

## Tumores benignos do ureter

### *Benign ureteral tumors*

#### Autores:

Frederico Teves<sup>1</sup>, Fábio Almeida<sup>2</sup>, Frederico Branco<sup>2</sup>, Vítor Cavadas<sup>2</sup>, José Preza Fernandes<sup>2</sup>, Manuel Oliveira<sup>2</sup>, José Soares<sup>3</sup>, Avelino Fraga<sup>4</sup>

#### Instituição:

<sup>1</sup>Médico do Internato Complementar de Urologia, Hospital Geral de Santo António, Centro Hospitalar do Porto – E.P.E.;  
<sup>2</sup>Médico do Internato Complementar de Urologia, Hospital Geral de Santo António, Centro Hospitalar do Porto – E.P.E.;  
<sup>3</sup>Assistente Hospitalar Graduado de Urologia, Hospital Geral de Santo António, Centro Hospitalar do Porto – E.P.E.;  
<sup>4</sup>Director de Serviço de Urologia, Hospital Geral de Santo António, Centro Hospitalar do Porto – E.P.E..

#### Correspondência:

Frederico Teves  
 Serviço de Urologia, Hospital Geral de Santo António, Centro Hospitalar do Porto – E.P.E.  
 Largo Prof. Abel Salazar, 4099-001 Porto  
 Tel. (+351) 919 542 776  
 E-mail: fred.teves@sapo.pt

Data de Submissão: 9 de Novembro de 2010 | Data de Aceitação: 3 de Dezembro de 2010

### Resumo

Os tumores primários do ureter são raros, representando apenas 1% de todos os tumores do aparelho urinário alto. As lesões benignas são ainda mais raras atingindo apenas 20% de todos os tumores do ureter. Os polipos fibroepiteliais (PFE) são as lesões benignas mais frequentes do ureter, com menos de 200 casos relatados na literatura. Estas são lesões mesodérmicas onde se incluem os fibromas, leiomiomas, hemangiomas, consistindo em tecido conjuntivo hiperplásico e estroma vascular recoberto por urotélio normal.

O tratamento destes polipos depende do grau de obstrução, suspeita intraoperatória de potencial maligno e presença de infecção urinária. Todavia, hoje em dia os PFE podem ser tratados de forma segura por técnicas minimamente invasivas.

Reportamos o caso clínico de um doente tratado endoscópicamente e apresentamos a revisão da literatura desta patologia pouco frequente.

**Palavras-chave:** Benignos, polipos, ureter, tratamento endoscópico.

### Abstract

*The primary tumor of the ureter is rare and represents only 1% of all high urinary tract tumors. The benign lesions are even rarer, being only 20% of all ureter tumors.*

*The fibroepithelial polyps (FEP) are the most frequent benign lesions of the ureter, with less than 200 case reports in the literature. These lesions are*

*mesodermic, like fibromas, leiomiomas, hemangiomas, made of hyperplastic conjunctive tissue and vascular stroma recovered of normal urothelium.*

*The treatment of these polyps depends on the obstruction degree, intraoperative malign suspicion and the presence of urinary tract infection. However, nowadays the FEP can be treated safely by minimally invasive techniques.*

*We report the endoscopic treatment of a patient with a FEP and present a literature review of this rare pathology.*

**Keywords:** Benign, polyps, ureter, endoscopic treatment.

### Introdução

Os tumores primários do ureter são raros, representando apenas 1% de todos os tumores do aparelho urinário alto. As lesões benignas são ainda mais raras, atingindo apenas 20% de todos os tumores do ureter<sup>1</sup>, sendo estes de origem epitelial ou não epitelial.

Os papilomas e as lesões papilares de baixo potencial de malignidade têm origem epitelial, enquanto os tumores não epiteliais têm origem na mesoderme e incluem os fibromas, leiomiomas, neurofibromas, hemangiomas e polipos fibroepiteliais (PFE).

Os PFE são tumores benignos raros, compostos de estroma com origem na mesoderme e recobertos por camada de células de normal epitélio de transição.

É importante distinguir esta entidade benigna do carcinoma do epitélio de transição do aparelho urinário alto, porque a atitude e o prognóstico diferem significativamente.

Hoje em dia os PFE podem ser diagnosticados e tratados de forma segura por técnicas minimamente invasivas.

Reportamos o caso clínico de um doente tratado endoscópicamente e apresentamos a revisão da literatura desta patologia pouco frequente.

### Caso clínico

Homem de 61 anos, vendedor, fumador, hipertenso e controlado medicamente, que por quadro de diverticulite aguda recidivada realiza uma tomografia axial computadorizada (TAC) abdominal que revela achado de ureterohidronefrose direita com atraso na excreção de contraste (figura 1), condicionado por imagem pericentimétrica no ureter terminal, sugestivo de tumor urotelial (figura 2).

O doente revela uma história de lombalgia tipo moinha à direita, discreta, com seis meses de evolução. Negá hematúria ou queixas urinárias baixas.



Figura 1) Uro-TAC: ureterohidronefrose direita



Figura 2) Uro-TAC: lesão urotelial ureter terminal direito

Analiticamente sem alterações, com função renal normal. Cistoscopia sem lesões suspeitas e citologia de lavado vesical com ausência de células neoplásicas.

Realiza-se uma ureterorrenoscopia diagnóstica direita, com biópsia de lesão polipóide, de superfície lisa, móvel, com cerca de 2 cm, e a 4 cm do meato ureteral (figura 3). A citologia diferencial foi inconclusiva e a histologia revela “fragmentos de mucosa urotelial sem alterações aparentes”.

Decide-se por realizar um tratamento endoscópico da lesão. Procede-se a uma ureterorrenoscopia direita

com extração de pólipo e fulguração de restante lesão com laser Holmium e posterior cateterismo ureteral retrógrado. A histologia demonstrou “tecido fibrinoso e hemorrágico com células uroteliais sem sinais de malignidade” (figura 4).



Figura 3) Uretero-pielografia retrógrada: imagem de subtração ureter terminal



Figura 4) Imagem endoscópica de pólipo ureteral

Três meses após retirou-se o cateter ureteral e realizou-se ureterorrenoscopia (URS) de controlo com colheita de citologia diferencial e biópsias de leito tumoral. Macroscopicamente não tinha evidência de recidiva de lesão, com área cicatricial. A citologia apresentava ausência de células malignas e histologia “com mucosa urotelial sem sinais de displasia ou malignidade”.

Actualmente, o doente mantém-se em vigilância e até à data sem evidência de recidiva.

### Discussão

Os PFE são lesões mesodérmicas que consistem em tecido conjuntivo hiperplásico com estroma vascular e recoberto por urotélio. Apesar de serem raras, são as lesões benignas mais frequentes do ureter (20%)<sup>2</sup>.

A etiologia é desconhecida, mas pensa-se que possam ser lesões congénitas de crescimento lento ou resultantes de irritação urotelial crónica como inflamação, infecção, trauma ou obstrução<sup>1,2</sup>.

São mais frequentes nos homens (3:2), geralmente com idades inferiores aos 50 anos sendo a maioria

lesões únicas e com menos de 5 cm de comprimento<sup>2</sup>. Estão igualmente descritos casos em idade pediátrica que embora se possam encontrar em qualquer parte do ureter, são mais frequentes no ureter proximal e com ligeira predominância do ureter esquerdo<sup>2</sup>.

Clinicamente pode-se manifestar por hematúria, dor lombar intermitente e menos frequente com disúria, polaquiúria. Muitas vezes são assintomáticos e a lesão é detectada acidentalmente<sup>2</sup>.

O seu aspecto radiológico pode variar, mas são frequentemente diagnosticados por urografia intravenosa, uretero-pielografia retrógrada e/ou uro-TAC. Os polipos são geralmente lesões longas, lisas, mais frequente no ureter proximal e por vezes associado a ureterohidronefrose. Todavia o diagnóstico diferencial de PFE e carcinoma de células de transição do ureter (CCT) não é possível com os métodos de imagem convencionais. A citologia urinária negativa e a ureterocistoscopia podem ajudar no diagnóstico, mas como 40% apresenta citologia negativa nos CCT de baixo grau, deve-se ter sempre uma confirmação histológica da lesão antes de se realizar tratamento definitivo<sup>2</sup>.

Os diagnósticos diferenciais mais frequentes são os polipos inflamatórios, papilomas uroteliais, lesões papilares com baixo potencial de malignidade e carcinoma células transição<sup>3</sup>.

O tratamento de eleição é a ressecção local endoscópica, minimamente invasiva, quer por electroresecção ou com laser, com baixa morbidade<sup>1,5</sup>, mas a ureterectomia segmentar ou a nefroureterectomia podem ser ponderadas se dúvidas no diagnóstico pré-operatório. No caso de exclusão renal por obstrução prolongada o tratamento de eleição é a nefroureterectomia.

PFE do ureter têm um baixo potencial de recorrência. Se ressecado completamente na base o reaparecimento é pouco provável<sup>2</sup>.

### Conclusões

Os tumores primários do ureter são raros, sendo os PFE as lesões benignas mais frequentes.

O tratamento destes polipos depende do grau de obstrução, suspeita intra-operatória de potencial

maligno e presença de infecção urinária, podendo ser tratados de forma segura por técnicas minimamente invasivas.

Neste caso o doente realizou ureterorenoscopia com fulguração a laser Holmium de pólipos de ureter direito, estando até à data sem evidência de recidiva.

### Bibliografia

- <sup>1</sup> Piovesan AC, Torricelli FC, Borges LL, Chambô JL, Mesquita JL, Srougi M. Ureteral fibroepithelial polyps in a pregnant women: case report. São Paulo Med J. 2009;127(4):238-40.
- <sup>2</sup> Uğras S, Odabaş O, Aydin S, Yilmaz Y. Fibroepithelial polyp of the ureter associated with an adjacent ureteral calculus. International Urology and Nephrology. 1997;29(5):543-9.
- <sup>3</sup> Geng W, Li N, Yu Q, Zhou H, Xu H. The diagnosis and differential diagnosis of ureteral fibroepithelial polyps. Chinese Journal of Clinical Oncology. 2006;3(5):373-5.
- <sup>4</sup> H.J.Kiel, Ullrich T, Roessler W, Wieland WF, Knuechel-Clarke R. Benign ureteral tumors. Urol Int. 1999;63:201-5.
- <sup>5</sup> Baltogiannis D, Kafetsoulis A, Giannakis D, Saito M, Miyagawa I, Sofikitis N. Fibroepithelial polyp of distal ureter with periodic prolapse into bladder. Urol Int. 2008;80:338-40.
- <sup>6</sup> Childs MA, Umbreit EC, Krambeck AE, Sebo TJ, Patterson DE, Gettman MT. Fibroepithelial polyps of the ureter: a single institutional experience. J Endourol. 2009;23(9):1415-9.
- <sup>7</sup> Szentgyörgyi E, Radnóti F, Regos I. An ureteric polyp removed by ureteroscopy, International Urology and Nephrology. 1998;30(6):699-701.
- <sup>8</sup> Vogelzang RL, Calenoff L, Bulkley GJ. Ureteral intussusception caused by fibrous ureteral polyp. Urol Radiol. 1981;3(1):47-9.
- <sup>9</sup> Chou CP, Wu TT, Levenson RB, Huang JS, Pan HB. Ureteral fibroepithelial polyp diagnosed preoperatively on virtual CT ureteroscopy. Abdom Imaging. 2007;32:421-3.
- <sup>10</sup> Ledor K, Mieza M, Ledor S, Catalya E. Multicentric fibroepithelial ureteral polyp. Urol Radiol. 1982;4:259-61.