



Archivos Españoles de Urología

ISSN: 0004-0614

urologia@arch-espanoles-de-urologia.es

Editorial Iniestares S.A.

España

Díaz Pérez, Julio Alexander; Zamora, Carlos Javier; García Vera, Jorge Andrés; Melo Uribe, Mario Alexander; García Ayala, Ernesto

Cáncer renal de los túbulos colectores de Bellini: presentación de caso clínico patológico

Archivos Españoles de Urología, vol. 61, núm. 1, 2008, pp. 67-71

Editorial Iniestares S.A.

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181013946010>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

DISCUSIÓN

El caso aquí presentado corresponde a una ectopia testicular peneana de localización central, con trayecto inguinal normal del cordón espermático. Se han descrito ectopias lateralizadas, correspondientes a testículos ipsi o contralaterales. En estas últimas el cordón puede cruzar la línea media dentro del abdomen y atravesar el canal inguinal del lado opuesto (conjuntamente con el cordón ortotópico), o después de atravesar el canal inguinal de su mismo lado (2).

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

- *1. ALONSO DOMÍNGUEZ, F.; OSORIO ACOSTA, V.: "Un raro caso de ectopia testicular". Arch. Esp. Urol., 57: 547, 2004.
- **2. PUGACH, J.L.; STEINHARDT, G.F.: "Evaluation and management of ectopic penile testis". Urology, 59: 137, 2002.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 61, 1 (67-71), 2008

CARCINOMA RENAL DE LOS TÚBULOS COLECTORES DE BELLINI: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO PATOLÓGICO

Julio Alexander Díaz Pérez, Carlos Javier Zamora, Jorge Andrés García Vera, Mario Alexander Melo Uribe y Ernesto García Ayala.

Grupo de Investigación en Patología Estructural, Funcional y Clínica de la Universidad Industrial de Santander UIS. Bucaramanga. Colombia.

Resumen.- **OBJETIVO/MÉTODO:** El carcinoma de los conductos colectores (Carcinoma de Bellini) es una lesión infrecuente, sus características macro y microscópicas ayudan a su diagnóstico, lo cual permite mejores desenlaces en los pacientes. Se presenta el caso de una Mujer Colombiana de 65 años con dolor episódico tipo punzada localizado en hipocondrio y flanco izquierdo, asociado a hematuria, náuseas y perdida de peso.

RESULTADOS: El diagnóstico fue carcinoma renal de los túbulos colectores.

CONCLUSIONES: Se analizan las características clínicas, macroscópicas, histológicas e inmunohistoquímicas, además se realiza una revisión de la literatura.

Correspondencia

Julio Díaz
Departamento de Patología. Facultad de Salud
Universidad Industrial de Santander
Cra. 32 N° 29 – 31, Bucaramanga. (Colombia).
pat_uis@yahoo.com

Trabajo recibido: 1 de abril 2007

Palabras clave: Carcinoma renal. Carcinoma de túbulos colectores.

Summary.- OBJECTIVE: The collecting duct carcinoma (Bellini's carcinoma) is an unfrequent lesion; its macro and microscopic characteristics can help diagnosis. 65-year-old Colombian woman presenting left-flank and hypochondrio stub-type episodic pain associated with hematuria, nausea and weight loss.

RESULTS: The diagnosis was of collecting duct carcinoma.

CONCLUSIONS: The clinical characteristics, macroscopic features, histology and immunohistochemistry are analyzed; we also perform a bibliography review.

Keywords: Renal cell carcinoma. Collecting duct carcinoma.

INTRODUCCIÓN

El cáncer renal ocasiona el 3% del total de las malignidades del adulto, en Estados Unidos se producen alrededor de 35.000 nuevos casos al año, de los cuales 12.000 mueren por esta enfermedad (1).

La mayoría de los cánceres renales se forman en el epitelio tubular proximal, asimismo, existe una variedad agresiva y poco frecuente de neoplasia renal denominada Carcinoma de los Conductos Colectores de Bellini (CCCB) (2); que se origina de los conductos colectores distales (conductos de Bellini). Este tumor fue descrito por primera vez por Pierre Masson en 1970 (3), el cual fue denominado "Epitelioma Belliniano", luego Mancilla-Jiménez y colaboradores (4) describieron un tipo de lesiones tumorales renales que se formaban de los conductos colectores; el término de CCCB fue utilizado por primera vez por Cronie en 1979 (5) para describir un cáncer originado en los conductos distales de la medula renal.

Posteriormente Fleming y Lewi (6) describieron las características patológicas de este tipo de tumores. Se trata de una entidad poco frecuente, constituye el 1 al 2 % de los tumores epiteliales renales en el adulto, la mayor parte se presentan en hombres (2/3), la edad media de presentación son los 55 años, pero existen reportes en personas más jóvenes (2,7). Estas lesiones pueden estar asociadas a otros tipos de tumor renal más frecuentes (7,8). Debido a su origen se trata de un tumor que afecta primariamente a la médula renal, aunque en el transcurso de su rápido crecimiento el tumor puede invadir otras áreas renales o incluso extenderse fuera del órgano. A continuación se presenta un caso de esta entidad en una mujer colombiana.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estrategia de búsqueda de la literatura:

Se realizó una búsqueda en Medline (1964-2006) usando los términos "carcinoma", "collecting duct", "kidney"; la búsqueda inicial fue limitada al idioma inglés y español; se seleccionaron sólo reportes de casos originales, omitiendo revisiones y otro tipo de literatura secundaria.

Caso clínico

Mujer Colombiana de 65 años que presenta sintomatología de 1 año y 9 meses de dolor episódico tipo punzada localizado en hipocondrio y flanco izquierdo, asociado a hematuria, náuseas y pérdida de peso. Con antecedente patológico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica y quirúrgico de hysterectomía. Al examen físico la paciente no tenía alteraciones en sus signos vitales, con un índice de masa corporal de 20kg/Mts², y el único signo que presentaba era dolor a la palpación de flanco izquierdo. Se inicia manejo médico considerando pielonefritis, sin resolución de la sintomatología, por lo que se toma Tomografía Axial Computarizada, la cual informa masa dependiente de riñón izquierdo de 9 x 10 cms, y se realiza nefrectomía.

La muestra quirúrgica del tumor renal fue fijada luego de extraerse con formaldehído al 10% y embebido en parafina para su preparación y análisis microscópico, la coloración empleada fue Hematoxilina y Eosina.

RESULTADOS

Estudio anatomo-patológico

En el Servicio de Anatomía Patológica se recibió una pieza quirúrgica producto de nefrectomía derecha que pesó 350 g y con diámetros mayores de 15,2 x 10 x 6,5 cm. Al corte, se observó un tumor dependiente de la zona medular con extensión al polo inferior de 11,9 x 9,5 cms de diámetros mayores cruzados, de color gris amarillento, consistencia firme, multilobulado con centro necrótico y hemorrágico.

Histológicamente, se aprecia lesión tumoral maligna de origen epitelial constituida por células de núcleo hiperchromático aumentado de tamaño con nucleolo eosinófilo prominente y citoplasma acidofílico de moderada cantidad que se disponen formando numerosos conductos que semejan los conductos tubulares distales, así como papillas intraluminales, asociado a escasas mitosis atípicas y focos de microhemorragia. No se observó collagenización del estroma (Figuras 1, 2 y 3).

DISCUSIÓN

Se informa el caso de un tumor renal con características morfológicas inusuales. Este tipo de neoplasia se presenta con dolor en el flanco donde se encuentra localizado,

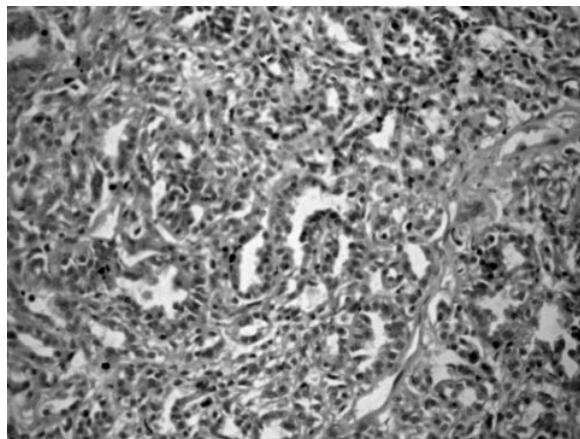


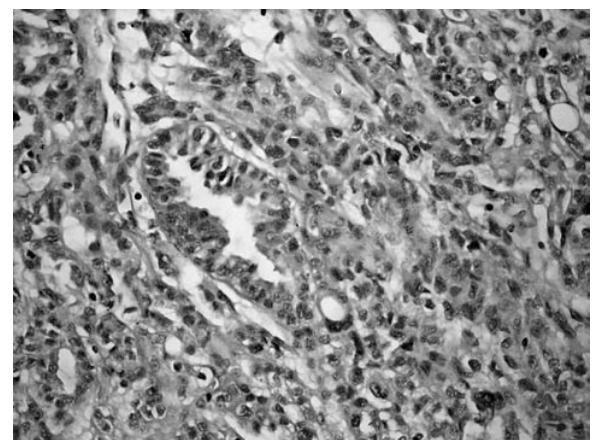
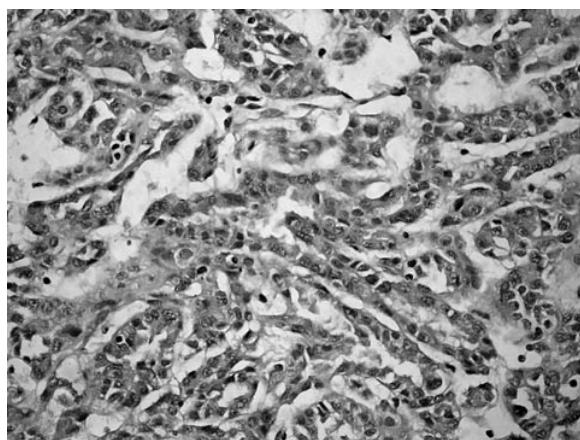
FIGURA 1. Se observa lesión tumoral maligna de origen epitelial constituida en su totalidad por conductos y esta- ba separada del tejido renal adyacente por una cápsula fibrosa gruesa.

además de hematuria microscópica que está presente en el 50% de los casos, puede coexistir con otro tipo de lesiones uroteliales (8,9). Se ha asociado a nefropatía analgésica y por medio de análisis citogenéticos se ha asociado con la delección de los cromosomas 1q, 6p, 14, 15 y 22 (10).

A pesar de su rareza, el diagnóstico del CCCB no debe plantear demasiados problemas debido a sus peculiares características macro y microscópicas que lo hacen diferente a cualquiera de los carcinomas renales frecuentes (2,11). Se han establecido criterios para su diagnóstico (ver Tabla I). En el examen macroscópico, se encuentra una masa infiltrante, firme, de color gris amarillenta,

que se origina en la médula renal, con focos ocasionales de diseminación intrarrenal, el diámetro promedio de esta lesión es de 5 cms al momento del diagnóstico, usualmente no es hemorrágica (12). Microscópicamente se trata de un tumor bien caracterizado, que muestra túbulos y papillas de contorno irregular tapizadas por células atípicas y creciendo de manera claramente infiltrante en el seno de un estroma densamente colagenizado remedando la disposición de los ductos colectores (12,13). Muchos de dichos túbulos muestran transformación quística de grado variable, que en casos extremos, al menos desde el punto de vista morfológico, puede plantear el diagnóstico diferencial con el nefroma multiquístico (14), aunque estas lesiones también pueden tener cambios microquísticos. Puede presentarse ausencia de atipia, escasas mitosis, pero característicamente los núcleos presentan nucleolos eosinófilos prominentes y los citoplasmas intensa eosinofilia. Se observa la morfología en tachuela de las células proliferantes en algunas áreas. Estas lesiones son productoras de mucina (2,15).

La clasificación del cáncer renal relaciona el origen de las distintas variedades histológicas con una determinada zona de la nefrona (16). Esta distribución puede realizarse atendiendo al patrón inmunohistoquímico del tumor (17). Así, los carcinomas derivados de la nefrona proximal, como el carcinoma de células claras y el carcinoma papilar, marcan con lisozima, CD10 y CD15 y los derivados de la nefrona distal, es decir, el carcinoma de los túbulos colectores y su variante de bajo grado y sarcomatiode, son positivos para queratinas de alto peso molecular CK19, CK7, CK8/18, EMA, Ulex europaeus, lectinas/peanut aglutinina, mucina, vimentina, LeuM1 y lisozima. Y son negativos para glicógeno, RCC-Ma (11,14,15,17,18).



FIGURAS 2 y 3. Los conductos de la lesión están constituidos por células de núcleo hipercromático, aumentado de tam- aña, con nucleolo eosinófilo prominente, escasas mitosis atípicas y citoplasma eosinófilo intenso de moderada cantidad, que se disponen formando numerosos conductos que semejan conductos colectores distales.

TABLA I. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL CARCINOMA DE CONDUCTOS COLECTORES.

Criterios Mayores	Compromiso de las pirámides medulares (lesiones pequeñas) Arquitectura tubular irregular Marcada desmoplasia Células en tachuela de alto grado Positivos para queratinas de alto peso molecular y Ulex europaeus, No presencia de carcinoma urotelial sincrónico.
Criterios Menores	Localización central (grandes lesiones) Arquitectura papilar con fibrosis y estroma desmoplásico Estroma inflamatorio con neutrófilos Extensión renal, extra-renal e infiltración vascular Positivos para mucina

El diagnóstico diferencial se debe realizar con:

1. Carcinomas de células renales papilar (los cuales no necesariamente son centrales, no poseen displasia del epitelio de los conductos colectores, son más circunscritos, presentan cuerpos de psammoma y macrófagos, usualmente no presentan invasión angiolinfática, ni desmoplasia o inflamación y son positivos para CK7+, LeuM1+, y mucina negativos).
2. Carcinoma urotelial con diferenciación glandular (raramente infiltrativos).
3. Adenocarcinoma urotelial de la pelvis renal (usualmente mucinoso, negativos para vimentina).
4. Carcinoma metastático del tracto gastro intestinal y pulmón (presenta bordes bien definidos, son múltiples).
5. Carcinoma renal medular.

El pronóstico del CCCB es pobre ya que la mayoría de los casos se diagnostican en un estadio avanzado, presentándose la muerte en pocos meses o años, del 35 al 50% tienen metástasis al momento del diagnóstico principalmente a ganglios linfáticos regionales, hueso, glándulas adrenales, pulmones y piel (9,19).

CONCLUSIÓN

Presentamos un caso de carcinoma de los conductos colectores (Carcinoma de Bellini). Se analizan las características clínicas, macroscópicas, histológicas e inmunohistoquímicas, además se realiza una revisión de

la literatura. Sus características ayudan a realizar el diagnóstico, lo cual permite mejores desenlaces en los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y ** lectura fundamental)

- *1. JEMAL, A.; TIWARI, R.C.; MURRAY, T. y cols.: "Cancer statistics, 2004". CA Cancer J. Clin., 54: 8, 2004.
- **2. ETXEGARAI, L.; ETXEZARRAGA, C.; FERNÁNDEZ DE LARRINOA, A. y cols.: "Carcinoma renal de los túbulos colectores de bajo grado (carcinoma túbulο-quístico)". Rev. Esp. Patol., 39: 42, 2006.
- *3. MASSON, P.: "Tumeurs humines 1955". Kobernick S: human tumors, histology, diagnosis and technique (ed 2). Detroit MI, Wayne State University Press, chap 5, 1970.
- *4. MANCILLA- JIMÉNEZ, R.; STANLEY, R.J.: "Papillary renal cell carcinoma: A clinical, radiologic, and pathologic study of 34 cases". Cancer, 38: 2469, 1976.
- *5. CRONIE, W.J.; DAVIES, C.J.; DE TUE, F.A.: "Atypical carcinoma of kidney". Urology, 13: 315, 1979.
- *6. FLEMING, S.; LEWI, H.J.E.: "Collecting duct carcinoma of the kidney". Histopathology, 10: 1131, 1986.
- *7. DIMOPOULOS, M.A.; LOGOTHETIS, C.J.; MARKOWITZ, A. y cols.: "Collecting duct carcinoma of the kidney". Br. J. Urol., 71: 388, 1993.
- **8. MAESTRONI, U.; FERRETTI, S.; DINALE, F. y cols.: "A renal cancer with intermediate characteristics between collecting (Bellini) duct carcinoma and urothelial carcinoma: case report and review of the literature". Tumori, 92: 545, 2006.

- **9. SINGH, I.; NABI, G.: "Bellini duct carcinoma: review of diagnosis and management". *Int. Urol. Nephrol.*, 34: 91, 2002.
- **10. ANTONELLI, A.; PORTESI, E.; COZZOLI, A. y cols.: "The collecting duct carcinoma of the kidney: A cytogenetical study". *Eur. Urol.*, 43: 680, 2003.
- **11. SWARTZ, M.A.; KARTH, J.; SCHNEIDER, D.T. y cols.: "Renal medullary carcinoma: clinical, pathologic, immunohistochemical, and genetic analysis with pathogenetic implications". *Urology*, 60: 1083, 2002.
- *12. PEYROMAURE, M.; THIOUNN, N.; SCOTTE, F. y cols.: "Collecting duct carcinoma of the kidney: a clinicopathological study of 9 cases". *J. Urol.*, 170: 1138, 2003.
- *13. KURODA, N.; TOI, M.; HIROI, M. y cols.: "Review of collecting duct carcinoma with focus on clinical and pathobiological aspects". *Histol. Histopathol.*, 17: 1329, 2002.
- *14. MUKHOPADHAYAY, S.; VALENTE, A.L.; DE LA ROZA, G.: "Cystic nephroma: A histologic and immunohistochemical study of 10 cases". *Arch. Pathol. Lab. Med.*, 128: 1404, 2004.
- *15. RAKOZY, C.; SCHMAHL, G.E.; BOGNER, S. y cols.: "Low-grade tubular-mucinous renal neoplasms: morphologic, immunohistochemical, and genetic features". *Mod. Pathol.*, 15: 1162, 2002.
- **16. STOERKEL, S.; EBLE, J.N.; ADLAKHA, K. y cols.: "Classification of renal cell carcinoma: workgroup nº 1. Union Internationale Contre le Cancer (UICC) and the American Joint Committee on Cancer (AJCC)". *Cancer*, 80: 987, 1997.
- **17. FLEMING, S.; SYMES, C.E.: "The distribution of cytokeratin antigens in the kidney and in renal tumours". *Histopathology*, 11: 157, 1987.
- *18. VECCHIONE, A.; PRAYER GALETTI, T.; GARDIMAN, M. y cols.: "Collecting duct carcinoma of the kidney: An immunohistochemical study of 11 cases". *BMC Urology*, 4:11, 2004.
- **19. MÉJEAN, A.; ROUPR, T.M.; LAROUSSERIE, F. y cols.: "Is there a place for radical nephrectomy in the presence of metastatic collecting duct (Bellini) carcinoma". *J. Urol.*, 169: 1287, 2003.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 61, 1 (71-74), 2008

ABCESO EN MUSLO: RARÍSIMA COMPLICACIÓN DE UNA ADENOMECTOMÍA RETROPÚBLICA

Miguel Ángel López Aramburu, Atilano Ramos Ugidos¹, Carmen Gimeno Crespo², José Rosa Arias y Pablo Peña Pérez.

Servicios de Urología, Traumatología¹ y Microbiología². Hospital Santiago Apóstol. Miranda de Ebro. Burgos. España.

Resumen.- *OBJETIVO:* Las complicaciones habituales de la adenomectomía retrópubica son perfectamente conocidas. A pesar de su baja incidencia, la amplia utilización de esta técnica hace que en el día a día el urólogo se enfrente a ellas con relativa frecuencia, y se resuelvan satisfactoriamente. Queremos llamar la atención sobre la presencia de un absceso de muslo como complicación excepcional de la adenomectomía. Es una rareza tal que nos puede plantear importantísimos problemas en su diagnóstico, con las negativas implicaciones que ello acarrea al demorar el tratamiento. Su conocimiento puede ser decisivo a la hora del diagnóstico y permitir una rápida toma de decisiones.

Correspondencia

Miguel Ángel López Aramburu
Camino San Juan del Monte, 17
09200 Miranda de Ebro. Burgos. (España)
malaramburu@yahoo.es

Trabajo recibido: 5 de abril 2007.