

Pseudotumor inflamatorio renal *Reporte de un caso*

Renal inflammatory pseudotumor *Case report*

Dres. Salirrosas, M.;

Del Ré, N.;

Rozanec, J.;

Nolazco, A.

INTRODUCCIÓN

El pseudotumor inflamatorio o también llamado tumor miofibroblástico, es un tumor benigno, inusual, de etiología desconocida. Representa una lesión inflamatoria inespecífica y ha sido descrito en diversos órganos, siendo su localización en el tracto urinario la menos frecuente, pudiendo ser muy difícil su diagnóstico diferencial con el cáncer de riñón. Esta entidad también ha sido descrita con otros términos como tumor miofibroblástico atípico,¹ tumor fibromixoide atípico,² granuloma de células plasmáticas,³ proliferación pseudosarcomatosa miofibroblástica⁴ y fascitis nodular.⁵

Nosotros reportamos un caso destacando su dificultad diagnóstica.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 53 años con antecedentes de hipertensión arterial, hernia hiatal, accidente cerebrovascular isquémico, ex tabaquista y apendicectomizado. Se presenta a la consulta con síndrome febril de 20 días de evolución, de naturaleza vespertina, con registros de 38°C. El examen físico no demostró alteraciones patológicas. El laboratorio presentaba un hematocrito de 37%, recuento de glóbulos blancos 12.600 por mm³, velocidad de eritrosedimentación 114 mm la 1ra. hora, urea 76 mg/dl, fosfatasa alcalina 317 mU/ml, PSA 0,94 ng/ml, orina completa normal, hemocultivo y urocultivo negativos. La ecografía abdominal reveló una masa hipoecoica de 86 mm de diámetro que deformaba el borde externo del riñón izquierdo (Figura 1). La tomografía axial computada demostró una formación que reemplazaba el polo inferior renal izquierdo, de 85

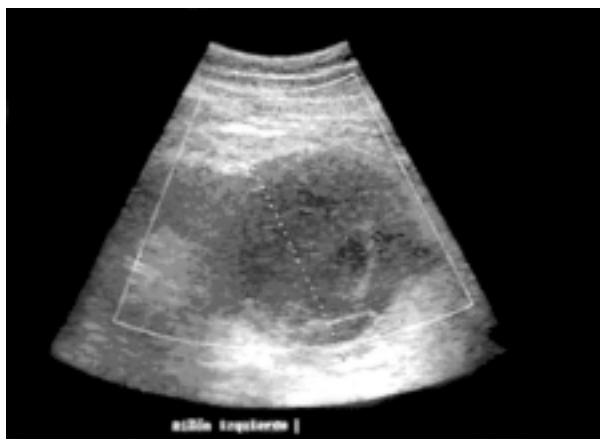


Figura 1. Ecografía renal. Masa hipoecoica que deforma el borde externo del riñón izquierdo.

Servicio de Urología.
Hospital Británico.
Buenos Aires. Argentina

Salirrosas Michael
Perdriel 74 CP 1280
Teléfono 43096400
michaelsalirrosas@hotmail.com



Figura 2. TAC de Abdomen : Masa renal izquierda con engrosamiento de su pared y centro hipocoico con compromiso de la grasa perirrenal y engrosamiento de la fascia perirrenal anterior y lateral.

mm de diámetro máximo, con pared gruesa y regular de centro hipodenso con compromiso de la grasa perirrenal y marcado engrosamiento de la fascia perirrenal anterior y lateral. Este estudio no reveló adenopatías retroperitoneales (Figura 2). La radiografía de tórax y el centellograma óseo fueron normales.

El paciente es intervenido quirúrgicamente con la sospecha de una lesión primitiva renal. El abordaje efectuado fue anterior, incisión subcostal izquierda, encontrando en el intraoperatorio una masa duro pétrea que contacta con mesocolon izquierdo y 3ra. porción de duodeno. Se realizó una nefrectomía radical más hemicolectomía izquierda (Figura 3) con anastomosis término-terminal. Se efectuó una biopsia por congelación de adenopatía lateroaórtico que se informó como negativo para neoplasia.

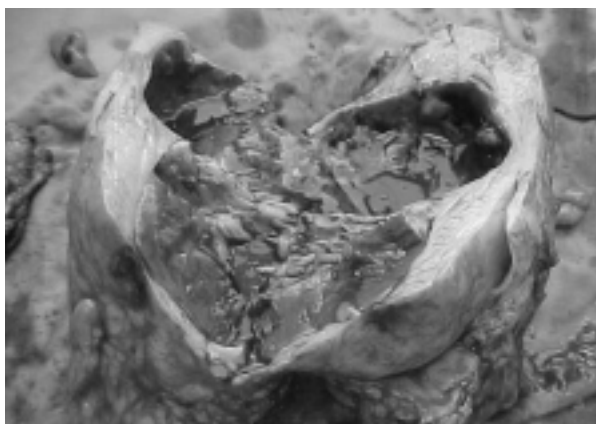


Figura 4. Formación tumoral en polo inferior renal que presenta cavitación central.



Figura 3. Formación tumoral renal que compromete el colon izquierdo.

El informe anatomopatológico reveló pieza de nefrectomía de 18 x 14 x 12 cm con formación tumoral amarillenta pardusca de bordes indefinidos que compromete la grasa perirrenal, el mesocolon y la pared colónica. El tumor desplaza la pelvis renal con cavitación central (Figura 4). El examen microscópico demostró proliferación de células ahusadas con escasa atipia nuclear y aisladas mitosis acompañadas de numerosos linfocitos, plasmocitos, polimorfonucleares, eosinófilos y mastocitos (Figura 5). El tumor infiltra el tejido adiposo y la cápsula renal sin compromiso parenquimatoso (Figura 6). La inmunomarcación con anticuerpos monoclonales estuvo presente para actina, vimentina y CD 68, resultando negativa para citoqueratina AE1, AE3, CD 34 y HMB. El diagnóstico definitivo informó pseudotumor inflamatorio.

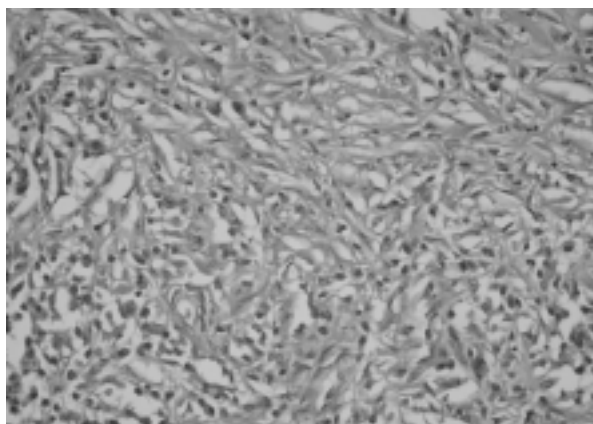


Figura 5. Proliferación de células miofibroblásticas.

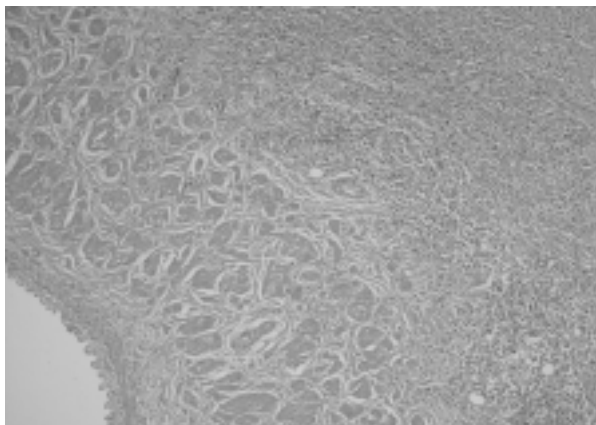


Figura 6. Invasión del colon por células miofibroblásticas.

DISCUSIÓN

El pseudotumor inflamatorio es una enfermedad rara, de etiología desconocida. El órgano más frecuentemente afectado es el pulmón, aunque existe una gran variedad de localizaciones extrapulmonares.⁵ El tracto genitourinario, la vejiga y la próstata son los sitios más comúnmente comprometidos, mientras la localización renal es más rara.⁶

La forma de presentación es muy inespecífica pudiendo presentar masa renal, lumbalgia, hematuria, infección urinaria,⁷ falla renal⁸ y fiebre como en nuestro caso.

Es una enfermedad que ocurre en hombres jóvenes, con una media de 35 años.^{5,9,10} Los estudios por imágenes no permiten realizar diagnóstico diferencial con el carcinoma de células renales, lo que constituye un problema preoperatorio importante.

Generalmente manifiestan un comportamiento benigno, aunque existen reportados recurrencia local y metástasis.¹¹ De igual forma es importante destacar que el comportamiento inflamatorio puede ser localmente invasor de órganos vecinos, como en nuestro caso.

La característica histológica del pseudotumor inflamatorio es una proliferación miofibroblástica de células ahusadas e infiltración inflamatoria de células plasmáticas, linfocitos, neutrófilos y eosinófilos. La atipia citológica es mínima o leve y la necrosis sólo se encuentra en la superficie ulcerada.

Los test inmunohistoquímicos revelan que las células se marcan fuertemente para vimentina y varios marcadores musculares, incluyendo actina y desmina. No

es común la marcación con citokeratina y antígeno epitelial de membrana (EMA) y son negativos para mioglobina y proteína S-100. En el diagnóstico diferencial debe descartarse el tumor fibroso solitario, el fibrohistiocitoma, el leiomioma, el fibrosarcoma, el carcinoma sarcomatoide y el angiomiolipoma.¹²

Existen en la literatura casos reportados con respuesta favorable al tratamiento médico basado en corticosteroides;^{8,13} sin embargo, la dificultad en el diagnóstico preoperatorio de esta patología que incluye la presencia de un carcinoma renal inclina a realizar un tratamiento quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Forrest JB, King GS, Pittman GR.: An atypical myofibroblastic tumor of the bladder resembling a sarcoma. *J Okla State Med Assoc* 81: 222, 1988.
2. Gousset JF, Coindre JM, Merlio JP y col.: An adult atypical fibromixoid tumor of the urinary bladder. *Tumori* 75: 79, 1989.
3. Jufe R, Molinolo AA, Feffer SA, y col.: Plasma cell granuloma of the bladder: a case report. *J Urol* 131: 1175, 1984.
4. Alborez Saavedra J, Manivel JC, Essenreid H, y col. Pseudosarcomatous myofibroblastic proliferations in the urinary bladder of children. *Cancer* 66: 1234, 1990.
5. Coffin CM, Watterson J, Priest JR, y col.: Extrapulmonary inflammatory pseudotumor). *Am J Surg Pathol* 19: 859-872, 1995.
6. Coffin CM, Dehner LP, Meis Kindblom IM.: Inflammatory myofibroblastic tumor, inflammatory fibrosarcoma and related lesions: an historical review with differential diagnostic considerations. *Semin Diagn Pathol*, 15: 102-110, 1998.
7. Tazi K, Ehrichiou A, Karmounit T., y col.: Les pseudotumeurs inflammatoires du rein: à propos d'un cas. *Ann. Urol.* 35: 30-33, 2001.
8. Williams ME, Longmaid E, Trey G, y col.: Renal failure resulting from infiltration by inflammatory myofibroblastic tumor responsive to corticosteroid therapy. *American Journal of Kidney Diseases* 31, No 6, 1-5, 1998.
9. Claudon M, Lemaitre L., Aymard B, y col.: Tumeur a composante graisseuse du rein: conduite diagnostique et thérapeutique. *Rev. Im. Med.*, 4: 183-198, 1992.
10. Vieillefond A., De Pinieux G. y col.: Variantes anatomopathologiques des tumeurs du rein. *Cahiers d'oncol.*, 1: 23-28, 1998.
11. Donner LR, Trompler RA, Withe RR.: Progression of inflammatory myofibroblastic tumor of soft tissue into sarcoma after several recurrences. *Human Pathol.* 27: 1095-1098, 1996.
12. Jones E, Clement P, Young R.: Inflammatory pseudotumor of the urinary bladder: a clinicopathological, immunohistochemical, ultrastructural, and flow cytometric study of 13 cases.