

## CONSIDERACIONES SOBRE UN CASO DE TUMOR PRIMITIVO DE URETER

---

Por los Dres. A. B. ORTIZ, A. CHIMENTI Y G. S. BUR

Traemos a consideración de esta sociedad un caso de tumor primitivo de ureter, que creemos interesante, no ya por la localización de esta neformación, no muy frecuente, sino también por las alternativas de la terapéutica quirúrgica aplicada, resultante de un examen incompleto y que obligó a una intervención en dos tiempos, eventualidad que en este caso reporta un beneficio para la paciente, de edad avanzada y que pudo tolerar con placidez los post-operatorios obligados.

Trátase de una enferma de 74 años de edad, que relata en su historial, una primera hematuria que data de 10 años atrás.

Hematuria total, indolora, de aparición y desaparición caprichosa, que no fué tomada en cuenta con la severidad que el caso requería, por un facultativo circunstancial.

Vista por uno de nosotros en el mes de enero último, a raíz de una nueva hematuria de las mismas características anteriormente descritas, pertinaz esta vez a pesar de la terapéutica instituida.

Practicada una endoscopia se comprueba una hematuria derecha franca (sangre puro) proyectándose a través del orificio ureteral en forma intermitente.

La vejiga era completamente sana, el indigocarmín aparece a los tres minutos del lado izquierdo con buena intensidad y concentración, no hay eliminación del lado derecho, el examen radiológico aporta los siguientes datos.

La radiografía simple nos muestra la sombra renal izquierda; en el lado derecho se superponen algunas imágenes que no nos permiten visualizar nitidamente la sombra renal, la columna vertebral presenta algunas espondilitis.

La urografía escretora a los 10 minutos revela la sombra renal izquierda; hay relleno de los cálices, pelvis, lo mismo que el extremo inferior del ureter del mismo lado.

La vejiga está rellena por la substancia opaca.

En el lado derecho se observa el rechazamiento y pronunciada angulación del colon ascendente y transverso, la imagen renal sigue siendo confusa con una sombra de falso relleno piel ureteral superior, no observándose una eliminación franca en todo el trayecto del ureter.

A los 20 minutos la eliminación izquierda es menos franca, visualízase todo el recorrido del ureter, la vejiga se rellena con la substancia opaca. En el lado derecho ha desaparecido la pseudoimagen descrita en la radiografía anterior, a los 30 minutos no revela nada interesante, lo mismo que la radiografía de los 45 minutos.

Se practica entonces una pielografía ascendente del lado derecho con yoduro de sodio, introduciendo la sonda alrededor de ocho centímetros, no progresando más; lamentablemente

la substancia opaca ha refluído a la vejiga. En estas condiciones y con los datos recogidos del laboratorio, se resuelve la intervenci3n.

Incisi3n de Heckenbach con resecci3n costal se constata un riñ3n hidronefr3tico redu-

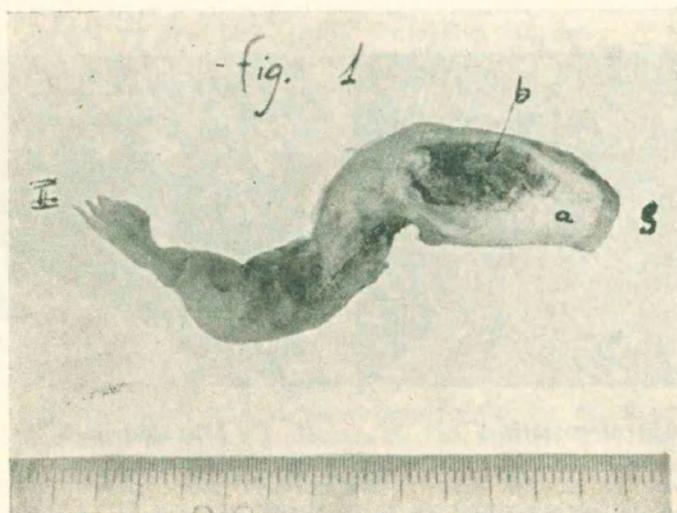


Figura 1

cido a una delgada corteza de par3nquima; el ureter es sano, no hay dilataci3n ni anomalías, vasos aberrantes o bridas que justifiquen el proceso superior.

En la exploraci3n alejada del ureter, se palpa una zona aparentemente tumoral del



Figura 2



Figura 3

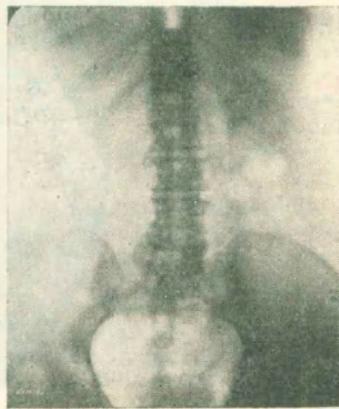


Figura 4

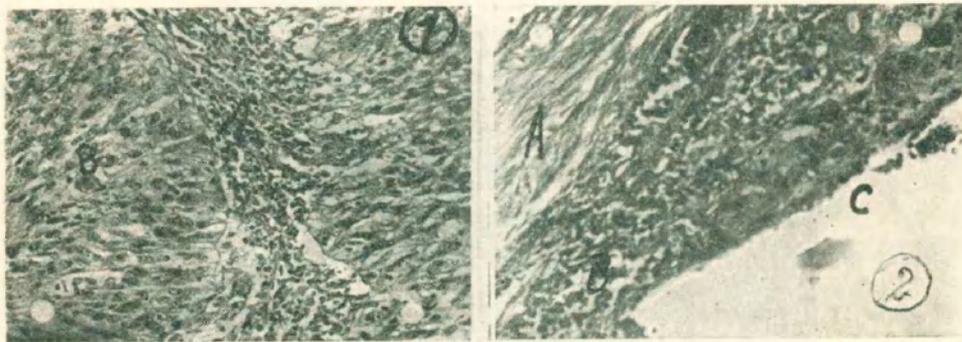
tamaño de una nuez, muy adheente, pero como la operaci3n se prolongaba dada la perinenfritis, se resuelve cerrar por planos, posponiendo la extirpaci3n del urer inferior, sujeta a nuevas comprobaciones diagn3sticas.

El examen de la pieza revela una hidronefrosis de contenido ligeramente citrino, sin

lesiones macro-microscópicas del parénquima renal, salvo la destrucción lógica del proceso hidronefrótico avanzado.

Durante el post-operatorio se comprueba la atenuación temporaria de la hematuria, mejorando la enferma rápidamente.

Algunos días después reaparece la hematuria con los caracteres descritos anterior-

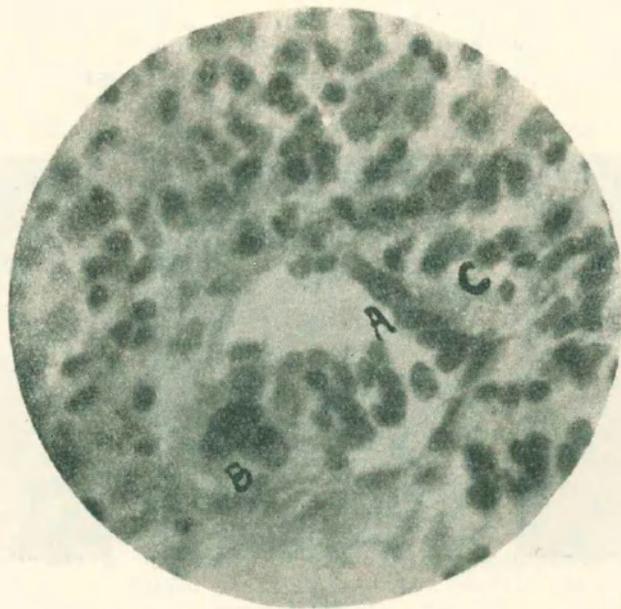


Microfotografía 1

Microfotografía 2

mente, pero ya con la enferma físicamente recobrada, resolvemos practicar una nueva pielo-  
grafía ascendente a lo Chevassu, utilizando en este caso el lipiodol.

Aquí ya no cabe dudas; la imagen es nítida, nos muestra una falta de relleno del



Microfotografía 3

ureter remanente con su parte ensanchada hacia arriba, con extravasación del líquido opaco por fuera de la luz ureteral, a la altura de los vasos ilíacos, vecinos al promontorio.

Previo preparación de la enferma, se resuelve practicar la ureterectomía, la inter-

vención resulta laboriosa por las grandes adherencias periureterales al peritoneo y sobre todo a los vasos ilíacos, pero conseguimos una total extirpación del ureter.

El post-operatorio de la enferma se desliza sin complicaciones; la pieza extraída revela los siguientes datos anátomo-patológicos.

Trozo de ureter derecho de longitud aproximada de 7 centímetros con dilatación fusiforme de su diámetro (figura 1) siendo más acentuado en su extremo superior, el extremo opuesto es delgado, retraído, mostrando una luz exéntrica; la adventicia del órgano se halla engrosada y rodeada de abundante tejido conjuntivo adiposo.

La muscular aparece adelgazada, sobretodo en la zona de mayor distensión; su consistencia es firme y elástica, impresionando desde afuera como una neoformación sólida.

Al corte se puede observar el característico aspecto de un tumor sólido con zona central necrótica y hemorrágica, siendo menos friable en la zona periférica.

El tumor se extiende en sentido logitudinal aproximadamente en los dos tercios del ureter extirpado; no se observan restos calculosos, ni variación estructural de este mismo tumor.

El estudio microscópico que se halla sintetizado en las fotomicro N<sup>o</sup> 1, 2 y 3 es concluyente en afirmar su carácter carcinomatoso desarrollado a expensas de un epitelio paramalpighiano o intermedio adoptando sus células dispositivos fasciculados y pavimentosos: es llamativa la existencia de áreas papilomatosas en las cuales no se ha definido el carácter de neoplasia y es allí donde las células son más maduras y los vasos más antiguos.

En la primera región, es evidente la meiópragia de los neovasos, que justifican el aspecto hemorrágico y necrobiótico del blastoma.

Hacia las zonas marginales, esto es en el sentido del eje del ureter, la propagación carcinomatosa se realiza en superficie, a la manera de una capa de lava, hallándose un intenso proceso inflamatorio que ha substituido previamente al epitelio normal.

La exploración de los vasos intratumorales, como los de la adventicia, muestran abundante propagación en su luz, tal como se ve en la fotomicro N<sup>o</sup> 3.

En síntesis se trata de un carcinoma paramalpighiano propagado a la pared y deslizando por la mucosa, realizando una activa siembra intravascular.

## COMENTARIOS

El caso presentado permite hacer las siguientes consideraciones:

1<sup>o</sup>) De orden diagnóstico, nuestro examen resultó incompleto, pues a pesar de haber practicado la pielografía ascendente no debimos habernos conformado nunca por los datos aportados por el resultado de este examen deficiente, debiendo haber agotado los medios para la visualización del ureter, que nos hubiera dado directivas del tratamiento ulterior.

2<sup>o</sup>) De orden terapéutico; aquí plantearíamos el problema si la intervención debería hacerse en uno o dos tiempos y si se practicase en dos tiempos, la primera etapa sería la extirpación del segmento tumoral del ureter con nefrostomía temporaria, aconsejada por algunos autores.

Creemos, sin embargo, que el criterio a seguir debe ser anteponer lógicamente el enfermo a la enfermedad, y este es el caso en que la operación en dos tiempos se justifica plenamente, por las condiciones físicas y la edad avanzada del enfermo, que no hubiera podido soportar un intensísimo choch operatorio.

3<sup>o</sup>) De orden anatomopatológico, que significa agregar a la casuística un caso de tumor primitivo de ureter, no muy numeroso en la literatura médica.

El carcinoma del ureter es raro, pero la literatura extranjera y la nuestra de los últimos tiempos, aporta un mayor número de casos, lo cual estaría explicado por el estudio anatomopatológico de las piezas extirpadas.

El hallazgo de embolias intravenosas y linfáticas nos confirma el carácter invasor y la posibilidad de una recidiva en la vecindad.

En nuestro caso se trata, como lo demuestra el examen anatomopatológico de un papiloma degenerado.