

Hosp. Rawson. Sala 13. Serv. de Urología
Jefe: Prof. Armando E. Trabucco

TUMORES PRIMITIVOS DEL URETER

Por los Dres. A. E. TRABUCCO, R. J. BORZONE y J. A. SAUBIDET

Presentamos ante nuestra Sociedad, tres nuevos casos de tumor primitivo de uréter, que, con diferencia de pocas semanas entre cada uno de ellos han sido vistos y tratados por cada uno de nosotros. Si recordamos que la casuística nacional llegaba en total a los 14 casos, de los cuales correspondían 7 a Trabucco y colaboradores, estos tres pacientes elevan nuestra casuística a 10 observaciones, sobre 17 nacionales. Esto hace que esta afección, hasta no hace mucho considerada una rareza, deba ser tenida muy presente en las consideraciones diagnósticas diferenciales del síndrome hematuria que a diario se nos presentan. Según la localización del tumor, habitualmente sangrante, esa hematuria puede ser de tipo alto (caso 1 y 3) o de tipo vesical (caso 2) y sólo el estudio exhaustivo del enfermo, llegando en uno de ellos (caso 2) a la pielografía ureterográfica percutánea anterógrada, permitió obtener la exacta y completa situación patológica y su inmediata consecuencia práctica que es el correcto tratamiento quirúrgico.

Caso 1. — C. S., italiano, casado, de 70 años de edad. Ingresó a la Sala 13 del Hospital Rawson el 19-VII-59.

Antecedentes personales: Reumatismo gotoso en tratamiento.

Enfermedad actual: Desde varios meses atrás presenta hematurias totales, sin coágulos, indoloras, sin trastornos miccionales, caprichosas y espontáneas en su aparición, que ceden a veces en el día sin ninguna medicación.

Estado actual: Buen estado general, obeso. T. A. 14-9 cm.

Estudio urogenital: Micción sin alteraciones subjetivas. Orinas turbias con reflejo rojizo unas veces, otras de color pardo achocolatado. No se palpan ni duelen glándulas renales ni puntos ureterales. Uretra libre al 24. Vejiga de buena capacidad, no hay retención. Próstata ligeramente aumentada de tamaño: ciruela chica, de límites netos, surco medio conservado, superficie lisa; el lóbulo izquierdo tiene una consistencia firme, algo mayor que la normal, indolora. Testículos y epidídimos, sin particulares. La cistoscopia revela una vejiga ligeramente columnada, de mucosa uniformemente sana, con orificios ureterales normales, de los cuales, el izquierdo eyacula orina rojiza. Su cateterismo es fácil hasta los 15 cm. donde se detiene el catéter, que provoca discreta hemorragia.

Exámenes de laboratorio: Orina turbia, de color amarillo pardo, ácida, densidad 1013. con abundantes hematias en el sedimento. Urea: 0.37 g%. Glucemia: 1 g%. Eritrosedimentación: 16 y 48 mm. G. R.: 4.600.000 y G. B.: 6.400 mm³.

Estudio radiológico: La radiografía directa del aparato urinario no muestra sombras calcúlosas. El urograma excretor permite apreciar buena eliminación bilateral al lado derecho sin alteraciones aparentes, el lado izquierdo, en cambio, con marcada ureteropielocaliectasia, a partir de un "stop" ureteral a nivel de la IV vértebra lumbar. Ureterografía ascendente izquierda: se visualiza el uréter desde la vejiga hasta la zona estenótica en virola, de 2 cm. de largo, que corresponde al Stop del urograma, en forma de desfiladero fino, refluendo la sustancia opaca a la vejiga, sin progresar más arriba. (Fig. 1).

La sintomatología clínica: hematuria total, caprichosa, espontánea, localizada por cistoscopia en el árbol urinario izquierdo y la imagen de dilatación ureteropielocalicial de ese mismo lado, completada por la ureterografía ascendente, con la visualización de la zona de estenosis

ureteral en virola, permiten afirmar el diagnóstico de *tumor infiltrante del uréter izquierdo*, situado a 15 cm. del meato. Con ese diagnóstico se opera el paciente el 25-VII.59.

Cirujano: Dr. Borzone. Anestesia general. Se comienza por una incisión de Gibson izquierda, que permite el abordaje del uréter pelviano desde la vejiga hasta la zona tumoral,

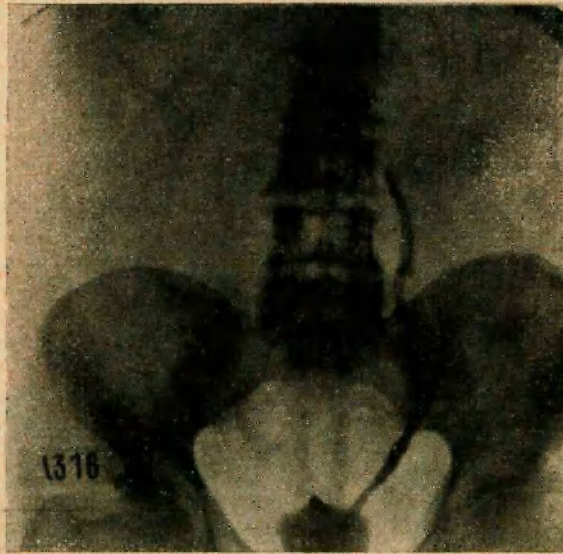


Figura 1



Figura 2

donde presenta un engrosamiento duro, abollonado, de 2 cm de extensión, que está a la altura del estrecho superior de la pelvis, con discreto aumento de la vascularización adventicia, sin adherencias firmes ni ganglios. Se reseca la inserción vesical del uréter entre dos ligaduras, se repara el muñón con una gasa y liberando el uréter hacia arriba hasta donde es accesible, se lo deja arrollado en la zona lumbar retroperitoneal. Cierre parietal en tres planos dejando

sulfamida y drenaje laminar. Se cambia de posición al paciente para el abordaje renal y se efectúa lumbotomía izquierda con resección de XII costilla. El riñón, de tamaño conservado se libera sin mayores dificultades, lo mismo que el resto del uréter y luego de una triple ligadura del pedículo renal, se extrae en bloque el riñón con todo el uréter. Cierre parietal en tres planos musculares, dejando sulfamida y rubber-dam. El paciente evolucionó bien, sin otro incidente que una retención completa de orina, que cedió luego de unos días de sonda permanente y egresó del servicio el 18-VIII-59 en franca convalecencia. Visto el 10 de octubre se encuentra muy bien, con orinas claras y sin trastornos.

Anatomía Patológica. Nº 3854. — Riñón izquierdo de caracteres externos conservados con pelvis ligeramente dilatada y uréter en toda su extensión hasta su desembocadura vesical en bloque. El uréter presenta, a 15 cm del extremo inferior una zona engrosada, de tamaño y forma de una oliva, dura, vascularizada, con calibre mayor que el normal por encima; pero de paredes no alteradas a la vista y al tacto. Abierta longitudinalmente la pieza, se constata la moderada ureteropielocaliectasia a partir de la zona tumoral, que aparece de color blanquecino, maciza, de 2 cm de longitud, con infiltración total de la pared, reduciendo la luz del conducto a un mínimo desfiladero lineal. De esa zona, como se ve en la fotografía 2, se toma un trozo para estudio microscópico. Microscopía: Neoformación ureteral maciza con proliferación epitelial atípica, muy anaplásica, con grandes irregularidades y monstruosidades celulares, que no respeta ninguna de las restantes capas ureterales, que han desaparecido reemplazadas por el tejido epitelial infiltrante (Fig. 3). Se trata de un epiteloma paramalpighiano infiltrante del uréter, de grado IV de Broders.

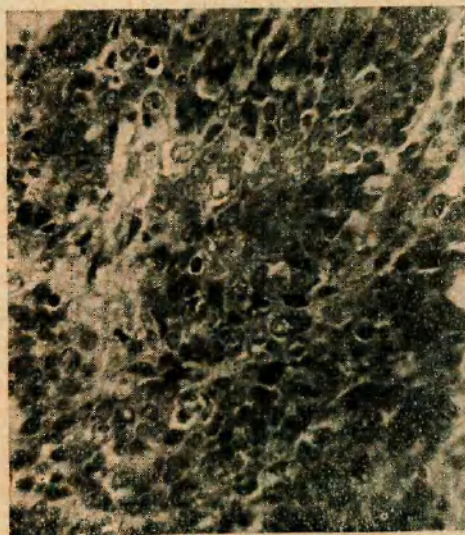


Figura 3

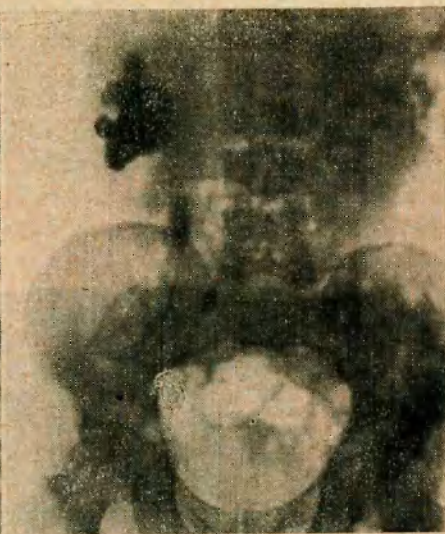


Figura 4

Caso 2. — L. R., argentino, soltero, de 60 años de edad. Internado en la Sala 13 del Hospital Rawson el 6-VIII-59.

Antecedentes personales: hemorragia a los 20 años, sin complicaciones.

Enfermedad actual: Hace dos meses comienza aparentemente su enfermedad, con hematuria abundante, total a refuerzo terminal, con coágulos, espontánea, sin dolores ni trastornos miccionales. Le han practicado una cistoscopia, cuyo informe trae, que revela una neoformación vegetante, mamelonada, que oculta el meato ureteral derecho.

Estado actual: buen estado somático general. T. A. 15.5-7.5 cm Hg. No hay trastornos miccionales. Orinas ligeramente turbias en el momento, sin aspecto hematurico. Los riñones no se palpan ni duelen los puntos renoureterales. Uretra libre al 24. Vejiga de buena capacidad, sin retención. Próstata de tamaño conservado con discreta reacción periprostatica. Testículos y anexos: discreto varicocele izquierdo por reflujo. Cistoscopia: la mucosa vesical aparece sana en toda su extensión, salvo en la parte correspondiente al meato ureteral derecho, que está ocupada por una neoformación mamelonada, carnosa, roja, del tamaño de una frutilla y que parece asentar en el meato pues no se logra pasar un catéter hacia el uréter correspondiente. El meato izquierdo está normal.

Exámenes de laboratorio: Orina: límpida, ácida, densidad 1015. Ausencia de hemoglobina, albúmina y glucosa. Regular cantidad de leucocitos. Urea: 0.35 g. Glucemia: 0.99 g%. Eritrosedimentación: 4-8 mm. G. R.: 1.100.000. G. B.: 8.200 mm³. Hematocrito: 40 %.

Estudio radiológico: la radiografía directa de aparato urinario no revela sombras calcúlosas. El urograma excretor muestra ausencia de eliminación del lado derecho, con buena función y morfología izquierda.



Figura 5

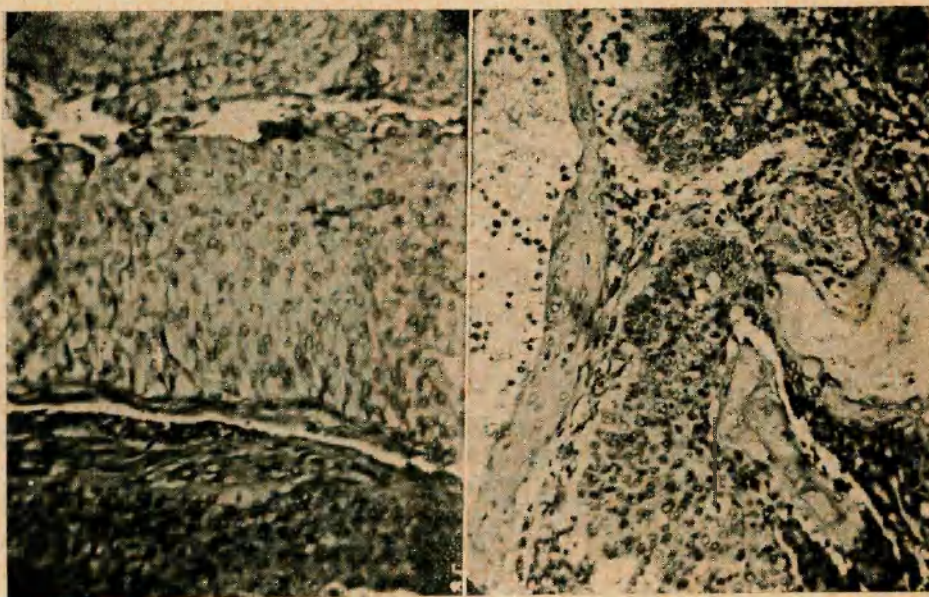


Figura 6

Figura 7

Como es imposible el cateterismo ureteral D por la neoformación que asienta en el meato, se decide efectuar una pielografía anterógrada por punción renal D, inyectando por la aguja 40 cc de sustancia opaca, Umbradil al 50%. Se observa una marcada pielocaliectasia

hidronefrótica. El uréter se visualiza mal, aunque a los 30 cm la toma permite apreciar dilatación segmentaria alta por sombra lacunar en su zona media (Fig. 4).

En este caso, la imagen cistoscópica y el urograma con ausencia de eliminación renal D podía hacer pensar en un tumor vesical infiltrante del meato; pero la pielografía anterógrada por punción —ya que era imposible el cateterismo— que reveló dilatación segmentaria superior del uréter, muy por encima de la vejiga hizo presumir la existencia de un tumor primitivo del uréter D. con brotes propagados a su extremo vesical. Se operó con ese diagnóstico el 22-VIII-59. Cirujano: Dr. Trabucco. Anestesia general. Se comienza con una incisión mediana suprapúbica infraumbilical para tener acceso a la vejiga y a la extremidad inferior del uréter. Al explorar éste se encuentra dilatado y con paredes irregulares y zonas duras por encima del estrecho superior, que confirman el diagnóstico. Se abre la vejiga, ya liberada en su parte lateral, se constata la tumoración que asoma por el meato y un cuello vesical estrecho. Se efectúa cervicotomía a electrobisturí y luego cistectomía parcial completa peritumoral, a 1 cm alrededor del tumor, también a electrobisturí, englobando la desembocadura ureteral. El muñón ureteral tumoral, envuelto en gasa, liberado hasta por encima del estrecho pelviano se deja allí replegado. Sutura de la brecha vesical de la zona ureteral. Colocación de una sonda Foley por uretra y cierre de la cistostomía mediana dejando sonda de Pezzer. Cierre parietal en dos planos, dejando sulfamida y rubber dam. Se cambia la posición del enfermo para abordar el riñón derecho y se efectúa la lumbotomía, con resección de la XII costilla. El riñón es hidronefrótico, de poco parénquima, la pelvis dilatada y el uréter tiene en su zona media una dilatación ocupada por una formación dura de tamaño y forma de una oliva. Una vez liberados, se liga el pedículo y se procede a la nefroureterectomía "in toto". Cierre parietal por planos, dejando sulfamida en la loge y drenaje tubular.

El paciente evoluciona sin incidentes. El 2-IX-59 tiene la vejiga cerrada y empieza a levantarse y el día 5-IX-59, por la noche fallece en forma brusca por un cuadro sincopal o embólico. No se pudo realizar necropsia pues fué retirado por sus familiares.

Anatomía Patológica. Nº 3898. — *Macroscopía:* la pieza está constituida por el riñón derecho, el uréter y un manguito de pared vesical periureteral. El riñón está algo disminuido de tamaño, abollonado, con pelvis infundibuliforme dilatada. El uréter en su zona mediana tiene una dilatación ampular de forma y tamaño de una oliva grande, de consistencia dura, disminuye hacia abajo algo su calibre, aunque es mayor que el normal y termina en su desembocadura vesical, donde procede hacia la cavidad vesical una formación carnosa mamelonada, del tamaño de una frutilla. Abierta la pieza, fig. 5 se observan las cavidades hidronefróticas lisas, de la pelvis y los cálices, con muy escaso parénquima conservado y sus lesiones neoplásicas, ocupando la zona media de la luz ureteral dilatada, una masa tumoral mamelonada de 2 cm x 1.5 cm, firme, sesil en una superficie de 1 cm, carnosa, sin vellosidades que ocluye la luz, la cual está ampliamente dilatada para alojarla, con sus paredes finas. En la zona meática se ve la neoformación proliferativa, vellosa, que asoma parcialmente a la vejiga, rodeada por elementos de la pared vesical.

Microscopía. — El trozo correspondiente al tumor macizo de la porción ureteral media está formado por células epiteliales dispuestas alrededor de ejes conjuntivo-vasculares. Dichas células, estratificadas en múltiples capas son marcadamente irregulares, con numerosas mitosis (Fig. 6).

La zona correspondiente al meato ureteral (Fig. 7), está constituida por el mismo tipo de proliferación que el anteriormente descrito, observándose una mayor penetración en las capas musculares, cuyas fibras están disecadas por mamelones neoplásicos que llegan a rodear algunos vasos, interesando a la pared de los mismos. Diagnóstico histopatológico: epiteloma paramalpighiano infiltrante, malignidad grado 3 de Broders.

Caso 3. — C. S. A., argentino, casado, de 65 años de edad. Se interna en el Hospital Aeronáutico Central el 8-VIII-59.

Antecedentes personales: a los 18 años blenorragia, curada sin complicaciones. A los 22 años, ántrax de la nuca. Hace tres años angina pectoris que cedió con tratamiento.

Enfermedad actual: hace 30 días fuerte dolor de tipo cólico renal izquierdo, con hematuria total, con coágulos, lo cual duró 6 días, desapareciendo espontáneamente. En el momento de su ingreso acaba de presentar un nuevo cólico renal izquierdo con hematuria total sin coágulos.

Estado actual: buen estado general, con T. A. 16 y 9 cm Hg. Discreta bronquitis crónica con Rx torácica normal. Aparato genitourinario: micción sin particulares subjetivas, orinas ligeramente hemáticas. Los riñones no se palpan ni duelen. Uretra libre al 24. Vejiga de buena capacidad, sin retención. Próstata de tamaño de una castaña grande y caracteres conservados; vesículas no se palpan. Testículos y anexos sin particulares. Cistoscopia: el primer examen no reveló alteraciones endoscópicas ni eyaculaciones hemáticas. La segunda, efectuada tres días después, mostró francas eyaculaciones hemáticas a través del meato ureteral izquierdo, de aspecto normal.



Figura 8



Figura 9



Figura 10

Exámenes de laboratorio: Orina: densidad 1015, con abundantes hemáticos en el sedimento. G. R.: 5.200.000, G. B.: 5.560 mm³. Hematocrito: 48%. Eritrosedimentación: 12 y 32 mm. Urea: 0.40 g%. Glucemia: 0.90%. T. de coagulación: 6 m. Tiempo de Sangría: 2 m.

Examen radiográfico. Radiografía directa de aparato urinario: no se visualizan sombras calculosas. Urograma excretor: Ausencia de eliminación renal izquierda. Lado derecho buena función con pelvis globulosa y separación ureteropélica neta.

Pielografía ascendente izquierda (Fig. 8): Se observa que el catéter ureteral se ha arrollado en el uréter pelviano, muy dilatado, por debajo de la zona de obstrucción, que se ve dando una imagen lacunar de tipo vellosa al inyectar la sustancia opaca, que corresponde a la zona del uréter que costea los alerones sacroilíacos. Hacia arriba esa imagen lacunar termina con una neta muesca a concavidad inferior y por encima, el uréter, que es flexuoso y con acodaduras múltiples, presenta calibre normal. La pelvis renal es de tipo hidronefrótica, con una estenosis neta en la unión ureteropélica. Retirado el catéter se ha tomado otra radiografía, que demuestra la persistencia de la imagen lacunar en el uréter pelviano.

Con diagnóstico de tumor primitivo vellosa de uréter izquierdo se opera el paciente el 30-IX-59. Cirujano Dr. Saubidet. Anestesia general. Incisión oblicua lumbosabdominal, izquierda, prolongada hacia abajo posteriormente. Abierta la celda renal, se encuentra riñón algo adherente, con pelvis muy dilatada, unión ureteropélica estrecha por vaso polar. El uréter está engrosado, del calibre de un dedo, con una zona mayor, pulposa, a nivel de su porción pelviana. Se liga el pedículo renal y luego se continúa la liberación ureteral por la incisión ampliada, hasta resecarlo a ras de la vejiga, extrayendo en una sola pieza el riñón y la totalidad del uréter. Cierre parietal por planos, con drenaje laminar. El paciente evoluciona bien y egresa a los 12 días de la intervención.

Anatomía Patológica. Nº 3953. — Macroscopía. La pieza consta de riñón, pelvis y uréter izquierdo en toda su extensión. El riñón es pequeño, irregular, de color rojizo, con muy poco parénquima útil; la pelvis es globulosa, dilatada, con un codo estrecho en la unión ureteropélica surcado por un vaso polar inferior; el uréter en su zona media tiene una dilatación ampular, dura, de 3 cm x 2 cm. Abierta longitudinalmente la pieza, se ve la cavidad pélica dilatada, igual que los cálices, con la mucosa despulida y algunos restos de fibrina adheridos a ella. El uréter en su zona media se encuentra apreciablemente dilatado donde asienta una masa tumoral, mamelonada, sesil, que oculta una extensión aproximada de 3 cm. En la zona más inferior de la dilatación ureteral hay una neta estenosis que comunica con el resto del conducto, sin lesiones macroscópicas apreciables (Fig. 9).

Microscopía. — El estudio histológico de la zona tumoral ureteral, revela una neoformación de tipo paramalpighiano, con ejes conjuntivo-vasculares netos. Las masas celulares adoptan disposición acordonada, maciza y sus elementos, si bien parecen tener tamaños uniformes, muestran irregularidades en la tinción nuclear y en su disposición estructural. En la zona de implantación parietal, se observa invasión de las capas ureterales, con disociación de las fibras musculares por los elementos neoplásicos (Fig. 10).

Diagnóstico: Epitelioma paramalpighiano del uréter, grado III.

COMENTARIOS

Los tres casos presentados son del sexo masculino, con edades por encima de los 60 años: 70 años el primero, 60 el segundo y 65 el tercero. El lado afectado ha sido: el izquierdo en los casos 1 y 3 y el derecho en el caso 2. El tipo histológico de tumor ha sido: epitelioma paramalpighiano, infiltrante grado IV en el caso 1 y grado 3 en los otros dos.

En todos ellos, la sintomatología fundamental ha sido la hematuria, acompañada, solamente en el tercero, por dolores cólicos del lado afectado. Vale decir, que sólo en él había localización clínica presumible por el dolor. La cistoscopia fué de gran valor en los casos 1 y 3, localizando la procedencia de la hematuria. En cambio, por la sola cistoscopia, en el caso 2, podría haberse creído en un tumor primitivo de vejiga infiltrando el meato ureteral derecho. La urografía excretoria fué de real valor localizador en los tres casos: el primero, con stop ureteral izquierdo persistente, que explicaba la hidronefrosis; en el segundo y tercero, mostrando la falta de función del lado enfermo. La demostración exacta del proceso sangrante obstructivo se logró en los casos 1 y 3 por la ureteropielografía ascendente. En el caso 2, con meato obstruido por la neoforma-

ción procedente a vejiga, se reemplazó ese procedimiento imposible de realizar, por la pieloureterografía anterógrada por punción renal.

En cuanto a la técnica quirúrgica empleada, la nefroureterectomía puede hacerse indistintamente comenzando por el riñón y siguiendo hacia abajo con el uréter, como en el caso 3 o de abajo arriba como hicimos en el caso 1. En el caso 2 era obligado comenzar por abajo dada la patología vesical asociada y que requirió el amplio campo dado por la incisión mediana. Generalmente preferimos comenzar por la exploración ureteral baja, cuando hay la más mínima duda de que el proceso obstructivo ureteral sea un cálculo transparente.

COMENTARIOS

La frecuencia con que se nos aparecen en nuestra práctica los tumores primitivos del uréter, ya obliga a recordar esta entidad patológica en las consideraciones diagnósticas ante el enfermo que sangra por su aparato urinario, junto al tumor renal, al tumor de la pelvis y, como hemos visto en el caso 2, aún al tumor vesical visible por el cistoscopio, cuando ese tumor tiene una vinculación sospechosa con el uréter y un pequeño tumor coincide con anulación funcional del riñón de ese lado. En caso como ese, no debe vacilarse en suplir el cateterismo ascendente, imposible, con la pieloureterografía anterógrada por punción. Así se evitará ignorar la lesión ureteral causante verdadera de la hidronefrosis que anula la excreción renal al urograma. Cuando el cateterismo ureteral es posible, el urograma, complementado por la ureteropielografía ascendente son los elementos auxiliares definitivos para el diagnóstico correcto.

RESUMEN

Se presentan tres nuevos casos de tumor primitivo de uréter, con los cuales la casuística nacional asciende a 17 casos. Se hacen consideraciones sobre sus medios de diagnóstico y táctica de tratamiento.
