

EPITELIOMA PAPILAR DEL URETER

Por los Dres. A. E. GARCIA y J. CASAL

Es nuestro propósito contribuir al enriquecimiento de la casuística nacional de esta afección, relatando la observación de un tumor papilar del uréter derecho, diagnosticado antes del acto operatorio e intervenido con éxito.

Los tumores pieloureterales se ven aparecer con frecuencia creciente en las publicaciones de la especialidad y ello es consecuencia de su mejor conocimiento y del perfeccionamiento de los medios diagnósticos.

Los casos relatados en el país, alcanzan alrededor de cincuenta, contando a partir de la publicación de Salleras en 1924.

Todos los autores están de acuerdo en que las neoplasias primitivas del uréter son poco comunes: Albarrán e Imbert sólo reunieron trece observaciones en sesenta y cinco tumores pieloureterales.

Aschner en 1922, reúne cuarenta y siete casos de la literatura mundial y Spampinato, diez años después dicen que fueron estudiadas hasta entonces, ochenta y ocho observaciones de tumores primitivos del uréter.

Las recopilaciones de W. W. Scott en 1934 y Foord y Ferier en 1939, agotan el tema y desde entonces poco se ha agregado a la clínica y patología de estos tumores.

Resumiremos a continuación la historia clínica de la enferma objeto de nuestra comunicación:

R. W. de L. 72 años. argentina.

Antecedentes: Ha tenido dos infartos de miocardio acaecidos el primero cuatro años antes de la iniciación de sus molestias urinarias y el segundo un año y medio después de su primera crisis coronaria.

La sintomatología se inició hace dos años, por una hematuria de tipo total, con coágulos, que duró cuatro días y a la que la enferma no concedió importancia.

Ocho meses después, tiene una nueva emisión de sangre con sus orinas, acompañada de dolor lumbar derecho.

Dos semanas antes de ser examinada, vuelve a tener hematurias abundantes, con coágulos, dolor renoureteral derecho y en estas condiciones es examinada.

Es una enferma en buen estado general, moderadamente adelgazada.

El examen revela orinas hematóricas.

La palpación de las regiones renoureterales, revela dolor al examinar el riñón derecho, aumentando de volumen y la percusión de la zona lumbar del lado correspondiente, acusa acentuado dolor.

La exploración de la fosa lumbar izquierda no pone en evidencia ninguna anomalía.



Figura 1

Cistoscopia: Vejiga de capacidad normal, mucosa de caracteres normales, orificios ureterales sin particularidades, cuello de movilidad conservada.

Las eyaculaciones ureterales del lado izquierdo proyectan orina, con ritmo normal; en el lado derecho, sale sangre en forma babeante, sin proyección.

No hay neoformaciones vesicales ni se proyecta ninguna tumoración a través del orificio ureteral derecho.

Examen radiológico: La radiografía directa del árbol urinario señala la existencia de una glándula derecha moderadamente aumentada de tamaño. No hay sombras litiásicas.

La urografía por excreción, muestra una imagen normal en el lado izquierdo, con silencio a la evacuación y excreción en el lado derecho, sólo en las imágenes obtenidas tardíamente se dibujan esbozos de cavidades correspondientes al sistema excretor de un riñón ectasiado.

No se visualiza el uréter derecho en ninguna de sus porciones.

La hematuria derecha observada cistoscópicamente y el silencio a la excreción urográfica en el mismo lado, indican la obtención de un pielograma retrógrado.

El intento de cateterismo derecho sólo permite que la sonda ureteral penetre seis centímetros y puede verse en la figura 1 el uretero pielograma.

Se visualiza el uréter en toda su extensión, con gran aumento de su diámetro, llamando la atención a nivel de su porción pelviana una serie de imágenes lacunares y por encima de ellas la acentuación de la extasia del conducto ureteral.

En la región correspondiente al riñón derecho, el medio de contraste ha rellenado parcialmente las cavidades puestas en evidencia por la urografía excretora.

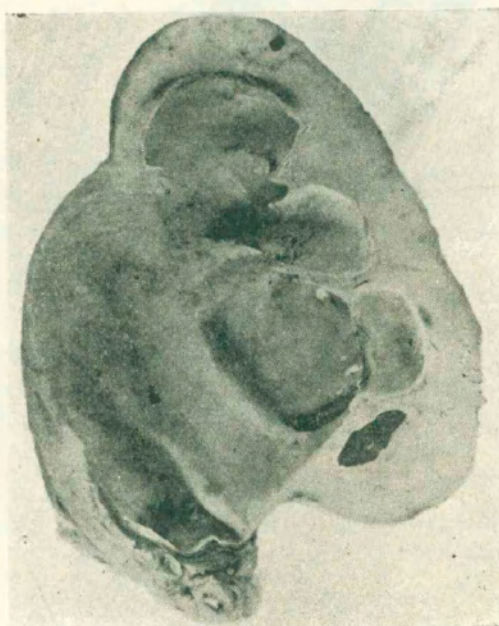


Figura 2

Diagnóstico: Los autores americanos insisten con rara unanimidad en que toda uronefrosis en enfermos de más de cincuenta años de mecanismo poco claro, debe poner en la pista de una neoplasia del uréter y mucho más si ella va acompañada de hematuria.

El caso aquí relatado, con su sintomatología de hematuria, dolor renoureteral, aumento de volumen del riñón derecho, completada o con la imagen obtenida en el uréteropielograma retrógrado, lleva a la conclusión diagnóstica de una afección estenosante del uréter que provoca una acentuada uroectasia derecha.

Descartada la litiasis por la ausencia de antecedentes y de sombras calculosas, eliminada la tuberculosis por la ausencia del germen específico, el diagnóstico se inclinó hacia una neoplasia ureteral.

Examen clínico general: Aparato circulatorio: Pulso regular e igual, medianamente amplio, frecuencia 80 por minuto. Todos cardíacos normales.

El electrocardiograma obtenido señala la existencia de un bloque de rama izquierda, y un bloqueo aurículo ventricular de primer grado. Extrasístoles ventriculares aislados.

Tensión arterial al Baumanómetro Mx. 17, Mn. 10.

El equilibrio del medio interno está conservado.

El análisis de orina densidad 1012, vestigios de albúmina, trazas de pus.

Tratamiento: Con anestesia general, se efectuó una lumbotomía de Heckenbach.

Fácil liberación de la glándula renal derecha, se liga y secciona el pedículo vascular. Se



Figura 3

investigó el uréter y se lo liberó hasta la porción tumoral, ubicada a nivel de los vasos ilíacos, seccionándose el tubo ureteral en una zona de aspecto normal y alejado tres centímetros de la neoplasia.

Cierre de la herida por planos, según técnica habitual, sulfamida local y doble drenaje de la celda renal y del lecho ureteral.

La enferma evolucionó sin inconvenientes de ninguna naturaleza.

Anatomía patológica:

El examen anatómico de la pieza operatoria, comprueba una glándula renal de forma conservada y aumentada de tamaño. El bacinete se presenta tenso y dilatado, conservando su forma.

El tipo de dilatación es el característico de las obstrucciones mecánicas; el parénquima renal muestra una disminución muy acentuada de espesor a nivel de las pirámides.

El revestimiento mucoso de las cavidades pielocalicilares es brillante y presenta focos hemorrágicos (fig. 2).

El uréter (fig. 3), nos muestra su pared adelgazada como consecuencia de la dilatación y presenta en su mucosa focos hemorrágicos confluentes.

En uno de los sectores, alrededor de tres centímetros por debajo de la sección quirúrgica,



Figura 4

obsérvase una tumoración infiltrante que provoca la estenosis de la luz ureteral y que determina la obstrucción mecánica, motivo de la ectasia.

No se observa ninguna otra proliferación en toda la superficie de la mucosa pieloureteral.

Microscópicamente el parénquima renal presenta tejido con discreto infiltrado intersticial y esclerosis difusa.

Los cortes a nivel de la tumoración, nos muestran una formación vegetante formada por ejes conjuntivos-vasculares rodeados de células que presentan atipias; el crecimiento es principalmente expansivo y estenosamente con respecto a la luz del conducto ureteral.

La pared está infiltrada, pero la infiltración no llega a sobrepasar las tunicas músculo celulares del uréter (fig. 4).

COMENTARIOS

Presentamos un caso de epiteloma papilar primitivo del uréter, en una enferma de avanzada edad y con lesiones importantes de su miocardio.

En publicaciones anteriores nos hemos referido a nuestro concepto con respecto a la terapéutica quirúrgica de estos blastomas y sugerimos la nefroureterectomía como la operación radical y la que da mejores resultados en estos casos.

Ello que por otra parte, lo que aconsejan todos los autores que se han ocupado del tema.

En esta enferma por razones del grave riesgo que significa su miocardio enfermo, optamos por practicar la nefroureterectomía en dos tiempos, extirpando el riñón y toda la porción accesible del uréter a través de la lumbotomía.

En un tiempo posterior y si el estado general, sobre todo si la suficiencia circulatoria de la paciente lo permiten; se practicará la meatectomía con la extirpación de los últimos centímetros del uréter.

La enferma debe ser periódicamente observada con cistoscopias y ureterogramas del muñón residual, con el objeto de controlar la aparición de nuevas neoformaciones que como es sabido, se presentan con gran frecuencia.
