células secretoras de moco, asemejándose a glándula de tipo entérico.

No tan rara es la asociación de pequeñas áreas de diferenciación glandular o escamosa en carcinoma de epitelio transicional de la pelvis renal^(18, 22).

La patogenia de los adenocarcinomas de la pelvis renal no está aclarada.

Para algunos autores podría estar fundamentada en la transformación maligna de una pielitis glandular y para otros, en la evolución maligna de una metaplasia mucosecretora.

Otra explicación menos probable acerca de la patogenia de los adenocarcinomas de las vías urinarias sería a partir de los restos embrionarios, ya que tanto el trayecto urinario como el intestino tienen en ciertos aspectos orígenes embrionarios comunes^(11, 19, 20).

En la literatura mundial (exceptuando algunos casos de China y Japón no recopilados por las dificultades idiomáticas) existen 46 casos de adenocarcinoma pielocalicilar^(1, 5, 11, 13, 14, 18, 21).

De los 46 casos publicados, el 79% son adenocarcinomas puros. El 14% está constituido por adenocarcinomas con zonas de diferenciación hacia carcinoma escamoso o de metaplasia escamosa atípica. El 7% restante son adenocarcinomas con extensas áreas de carcinoma transicional.

A pesar de los distintos patrones microscópicos mencionados, las características clínico-evolutivas de los 3 grupos realizados son similares. Analizándolos conjuntamente se pueden observar las siguientes peculiaridades:

- Hay distribución similar entre los hombres y las mujeres.
 - Las edades de los pacientes oscilan entre los 38 y 87 años de edad (promedio 57 años).
 - El tumor afecta indistintamente tanto al riñón derecho como al izquierdo.
 - Existe litiasis pielocalicilar en 28 casos (60%). El diagnóstico clínico más frecuente es el de litiasis renal, pielonefritis, hematuria y exclusión funcional renal.
 - Se han evidenciado metástasis en 18 casos (40%). Los órganos más afectados por orden de frecuencia son: pulmón, hígado y ganglios.
- Asimismo existen 2 casos con metástasis subcutáneas localizadas en la zona de incisión quirúrgica.
- La evolución seguida por estos casos es generalmente fatal. Los pacientes han fallecido con un máximo de 10 años y un mínimo de una muerte post-operatoria, siendo el promedio de supervivencia de 18,16 meses.

CONCLUSIONES

1. El adenocarcinoma pielocalicilar es una entidad rara, de la que sólo existen 46 casos publicados.

2. El mecanismo patogénico no está aclarado, aunque se invocan posibles cambios de metaplasia columnar o pielitis quística e incluso restos embrionarios con transformación neoplásica.

3. Dentro del grupo de adenocarcinomas pielocalicilares, podemos distinguir 3 subgrupos (histológicos): los adenocarcinomas puros, los adenocarcinomas con áreas de carcinoma escamoso y los carcinomas transicionales con áreas de adenocarcinoma.

4. Estos distintos grupos morfológicos no muestran verdaderas diferencias clínico-evolutivas.

Cabe destacar el mal pronóstico de dichos tumores en todos los casos publicados.

5. Los 3 casos que se aportan a la literatura, presentan características morfológicas y clínicas superponibles a los casos previamente informados.

6. La composición del cálculo, dato que se desconoce en el resto de los casos publicados en la literatura, no aporta ningún nuevo conocimiento, dada la frecuencia de los componentes hallados.

BIBLIOGRAFIA

1. Ashley, D. J. B. y Hickey, B. B.: "Adenocarcinoma of the renal pelvis". *British J. Urol.*, 36:309-312, 1964.
2. Bonorat, F.; Lovaco, F. y Berenguer, A.: "Consideraciones diagnósticas en los tumores del urotelio superior". *Actas Urol. Esp.*, Vol. VII, 6:455-458, 1983.
3. Boronat, F.; Mayayo, T. y Verdú, F.: "Aportación de la ultrasonografía al diagnóstico diferencial de las imágenes lacunares pielocalicilares". *Actas Urol. Esp.*, Vol. VIII, 1:75-78, 1984.
4. Chait, A.; Caeiro, E. y Goyanes, M.: "Tumores del riñón y del urotelio superior (nuestra experiencia)". *Actas 3ras. Jorn. Conf. Arg. de Urol.*, 125-132, 1969.
5. Droller, M. J.: "Transitional cell cancer: upper tracts and bladder". In *Campbell's Urology*, 5ta. Ed. Philadelphia Saunders, 1343-1440, 1986.
6. Ercole, R.; Bilesio, A. y Valdez Tietjen, F.: "Tumores de la vía excretora superior. Nuestra experiencia". *Actas 3ras. Jorn. Conf. Arg. Urol.*, 142-151, 1969.
7. Escudero Barrilero, A.; Tallada Buñel, M.; Avellaneda Fontanella, J. A. y Mayayo Dehesa, T.: "Tumores del urotelio superior". *Actas Urol. Esp.*, 1:189-194, 1977.
8. Extramiana Cameno, J.; De la Rosa, F.; Calahorra, F. J.; Parra, J. L.; Fraile, B.; Díaz González, R.; Leiva, O. y Borobia, V.: "Carcinoma de pelvis renal". *Actas Urol. Esp.*, Vol. XI, 1:29-36, 1987.
9. Gil Salom, M.; Ibor Pica, J. F.; García Sisamon, F.; Chuan Nuez, P.; Sánchez Fernández, C.; Morell Quadreny, L. y Carretero González, P.: "Tumores del urotelio superior. Estudio retrospectivo". *Actas Urol. Esp.*, Vol. XII, 5:432-438, 1988.
10. Huffman, J. L., Bagley, D. H.; Lyon, E. S.; Morse, M. J.; Herr, H. W. y Whitmore, W. F.: "Endoscopic diagnosis and treatment of upper tract urothelial tumors". *Cancer*, 55:1422-1428, 1985.
11. Kakizol, T.; Fujita, J.; Murase, T.; Matsumoto, K. y Kishi, K.: "Transitional cell carcinoma of the bladder in patients with renal pelvic and ureteral cancer". *J. Urol.*, 124:17-19, 1980.
12. Lancina Martín, J. A.; Gómez Veiga, F.; García Buitron, J. M.; González Martín, M.: "Tumores del urotelio del tracto urinario superior". *Actas Urol. Esp.*, 9:403-408, 1985.
13. López, R.; Alpuche, E. y Maldonado, M. E.: "Adenocarcinoma primario mucosecretor de la pelvis renal". *Rev. Mex. Urol.*, 23:301-307, 1964.
14. Llopis, B.; Perales, J. L.; Guillen, M. y Tramoyers, A.: "Carcinoma del urotelio superior. Aportación de 28 casos". *Arch. Esp. de Urol.*, 33:539-558, 1980.
15. Pérez Castro Ellendt, E. y Martínez Piñeyro, J. A.: "La ureterorenoscopia transuretral. Pasado, presente y futuro". *Arch. Esp. de Urol.*, 37:725-740, 1984.
16. Pomar, P.; Lecumberri, F. J., Berián, J. M. y Zudaire, J. J.: "Estudio diferencial de imágenes lacunares piélicas con T.A.C.". *Actas Urol. Esp.*, Vol. IV, 3:123-126, 1980.
17. Salsona Narbón, E.; Monros Lliso, J. L.; Rico Torrent, J. V.; Mazcuñan Fuentes, F.; Casanova, R.; Borja, J. e Iborra, J. I.: "Cirugía conservadora de los tumores del tracto superior. Estudio prospectivo". *Actas Urol. Esp.*, Vol. XII, 5-9, 1988.
18. Solís, W. y Billordo Pérez, C.: "Adenocarcinoma papilífero de pelvis renal". *Actas Cong. Arg. de Urol.*, 21-22, 1973.
19. Solís, W.: "Tumores del Urotelio Superior". *Rev. Progrès en Urologie*, Vol. 1, N° 4, 67-69, 1991.
20. Steffens, J. y Nagel, R.: "Tumours of the pelvis renal and ureter. Observations in 170 patients". *Brit. J. of Urol.*, 61:277-283, 1988.
21. Turrizani, M.; Grampaolo, M. A.; Leoni, L.; Iaquone, M. y Pinelli, L.: "Tumori delle vie escretive. Contributo clinico-casuistico". *Acta Urol. Italica*, 1:39-43, 1992.
22. Ward, A. M.: "Glandular neoplasia within the urinary tract. The aetiology of adenocarcinoma the urothelium with a review of the literature". *Virchows Arch. Path. Anat.*, 352: 296-311, 1971.

ISONITYN

2 mg
5 mg

TERAZOSIN CLH

PARA UNA RAPIDA Y COMPLETA RECUPERACION FUNCIONAL EN

HPB

*Rápida Mejoría en la
Sintomatología Irritativa
y Obstrucciona.*

*No Interfiere en el Equilibrio
Hormonal.*

*Cómoda Dosificación de
1 Comprimido al Día.*



ABBOTT

ABBOTT LABORATORIES ARGENTINA S.A.
DIVISION PRODUCTOS FARMACEUTICOS

ONCOTAXINA 20

E X P E R I E N C I A Y A L T A
C O N F I A B I L I D A D E N
L A Q U I M I O T E R A P I A
I N T R A V E S I C A L



Area
Oncológica



RONTAG