

UROLOGÍA

CARCINOMA IN SITU DE CELULAS TRANSICIONALES DE PELVIS RENAL Y URETERO SUPERIOR

(Reporte del primer caso diagnosticado en Servicio de Urología del Hospital San Juan de Dios.)

Claudio Orlich Castelán *

SUMMARY

We herein report our first case diagnosed at the HSJD with transitional cell ca in situ of the upper urinary tracts, pelvis and upper ureter in a 71 years old man that presented with gross hematuria and positive urinary cytologies.

Correspondencia

Dr. Claudio Orlich Castelán.

corlich@raesa.co.cr

Apdo 8040 -1000, San José, C.R.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de carcinoma in situ de la pelvis y uretero superior se hace en el análisis patológico de la pieza quirúrgica y es muy difícil de hacerse preoperatoriamente. La citología de orina es positiva y ayuda a sospechar este diagnóstico en

ausencia de tumor transicional papilar o invasor evidente. El ca in situ precede a la enfermedad invasiva de carcinoma de células transicionales, la que se diagnostica subsecuente mente en estos pacientes con el TAC. Se recomienda el tratamiento con instilaciones retrógradas de BCG para prevenir la progresión a estadio invasor.

REPORTE DEL CASO

Se reporta el caso de Hernán González Paniagua, expediente 102940189. Este es un paciente de 71 años visto en marzo del 2004 en la Consulta Externa de Urología del HSJD. Con antecedente de hipertensión

arterial tratada con enalapril y con historia de hematuria macroscópica indolora de un mes de evolución.

Con un examen físico negativo, un pielograma con un defecto de llenado en la pelvis renal izquierda, tres citología de orina positivas por ca in situ de CT, un ultrasonido con una lesión mixta en el polo inferior del riñón izquierdo compatible con quiste hemorrágico y sospechoso por malignidad, un TAC que reportó una lesión sospechosa en el tercio inferior con una posible vegetación que protruye en el caliz inferior sospechosa de malignidad y con una cistoscopia preoperatorio que no

* Servicio de Urología. Hospital San Juan de Dios, San José, Costa Rica.

Abreviaturas:

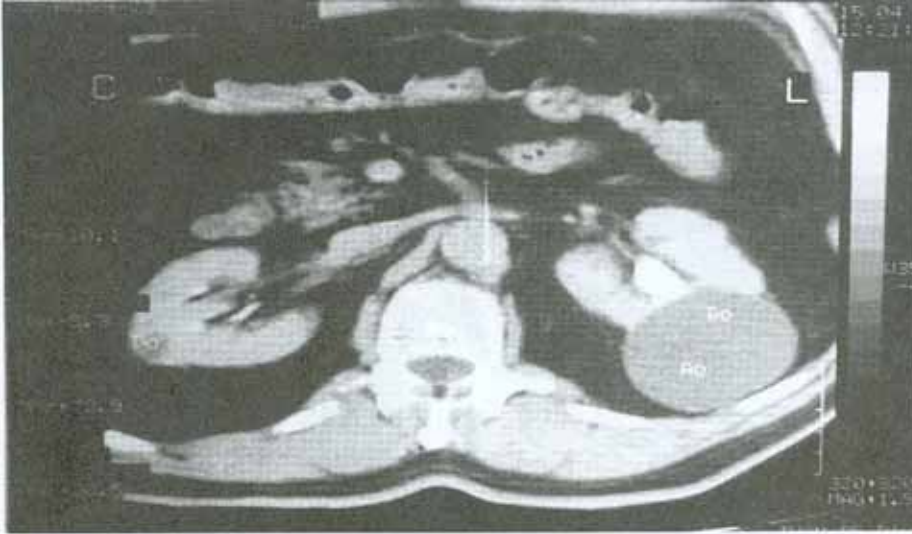
H.S.J.D: Hospital San Juan de Dios

CT: Células transicionales

Ca in situ: carcinoma in situ

TAG: Tomografía axial computarizada

BCG: Bacilo Callmette-Guerin (vacuna antituberculosa con vacilo atenuado)



TAC mostrando masa heterogénea mixta en el polo inferior del riñon izquierdo

demonstró tumores papilares vesicales ni lesiones sospechosas por ca in situ de vejiga.

A este paciente se le hizo una nefrectomía izquierda la paroscópica trasperitoneal y la biopsia por congelación reportó un carcinoma in situ de pelvis renal y uretero por lo que se completó la operación con una ureterectomía total con resección en raqueta de vejiga en el sitio de el implante ureteral.

El reporte definitivo de Patología reportó quistes renales sin tumor transicional en su interior y un ca in situ de pelvis renal y uretero superior. En junio del 2004 se tomaron biopsias múltiples de la mucosa vesical que fueron negativas por ca in situ de CT.

Se recomendó la colocación de una férula ureteral tipo catéter de doble jota para causar reflujo vesicoureteral, seguido de instilaciones intravesicales de BCG cada semana por seis semanas. Seis meses después las citologías de orina son negativas, el TAC no muestra evidencia de tumor de CT y la función renal es

normal.

Discusión

Se ha reportado que los hallazgos radiológicos en estos pacientes con ca in situ de los tractos urinarios superiores son atípicos como en este caso y que la citología de orina es diagnóstica de ca in situ. (1).

Okubo et al. (1) estudiaron 14 unidades renales en 11 pacientes con el diagnóstico citológico de ca in situ de los tractos superiores que fueron tratados con una solución de BCG administrada por un catéter ureteral de forma retrógrada cada semana por seis semanas y encontraron que 7 unidades estaban radiológicamente y citológicamente libres de enfermedad en un seguimiento promedio de 60 meses. Dos unidades que mostraron una respuesta inicial tuvieron una recurrencia y otras cinco unidades no respondieron al BCG y estos autores concluyeron que esta inmunoterapia con BCG intrarenal es efectiva en el tratamiento del ca in situ en un seguimiento a largo plazo pero que en caso de una

mala respuesta, hay un alto riesgo de que se desarrolle un tumor invasor y recomiendan un seguimiento utilizando la tomografía computarizada porque los hallazgos radiológicos son atípicos en estos tumores. En un editorial en ese mismo artículo, el Dr Ralph Clayman comenta que los autores combinaron sus resultados con datos obtenidos en otras 7 instituciones y notaron que entre las 75 unidades renales estudiadas y tratadas con dosis variables de BCG, administrada ya sea por vía percutánea o retrógrada, la tasa de respuesta en general fue del 79 %, con un seguimiento promedio de 20 a 49 meses. El intervalo al desarrollo de enfermedad invasiva fue, por lo menos, de seis meses. Los autores insisten en la importancia de utilizar el TAC como modalidad de diagnóstico puesto que ésta fue diagnosticada en todos los 4 casos en que se desarrolló una enfermedad invasiva del tracto superior, mientras que la urografía excretora fue diagnóstica en solo uno de los casos.

RESUMEN

Ocasionalmente es posible hacer el diagnóstico de ca in situ de los tractos urinarios superiores que precede al desarrollo de un tumor invasor de CT o que puede ser seguido de ca in situ de la vejiga o el sistema colector del riñón contralateral por lo que es muy importante el seguimiento de estos pacientes con citologías de orina y con TACs y el tratamiento profiláctico con BCG para prevenir esta progresión o recurrencia del ca in situ en otra parte del epitelio transicional del aparato urinario.

Aquí se reporta el primer caso diagnosticado en el Servicio de Urología del HSJD como ca in situ de pelvis renal y uretero superior, que fue tratado con una nefroureterectomía laparoscópica, por no poder hacerse el diagnóstico preoperatoriamente, lo cual hubiera permitido su

observación después de ser tratado con BCO y seguido con TACs periódicos.

88:343,2001.

BIBLIOGRAFÍA

1. La terapia renal con BCG para el carcinoma in situ del tracto superior: seguimiento a largo plazo y el curso natural en casos de fracaso. K.Okubo y col. BJ Int.