

## SOBRE DOS CASOS DE TUMOR PRIMITIVO DE URETER

Por los Dres. ARMANDO TRABUCCO y NATALIO CARTELLI

La oportunidad de haber podido observar e intervenir 2 pacientes, portadores de tumor localizado en la extremidad inferior de uréter, nos induce a presentar los mismos a esta Sociedad, para agregar estos casos a la casuística mundial.

L. H. J. - 52 años, casado, español. Ingresó el 4/2/52. Alta: 7/IV/52.

*Enfermedad actual:* Comienza hace 1 año después de ingerir cerveza, hematuria de tipo final que duró 1 día sin ir acompañada de ardores ni de polaquiuria. Desde entonces a la fecha ha presentado este episodio varias veces. Algunos de ellas acompañada de polaquiuria. En una de estas oportunidades, siendo su hematuria más intensa, consulta. Previo lavado vesical y cistoscopia se le diagnostica hematuria izquierda.

Hace dos días dolor en testículo izquierdo que se irradia a región lumbar izquierda, que se hizo dolorosa, y mareos por lo cual nos consulta.

*Antecedentes:* Viruela en el año 1924. Bronconeumía hace 10 años. No recuerda otras enfermedades. Niega venéreas. Esposa sana.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Estado Actual:* Micción fácil, con discreto ardor al final.

*Orina:* Turbios con pequeños coágulos sanguíneos.

*Riñones y uréteres:* Riñones: no se palpan. Zona renal izquierda dolorosa que dificulta la palpación.

*Testículos:* Se palpan testículos y epidídimos normales en ambos lados.

*Periné:* normal.

*Pene:* normal. *Uretra:* libre al explorador N° 20.

*Próstata:* Ligeramente aumentada de volumen. Consistencia y caracteres normales.

No se palpan secuelas seminales.

*Vesiga:* Examen físico negativo. Capacidad conservada. Poco sensible a la distensión.

*Endoscopias:* Cistoscopia 15/II/52. Mucosa de aspecto normal con algunas celdas y orificios ureterales de aspecto y situación normal. Cuello levantado en su parte inferior por un lóbulo medio.

*Exámenes clínicos generales.* Regular estado de nutrición. Lengua y mucosas húmedas algo pálidas. Buen apetito. Dientes en regular estado de nutrición. Vientre blando depresible no doloroso.

*Ap. respiratorio:* Sin particularidades.

*Ap. circulatorio:* Pulso regular, rítmico.

*Presión arterial:* Máxima 17, Mínima 10.

*Sistema nervioso:* Reflejos conservados. Pupilas iguales simétricas reaccionan bien a la luz y la acomodación.

*Análisis orinas:* Color amarillo. Aspecto turbio. Sedimento normal. Reacción ácida. Densidad 1020. Cloruros 9. Globulina y Glucosas no contiene.

*Examen biológico de sangre:* Wassermann negativa; Kahn negativa.

*Recuento de glóbulos:* Rj. 4.900.000. Blancos: 6.500. Neutrófilos 65; Basófilos 1; Eosinófilos, 1; Monocitos, 3; Linfocitos, 30; Hemoglobina, 92 %; Azohemia 045; Glicemia 1.07; Eritrosa 40-60. Tiempo coagulación 8/2 ó 3/5.

*Microscopio:* Epitelioma papilífero paramalpighiano infiltrante grado II.

Estudio radiológico: 12/II/52. Simle negativa. Nitason 10. Buena eliminación en ambos lados con imágen poco clara en lado derecho, y en lado izquierdo visualizándose pelvis y extremidades de colonos.

30' Igual imagen. Pielogr. asc. izq. La sonda penetra unos 10 cms. y se obtiene la pielografía con citoscopio colocado. Se eleva únicamente unos 3 cms. de uréter continuándose con una parte dilatada del tamaño y forma de almendra. Se repite en Trendelenburg obteniéndose la misma imagen.

5/III/52. Pielogr. asc. izquierdo. Pelvis algo dilatada. Cólicos provocados. Falta de relleno del uréter por debajo de la línea innominada.

*Inspiración y expiración* 5 cm a nivel de la línea innominada uter en forma de huso.

*Tratamiento:* Operación día 11/III/52. Dres. Trabucco-Cartelli y E. Pesse. Raquídea y Pentotal. Incisión infraumbilical paramediana izquierda. Se abre la vaina del recto hasta llegar al peritórneo y se rechaza éste hacia el lado derecho. Se busca uréter, el cual está dilatado —del tamaño de un dedo pulgar en una extensión de unos 3 cms., comprobando al tacto el estar

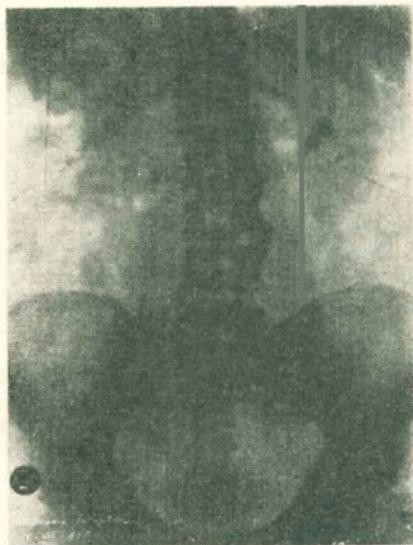


Figura 1



Figura 2

ocupado por una "formación blanduzca". Se practica una incisión longitudinal de unos 2 cms: aparece por la misma, una tumoración de aspecto poliposo —que ocupaba la porción de uréter dilatado. Se practica ligadura en la parte inferior y se secciona, protegiendo la porción de uréter con el tumor, con una gasa. Se practica lumbotomía izquierda, extirpando el riñón, que se encuentra muy adherido, y el uréter. Cierre de pared por planos dejando drenaje de goma en la "loge renal" y en la pelvis (región de uréter pelviano).

*Marcha de la enfermedad:* Día 11/III/52. Suero fisiológico 1. cm<sup>3</sup>. Suero glucosado y suero clorurado hipertónico 30 cm<sup>3</sup> 2 veces diarias. Coramina cada 8 horas. Penicilina 500.000 cada 12 horas.

Día 14: Se suspenden los sueros continuando con la penicilina.

Día 17: Se movilizan los drenajes.

Día 20: Se quitan drenajes. Se suspende penicilina.

Día 23: Se quitan puntos. Congestión pulmonar. Se prescribe penicilina y estreptomycinina 500.000 cada 12 horas y 0.50 de estreptomycinina Neumobron.

Día 27/III/52: Muy mejorado.

Día 30/III/52. Bien.

Día 31/3/52. Se lo hace levantar.

Día 7/IV/52. Alta en buenas condiciones para asistirse en C. E.

G. F., 72 años. Casado. Ruso. Ingresó 20/VII/52. Alta: 12/VIII/52.

*Enfermedad actual:* Comienza hace varios meses con poloquiuria nocturna (2 a 3 veces) disuria inicial y chorro de escasa proyección. Permanece con estas molestias sin tratamiento. hasta hace 20 días en que presenta retención aguda de orina, por lo cual es internado en un policlínico —donde se comprueba al sondarlo— tratarse de una hematuria con coágulos que dificultaban la micción. Se desbloquea la vejiga de los coágulos y se le deja sonda permanente durante varios días. Se estudia el enfermo comprobando tratarse de un adenoma de la próstata, e indicándosele tratamiento quirúrgico, que el paciente y los familiares no aceptan deseando conocer otra opinión. En estas condiciones es examinado por nosotros.

*Antecedentes personales:* No recuerda enfermedades de importancia. Niega venéreas. Esposa sana. Tiene 4 hijos sanos.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Estado actual. Micción, etc.:* Chorro de escasa proyección. Orinas ligeramente turbias.

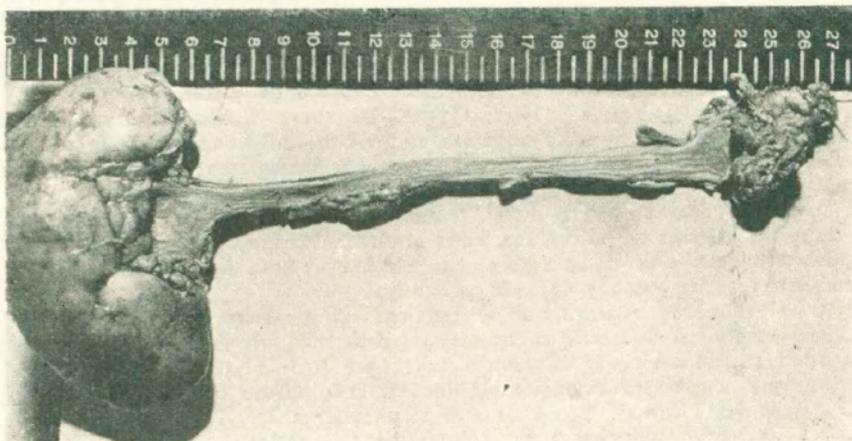


Figura 3

*Riñones y uréteres:* No se palpan ni existen puntos dolorosos clásicos. Palpación dificultosa por el panículo adiposo.

*Testículos anexos-periné:* Se palpan testículos y epididimos normales en ambos lados.

*Periné:* Normal.

*Pene y uretra:* Pene normal. Uretra libre, permite el paso de un explorador N° 22. Uretra posterior alargada.

*Próstata y vesículas seminales.*

Próstata aumentada de volumen (mandarina) lisa - regular, no adherida a mucosa rectal, surco medio borrado. No doloroso, consistencia de adenoma. No se palpan vesículas seminales.

*Vejiga:* Examen físico negativo. Retención 80 c.c. Poco sensible a la distensión. Capacidad conservada.

*Endoscopias:* Cistoscopia. Mucosa despulida. Cuello deformado por dos lóbulos medios grandes. Orificios ureterales situados muy cerca del cuello, siendo necesario bascular mucho el cistoscopio para poder visualizarlos.

*Panendoscopia:* Uretra posterior deformada por 2 lóbulos laterales D.C.V. 8 cms.

*Exámenes clínicos generales:* Buen estado general; lengua y mucosas húmedas y coloreadas. Apetito conservado. No ha perdido peso. Evacúa normalmente su vientre. Vientre globuloso, con abundante panículo adiposo. Indoloro.

*Aparato respiratorio:* Sin particularidades.

*Ap. circulatorios:* Tonos cardíacos acentuados. Pulso tenso, rítmico. Presión arterial: Máx. 18. Mín. 10.

*Sistema nervioso:* Reflejos conservados. Normales. Pupilas simétricas, iguales. Reaccionan bien a la luz y a la acomodación.

*Exámenes de laboratorio:* Orina albúmina y glucosa no contiene. Urea 14.30 cloruros 10 grs. Reacción ácida. Densidad 1018. Sedimentos: normal.

*Examen funcional de los riñones:* Indigo carmin. Buena eliminación en lado izquierdo a los 6'. No hay eliminación del lado derecho a los 15'.

*Examen morfológico de sangre:* Glóbulos rojos 4.850.000. Blancos 9600. Neutrófilos 58. Basófilos 2. Eosinófilos 1. Monocitos 1. Linfocitos 28.

Hemoglobina 92 %.

*Examen bioquímico de la sangre:* Azohemia 0.45. Glucemia 1 gramo.

*Varios:* Tiempo de coagulación 5'. Tiempo de sangría 1.30.

*Examen radiológico:* R. Simple. Negativa. Nitason 10, 20 y 50'. Buena función en lado izquierdo con pelvis y colon y parte visible de uréter de aspecto normal. No hay función de lado derecho, visualizándose únicamente a nivel del disco intervertebral de la 3ª y 4ª vértebra lumbar y a un cm. por fuera de ella una pequeña sombra. blanquecina del tamaño de un grano de arroz y que no se ve en la radiografía simple.

*Uretrocistografía de frente:* Uretra prostática ligeramente ensanchada. penetrando en la sombra vesical.

*Obucua:* Uretra prostática delgada descubriendo una gran sombra de concavidad anterior. Se intenta hacer cateterismo ureteral derecho para practicar una pielografía ascendente pero dada la proximidad del orificio ureteral al cuello —no se consigue poder introducir la sonda— pero se ve eyacular de dicho orificio orina intensamente hematórica.

Tratándose de un hombre de edad con hematuria derecha y sin función de dicho lado. se decide intervenirlo, con el presunto diagnóstico de tumor de riñón.

*Operación:* Día 30/VII/52. Dres. Cartelli-Borzone. Gases. Lumbotomía derecha. Se abre celda renal liberando al riñón de un buen número de adherencias. El mismo se encuentra transformado en una serie de bolsas. que dejan ver por transparencia en algunos puntos. estar ocupadas por líquido de coloración rojiza. Se libera el pedículo y se secciona entre 2 ligaduras. Se explora el uréter hacia su parte distal tratando de encontrar la causa. de esta alteración renal y en su tercio inferior se palpa una zona abultada ocupada por un tejido blanduzco. Se libera un poco por debajo de dicha región y se secciona previa ligadura —cierre de pared por planos dejando drenaje de goma y stopton peritoneal.

Abierto el riñón. se observa que el parénquima renal ha desaparecido y el mismo se encuentra transformado en una serie de bolsas que contienen un líquido sanguinolento. Abierto el uréter en toda su extensión. se observa a nivel del 1/3 inferior una formación de aspecto tumoral vellosa que ocupa una extensión de unos 3 cms. Resto del uréter sin particularidades.

*Pos-Operatorio:* Normal. Se da de alta al paciente a los 12 días de operado en buenas condiciones indicándosele aplicaciones de radioterapia profunda.

Anatomía Patológica N° 1489.

*Necropsia:* Epitelioma parapalpigiano Tipo II.

## COMENTARIOS

Desde que en 1878 Wiesiorg y Blix publican el primer caso de carcinoma primario de uréter, con diagnóstico microscópico, hasta la fecha, el número de publicaciones sin ser escasas, tampoco han sido numerosas, lo que nos demuestra que su existencia a pesar de los medios de investigación de que disponemos, no es frecuente.

Albert M. Crance en 1924 al publicar un caso de carcinoma primario de uréter, encuentra 27 casos publicados. Desde entonces la literatura fué revisada varias veces y, en 1924 Kretschner publicó 36 casos. Player (1928), Rousselot y Lanion (1930), encontraron 50 casos y W. W. Scott encontró 59 casos. Schillings y Sondervorst en el año 1936 publican dos casos y encontraron 113 casos catalogados como tumores primitivos malignos del uréter.

Foord y Ferriar en 1939 agregan 6 casos personales y añaden 10 casos de la literatura que no habían sido incluidos. Y hasta el año 1944 el número de tumores primitivos del uréter llegaba aproximadamente a 140 casos.

En 1949 Herrison F. G., Warres H. J. y Fust J. A. publican 9 casos personales y Douglas H. L. en 1950 publica otro caso.

Entre nosotros el primer caso publicado es el de los Dres. Dante y Trabucco A. en 1937. Luego el de García A. E. y Casal J., quienes en 1947 publican la observación de 2 casos. González R. y Firstater M. y Gómez J. M.

en 1951 y Ortiz A. B., Chimenti A. y Zur G. S. en el mismo año publican una observación cada uno, a los que hay que agregar las 2 observaciones nuestras.

En casi todos ellos el sistema dominante fué la hematuria, con la característica de las hematurias tumorales y cuando la palpación renal percibió una tumoración, ella era debida a una uronefrosis o hematonefrosis. El dolor cuando existe es debido a la presencia de un riñón hidronefrótico. Siendo un dolor sordo y constante en la región renal; otras veces es de tipo cólico cuando hay expulsión de coágulos y en los períodos avanzados, en los que puede haber invasión de los tejidos pelvianos puede existir dolor referido a las regiones sacra y lumbar, muslo y cadera.

En nuestros dos enfermos el único síntoma fue la hematuria y la poliuria y a pesar de existir en uno de ellos una gran hematonefrosis ésta permaneció siempre asintomática.

En lo que se refiere al tratamiento, todos los autores están de acuerdo en practicar la nefroureterectomía.