

CARCINOMA PRIMITIVO DEL URETER

Por el Dr. CONSTANTE COMOTTO

El carcinoma primitivo del uréter constituye una localización rara a juzgar por las estadísticas de los casos publicados. La primera observación se debe a Rayer y data de 1841 y recién en 1900 Albarran, presenta un nuevo caso. Las observaciones van haciéndose más numerosas, paralelamente al progresivo adelanto de los procedimientos de diagnóstico y ya el mismo Albarran en 1902 cita 10 observaciones más, para llegar a Terruzi⁽¹⁾ que en su trabajo publicado en 1958 encuentra en la literatura mundial 413 casos, vale decir en el lapso de 117 años. Realmente, estos números justifican el rasgo de rareza de esta localización. Las cifras de casuística citadas se refieren a casos clínicos, pues si nos atenemos a la búsqueda sistemática del proceso, de acuerdo a las publicaciones de Renner⁽²⁾ citado por Ronzini⁽³⁾, sobre 130.000 autopsias practicadas en el Instituto de Anatomía Patológica de Viena hasta el año 1943 tan sólo fueron hallados 3 tumores primitivos ureterales, lo excepcional de esta localización resalta más aún, lo cual queda confirmado casi 20 años después de las investigaciones de Bini⁽⁴⁾ de 1950 y que en 38.000 autopsias, en el Instituto de Anatomía Patológica de Parma, encuentra un solo caso de tumor primitivo del uréter. Entre nosotros las observaciones publicadas son muy pocas desde la primera en 1934, de Castaño⁽⁵⁾ en 1937 por Dante y Trabucco⁽⁶⁾ seguida por la de García y Casal⁽⁷⁾ en 1947 que presentan dos casos; en 1951 González y Firstater⁽⁸⁾ publican otro caso y en el mismo año otra observación de Ortiz, A. B.⁽⁹⁾, Chimenti, A. y Burg y otra de Zur, G. S., casuística citada por Trabucco y Cartelli⁽¹⁰⁾ que en 1953 publican dos casos más de tumor primitivo de uréter. De acuerdo a lo citado en el lapso de 13 años fueron hallados y publicados 10 casos de la entidad que nos ocupa.

En Chile hasta diciembre de 1959 fueron publicadas 6 observaciones de acuerdo a los doctores Corvalán, L. y Rojas, G.⁽¹¹⁾; en el Uruguay encontramos una publicación sobre el tema, de Lockhart, Aldao y Clark.

Localización: El segmento ureteral más atacado resulta ser el 1/3 inferior, según estudio de 176 casos de Zimmer, correspondería el 63%; al 1/3 superior el 14% y al medio el 10%. En cuanto al sexo según distintos autores, sería el masculino el más representado con un 60%. El lado más afectado según las estadísticas de Gambetta⁽¹³⁾ sería el derecho con 194 casos contra 83 del izquierdo. En cuanto a la edad la mayor incidencia estaría entre los 50 y 70 años, aunque se han descripto casos de niños en la segunda infancia.

El problema de la etiopatogenia es el mismo planteado por el cáncer en general, problema que resiste todavía insoluble al esfuerzo de los más brillantes investigadores. Algunos autores, consideran la acción de la orina cargada de cancerígenos, excretados por el riñón y que explicaría la tendencia a la multiplicidad y recidiva a lo largo del aparato urinario de estos tumores. No

debemos olvidar los factores carcinógenos de naturaleza química vehiculizados por la orina derivados de las anilinas, lo mismo que algunos arsenicales, por su influencia queratógena, como lesión precancerosa como aceptan muchos autores.

Histopatología: Los tumores más frecuentes del uréter son los de naturaleza epitelial, lo mismo que para la vejiga y la pelvis renal. En general, se los clasifica de acuerdo a su estructura histológica en papilomas, carcinomas papilares y carcinomas no papilares. El llamado papiloma constituye un tumor que se implanta en la mucosa por un pedículo, que se ensancha hacia la luz de órgano, formando múltiples digitaciones con un eje conjuntivo vascular cubierto por un epitelio de transición típico. Sobre esta estructura se observa con frecuencia la implantación con o sin infiltración según el momento evolutivo del carcinoma papilar, con su característica histológica de caprichosa distribución celular que ya no es en empalizada, sino con sus típicas monstruosidades celulares y abundante mitosis.

El carcinoma infiltrante, no papilar, es menos frecuente. En cuanto al carácter de malignidad o benignidad de estas formas histológicas nos inclinamos con aquellos que los consideran a todos, no importa su estructura, en malignos y potencialmente malignos, y con Whitlock, Mac Donald Cook (14) en un trabajo llevado a cabo en la Mayo Clinic en 1955, consideramos que los papilomas deben ser incluidos entre los carcinomas y debían clasificarse como epitelomas papilíferos. Los citados autores dividen estos tumores en: carcinomas papilares, aquellos que respetan la membrana basal, no comprometiendo por supuesto la submucosa ni la muscular, los clasifican por la escala de Broders en grupo I, II y III según su aspecto histológico; carcinoma papilar infiltrante a los que infiltran la submucosa y la muscular y los agrupa en los grados II, III y IV. En un tercer grupo coloca a los carcinomas infiltrantes no papilares entre los que incluyen también a los epidermoideos y otros, todos éstos incluidos en los grupos II, III y IV. Si como se ha dicho son raros estos tumores de localización primitiva ureteral, lo son mucho más los de naturaleza no epitelial que resultan realmente excepcionales. Han sido descritos fibromas, fibrolipomas, neurofibromas, sarcomas, endoteliomas, tumores vasculares y entre éstos parecen ser los sarcomas los más frecuentes a pesar que Krause (15) en 1944 revisando la literatura hasta esa fecha, sólo encontró 8 casos desde el primero que describe Kibbert en 1886, vale decir en 60 años, a los cuales agregó 1 caso más; en 1946 Rossien y Rusell (16) con un caso más hacen llegar el total de los tumores sarcomatosos del uréter a 10. Nosotros desconocemos si después de esas observaciones hasta la fecha se han publicado otros casos. En cuanto a los tumores mixtos del uréter hasta 1959 sólo se había publicado un caso de Renner, constituido histológicamente en zonas fibrosarcomatosas, cartilaginosas y mixomatosas entremezcladas con focos de transición neoplásica.

Sintomatología: La clásica triada de los tumores del aparato urinario superior: hematuria, dolor y tumor, se cumple aquí con algunas variantes; la hematuria es el síntoma más constante y casi siempre como primera manifestación a veces acompañada del síntoma de dolor que puede llegar a ser cólico cuando al proceso obstructivo provocado por la lesión se agrega aquel provocado por los coágulos, de otro modo puede ser sordo y gravitativo, de cualquier manera el dolor resulta secundario y condicionado por fenómenos obstructivos, de aquí que en ausencia de coágulos puede faltar en las primeras etapas de evolución del proceso, siendo solamente la hematuria la primera manifestación; hematuria caprichosa que no guarda relación con el decúbito o el movimiento

del enfermo y casi siempre intermitente, se presenta aproximadamente en el 75% de los enfermos. En cuanto al síntoma tumor, resulta de excepción la palpación directa del mismo aunque se han citado casos en los que se lo ha percibido por tacto rectal o vaginal. Lo que se palpa por lo general en el aumento de volumen del riñón correspondiente debido a la hidronefrosis que sigue a los fenómenos obstructivos que el tumor provoca. En su evolución puede llegar a fistulizarse en el intestino o en la vagina. En la orina, fuera de la hematuria macroscópica, existe casi de regla la microscópica y el sedimento puede revelar la existencia de células neoplásicas, por supuesto signo de certidumbre sobre la naturaleza real del proceso, pero que no puede por sí solo darnos la topografía ni la extensión del mismo.

Diagnóstico: Desde el punto de vista clínico es prácticamente imposible diagnosticar el tumor primitivo del uréter. La hematuria, su más significativa expresión y la más constante si se acompaña de dolor unilateral, nos induce a localizarla en el aparato urinario superior sobre todo cuando la cistoscopia nos ha llevado a excluir a la vejiga como autora del síntoma y mejor aun si practicada en plena hematuria la cistoscopia, nos permite localizar el meato ureteral por el que fluye la sangre que da origen al síntoma, pero nada de esto, ni aun en el caso de ver emerger por el orificio meático una formación de aspecto indiscutiblemente neoplásico nos permitirá prejuzgar sobre la localización ureteral exclusiva. Existe un signo, por desgracia muy pocas veces evidenciable, que es capaz de proporcionar un diagnóstico de localización presuntiva bastante cercano al real y lo constituye la fluencia de sangre por un catéter ureteral introducido en el uréter que corresponde, sangre que desaparece netamente al sobrepasar una zona determinada de éste. Pero desde el punto de vista práctico, es el examen radiológico, verdadero imperativo categórico en el estudio completo del aparato urinario medio y superior, el único capaz de orientarnos y llevarnos a un diagnóstico, lo más cercano posible de la realidad. La radiografía simple del aparato urinario, en su negatividad en cuanto a litiasis, nos autoriza a descartar en primera instancia a esta afección, aunque la presencia de la misma no excluye la existencia concomitante de la lesión neoplásica no siendo rara la coexistencia de ambas, tanto que algunos autores consideran a la litiasis factor predisponente de aquella lesión. Pero es el urograma de excreción el medio más útil de orientación diagnóstica, y siendo raro el enfermo que llega al urólogo en consulta sin tener su correspondiente urograma.

Desgraciadamente los procesos que asientan en el uréter alteran rápidamente la función secretoria renal y sólo obtenemos en la mayoría de los casos imágenes mudas o casi, pero de cualquier manera insuficientes, pues si bien nos orientan o nos confirman el lado afectado, es obvio que no nos dirán nada en cuanto a la naturaleza o localización segmentaria del mismo. El ureteropielograma ascendente es el medio de diagnóstico más completo, no sólo para localizarnos la lesión de una manera prácticamente indiscutible en casi todos los casos, sino de darnos de acuerdo a características particulares la naturaleza real de la misma por lo menos en los casos que se la ha estudiado y sobre todo en cuanto al diagnóstico diferencial con el cálculo transparente a los rayos X, que pasaremos a estudiar cuando comentemos el caso que motiva esta comunicación.

Pronóstico: El pronóstico en general es grave, mucho más que el nada favorable del cáncer vesical. Según algunos autores, las conexiones linfáticas del uréter, muchos más amplias que las vesicales, serían las causas de las metástasis que ensombrecen tanto el porvenir de estos enfermos. La naturaleza histo-

lógica, el grado de infiltración parietal, la precocidad diagnóstica, pueden hacer más benigno el pronóstico y alejar las recidivas permitiendo la rápida acción quirúrgica, que según Gambetta rinde una elevada mortalidad, más aún si la urétero-nefrectomía total, que es la intervención indicada por la mayoría de los autores, se efectúa en un solo tiempo. Este autor, sobre 5 intervenciones de esta índole pierde 3 enfermos, mientras que efectuada en dos tiempos, en 4 enfermos no se produjo mortalidad postoperatoria, estadística mucho más alentadora que la que presentan Foord y Ferrier⁽¹⁰⁾ en 1939 con un 34% de mortalidad postoperatoria inmediata; los antibióticos, los adelantos técnico y el mejor conocimiento del mecanismo del stress operatorio, han de mejorar notablemente esa sombría estadística. En cuanto al pronóstico alejado, por supuesto nos referimos a los casos operados, los porcentajes de las recidivas son muy elevados, de acuerdo con la precocidad y amplitud del tratamiento que consideramos desde este aspecto, más promisor que el grado de malignidad histológica, y por supuesto de la magnitud de la propagación del proceso neoplásico, cuando se lo descubre. En un trabajo de Whitlock (loc. cit.) y colaboradores en la Mayo Clinic sobre 33 casos estudiados entre 1945 y 1955 solamente sobrevivieron 7 enfermos más de 5 años, todos portadores de epitelomas papilares no infiltrantes, por supuesto todos intervenidos. En una estadística de Mortensen en 1950 sobre 327 casos, la mortalidad antes de los 5 años de intervenidos fué de un 23% para las clasificadas benignas de acuerdo a la histología y del 77% en las malignas.

Tratamiento: La nefro-ureterectomía total es la intervención indicada por la mayoría de los autores, cualquiera sea el tipo histológico de la lesión, pues aún los epitelomas papilíferos de bajo grado de malignidad histológica, tienen una propiedad de diseminación dentro del canal urinario muy grande, lo cual provoca recidivas a corto plazo en general. Aceptada en principio esta conducta, las discrepancias se presentan en cuanto a la intervención en un solo tiempo o con un segundo tiempo complementario. De acuerdo a la alta mortalidad postoperatoria registrada por todos los autores, creemos que la conducta más prudente impone la segunda manera de actuar. Cuando se trate de un sujeto en excelente condiciones generales y joven, nos inclinamos a la intervención en un solo tiempo cuya gravedad, opinamos está condicionada por la vasta superficie de absorción que constituye el necesario despegue del peritoneo desde la profundidad de la fosa lumbar hasta la pelvis menor, con el consiguiente desorden electrolítico y sus consecuencias, tan mal soportadas por las personas de cierta edad sobre todo. Es indudable que cuando el proceso asienta en el tercio inferior del uréter y muy próximo a la desembocadura vesical, o cuando la epiteliomatosis es múltiple, la intervención quirúrgica lógica es la ectomía total, afrontando todos los riesgos, salvo que derivemos la orina provisoriamente, por encima de la lesión pero agravando la agresión quirúrgica, por supuesto en más o en menos, según el segmento ureteral libre que nos permita efectuar una derivación cutánea del mismo, operación mínima en este caso y que no creemos agrava razonablemente la acción quirúrgica principal. Es indudable que cada caso clínico es un problema distinto y debe plantearse de acuerdo a la circunstancia. Muchas veces la litiasis, que según algunos autores como Krotzschener⁽¹⁸⁾ se la encuentra en el 15% de los casos complica en forma imprevisible el acto quirúrgico, al enmascarar la lesión neoplásica, que se pone en evidencia al practicar lo que se pensó fuera una simple ureterolitotomía. Por supuesto que toda acción quirúrgica multilante está condicionada por el estado anatómico y funcional del riñón opuesto, que puede prohibir cualquier acción de esta

naturaleza. Creemos que debe plantearse el tratamiento actínico en esta época de la telecobalto-terapia, de betatrones, etc., no entrando a ese tema por no tener experiencia ni haber encontrado citas a ese respecto en la literatura consultada.

Nos ocuparemos a continuación del caso que motiva esta comunicación deteniéndonos sobre todo en el diagnóstico radiológico del mismo.

J. V. de 67 años de edad. Consulta por hematuria espontánea intermitente de no mucha intensidad pero a veces con coágulos alargados, que observó por primera vez dos meses antes, presentándose en cualquier momento sin poder establecer relación con ninguna circunstancia especial. Ninguna otra sintomatología se agrega a la referida. Ningún antecedente clínico de interés salvo ser un arterial hipertenso con algunos trastornos cardíacos pero bien compensados.

Al examen clínico urológico, palpación renal negativa en cuanto a dolor o a tumoración. Las orinas en el momento del examen eran lípidas. El tacto rectal revelaba una próstata normal y vesículas seminales impalpables. Uretra libre y sin particular al explorador N^o 24. Los exámenes de laboratorio muestran azohemia de 0,46 grms. por mil en la orina; escasos hematíes en el sedimento. Ninguna otra particularidad digna de mención. En esas condiciones de datos clínicos solamente podíamos aceptar como positivo el hecho de la hematuria, posiblemente del segmento superior del aparato urinario, dada la presencia de coágulos alargados referidos por el enfermo, pero sin ningún indicio de localización. Una radiografía simple del aparato urinario no mostraba en absoluto la más mínima sombra de litiasis y ambas siluetas renales eran perceptibles en su forma, tamaño y posición normal. El urograma de excreción, tomado entre los 10 y 60 minutos, nos mostraba un riñón derecho normal, tanto en su función como en su morfología, pero en el lado izquierdo absoluta falta de sustancia de contraste en todas las exposiciones. En estas condiciones estábamos autorizados a pensar, que la probable lesión que provocaba el síntoma, se encontraba en el aparato urinario superior izquierdo, pero sin tener el menor indicio de la naturaleza de la misma. Una cistoscopia mostró la absoluta normalidad de la vejiga y de los meatos ureterales, y el cuello vesical ligeramente convexo en sus bordes. Se imponía entonces el estudio de la pielografía ascendente izquierda, que en forma casi absoluta iluminó al oscuro diagnóstico que se presentaba hasta ese momento. Se pueden ver netamente las cavidades formadas por los cálices dilatados en conjunto, así como la pelvis renal pero no en forma exagerada. El uréter se continúa hacia abajo muy estrechado en su imagen radiográfica que después de pocos centímetros de recorrido se dirige hacia adentro para, ensanchándose progresivamente, descender hasta la altura del borde superior de la V^a lumbar donde su sombra ensanchada en más de un centímetro se interrumpe bruscamente con una línea de concavidad dirigida hacia abajo y prolongándose por un fino trazo descendente que continúa al borde interno de la imagen ureteral, por un trayecto de unos 3 ctms. para continuarse con la imagen ureteral subyacente que presenta un borde superior netamente cóncavo en forma de cáliz, para disminuir progresivamente de anchura y dirigirse hacia la vejiga sin ninguna otra particularidad. La interrupción de la imagen ureteral se presenta como una zona muda sin ningún matiz de opacidad como se suele observar en las concreciones transparentes a los rayos X, al individualizarlas con artificios de contraste. Pero queremos hacer notar una particularidad en nuestro caso, que se evidencia claramente al examen, atento y es la presencia de un filete muy delgado de la sustancia opaca, que transcurre longi-

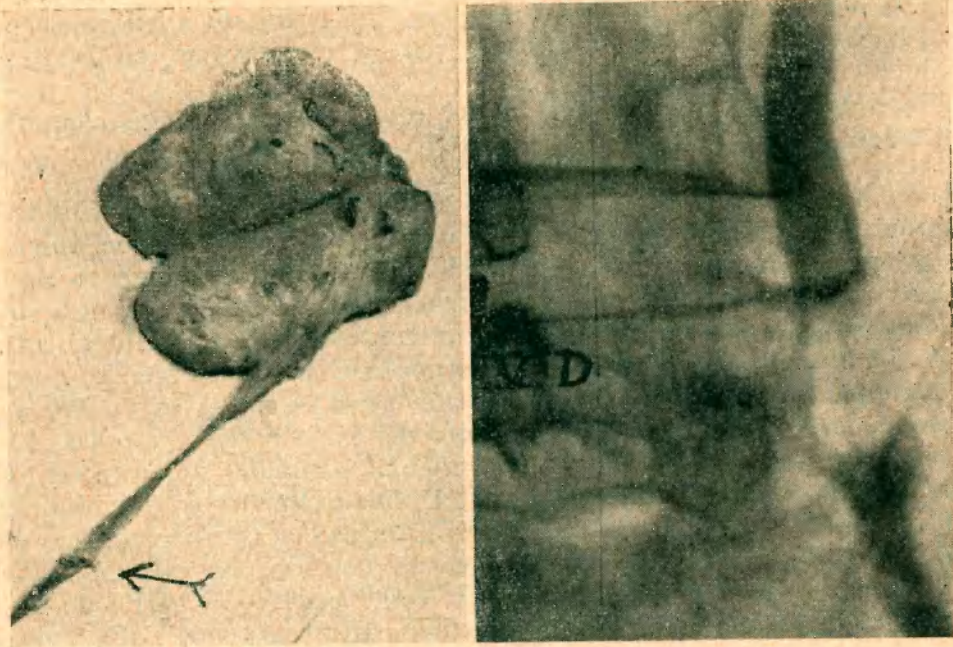


Figura I. — Fotografía de la pieza. El uréter abierto longitudinalmente revela el proceso tumoral señalado por una flecha.
 Figura II. — Ureterografía ascendente. Zona lacunar atravesada longitudinalmente por un filete de substancia opaca que enlaza ambas zonas libres.

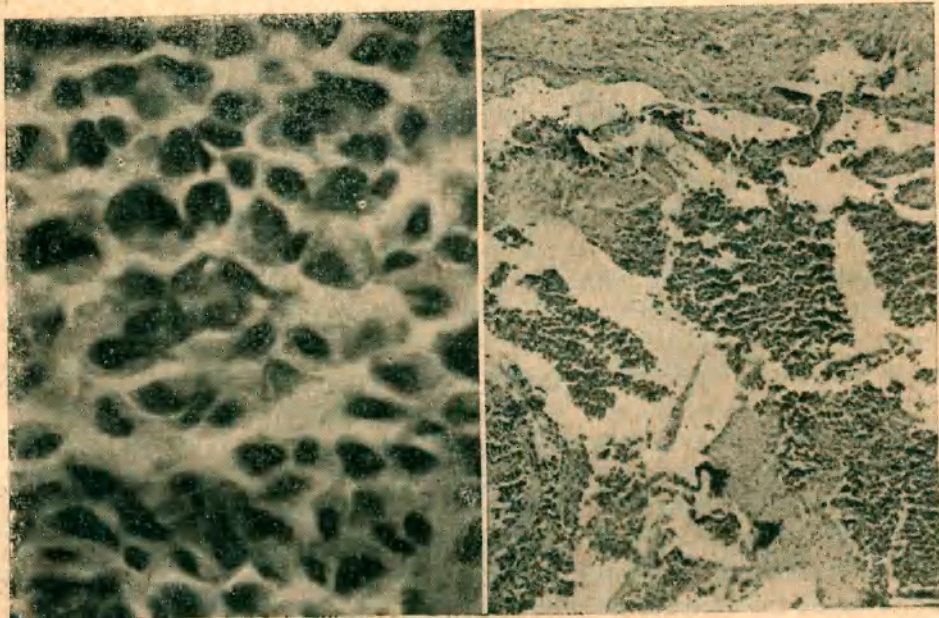


Figura III. — Microfotografía de un corte de pared ureteral y el tumor que la infiltra.
 Figura IV. — Microfotografía a gran aumento. Se observan células de núcleos gigantes e irregulares, dispuestas en forma anárquica.

tudinalmente en el centro de la zona en cuestión, dándonos la idea de tratarse de una lesión en manguito, alrededor de un trayecto central, y que solamente puede darlo un proceso neoformativo de la pared ureteral, del mismo modo que reproducen esa imagen, más o menos claramente, las lesiones neoplásicas de los órganos tubulares como el colédoco, el colon, el píloro, el esófago, etc. Esta analogía ha sido hecha notar por Ronzini (loc. cit.) en un excelente estudio de un caso que parece un calco del que presentamos nosotros. Es indudable que un coágulo puede darnos una imagen engañosa pero, pensamos que sería lacunar solamente y no con las características que acabamos de estudiar.

Completado y pensamos que bien fundado nuestro diagnóstico, practicamos la operación. Con anestesia general con gases, con incisión de Marion prolongada hacia abajo hasta cerca del borde externo del recto anterior, abordamos el uréter e identificamos, algo por encima de los grandes vasos ilíacos, una zona del mismo de algo más de 2 cms. de longitud por $1\frac{1}{2}$ de espesor no adherida, firme a la palpación; hasta donde pudimos explorar el uréter se presentaba palpatoriamente y en sus demás aspectos normal. Una advertencia del anestesista nos decidió a dar término a la intervención, dejando el cuarto inferior del uréter, seccionándolo bastante por debajo de la porción tumoral y practicando a continuación la ureterectomía parcial y la nefrectomía rápidamente. Nuestro plan era dejar pasar un tiempo prudencial y tratar de practicar la ureterectomía restante, tratando de convencer al enfermo de su necesidad a pesar de haber sido reacio a la indicación operatoria, dado la ausencia de síntomas ruidosos o molestos. Recién después de 9 meses nos consultó el enfermo en vista de la reaparición de la hematuria; una cistoscopia nos mostró la emergencia de un brote neoplásico por el meato ureteral izquierdo. El enfermo a pesar de nuestra recomendación de mantenerse en contacto con nosotros, no pensó que esto fuera necesario dado la absoluta falta de síntomas y su recuperación física total después de la intervención. Pasamos a describir la pieza operatoria y la microscopia de la lesión. La pieza está constituida por el riñón izquierdo y la porción ureteral hasta sus $\frac{3}{4}$ partes. El riñón de forma y volumen normal desprendiéndose con facilidad su cápsula que es delgada; la consistencia algo aumentada; al corte del órgano se evidencia los cálices dilatados, con paredes lisas y aplanamiento total de las papilas, la pelvis moderadamente dilatada; la búsqueda minuciosa no revela la existencia de ninguna lesión proliferativa. El uréter se ensancha progresivamente hacia abajo presentando a los 10 cms. su agrandamiento máximo, alrededor de 1 cm., formando un segmento fusiforme de unos $2\frac{1}{2}$ cms. de largo y en la cual la consistencia es firme sin llegar a ser dura. El extremo distal es macroscópicamente normal en sus últimos 4 cms. de extensión. Abierto longitudinalmente el uréter, se observa claramente la zona tumoral a unos 10 cms. del extremo proximal, en forma de una neoformación rosada, de superficie granulosa e irregular, que se implanta sobre la pared ureteral sesilmente y en casi todo su contorno en una extensión de 1 cm. dejando una zona central, como un estrecho desfiladero. Por debajo y por arriba de este segmento no se observa ningún elemento sospechoso de neoformación.

Microscopia: Trozo de uréter con la lesión neoformada. Fijación con formol al 10%, coloración con eosina hematoxilina. Se observa, marcada proliferación celular con disposición papilar, formada por células intensamente basófilas, con núcleos irregulares, algunos gigantes con intensa mitosis, que se infiltran entre las capas ureterales y con crecimiento vegetante hacia la luz

Conformando en conjunto un carcinoma papilar infiltrante y vegetante de uréter.

Conclusiones: No solamente con una finalidad casuística hemos tratado con una extensión mayor que lo habitual el caso que acabamos de exponer, sino con la pretensión de actualizar dentro de nuestros medios, una entidad que dada sus escasas manifestaciones es capaz de pasar desapercibida, por lo menos en las primeras etapas de su evolución, cuando más dable sería esperar un pronóstico más alentador de una acción quirúrgica amplia y precoz. Debemos pensar siempre en su posibilidad y agotar los medios diagnósticos en forma exhaustiva para despistarla, cuando razonablemente hayamos excluido la localización de la causa de un síntoma o un síndrome que pueda ser su manifestación.

R E S U M E N

Se presenta un caso de Carcinoma Primitivo del Uréter. Se comenta lo raro de esta localización, pues en más de 117 a lo sumo sólo se han publicado 413 observaciones. Se considera que en buena parte incide en este hecho la falta de una sintomatología típica, lo que hace el diagnóstico difícil sobre todo si no se piensa en la posibilidad de un proceso de esta índole. La gran mayoría de estos tumores son de naturaleza epiteliomatosa y en su mayor parte de gran malignidad, aún la de aquellos que histológicamente se clasifican entre los benignos, tienen una gran tendencia a inocularse a lo largo del aparato urinario. En cuanto a la sintomatología, la hematuria en su síntoma principal, pero sin nada que la caracterice de las otras localizaciones tumorales del aparato urinario superior, pueden presentarse fenómenos obstructivos correspondientes al segmento urinario en juego. El diagnóstico diferencial debe hacerse con la litiasis ureteral sobre todo y teniendo en cuenta que ésta frecuentemente coexiste con la neoplasia. El examen radiológico del aparato urinario es el que puede llevarnos al diagnóstico real de la localización, sobre todo cuando se constatará la presencia de células neoplásicas en el sedimento urinario. La urétero-pielografía ascendente es capaz de dar imágenes casi características como la que presentamos, una zona lacunar en el trayecto del uréter atravesada longitudinalmente por un filete del líquido de contraste. Se recalca en la necesidad de practicar la ureterectomía total dada la gran incidencia de las recidivas en el muñón ureteral restante. Se aconseja la intervención en dos etapas: nefroureterectomía hasta donde se pueda, para en un segundo tiempo, repuesto el paciente completar la intervención en lo que corresponda. Esta recomendación se basa en las estadísticas de numerosos autores que revela la gran mortalidad postoperatoria inmediata al intervenir en un solo tiempo. El pronóstico es muy serio de acuerdo a las estadísticas, siendo muy raras las sobrevividas de más de 5 años.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Teruzzi, B. — Tumori Primitivi dell Uretere, "Urologia", XXXV, III, 239-48, 1958.
- (2) Renner, M. J. — Primary Malignant Tumors of the Ureters, "Surg., Gynec. and Obst.", 152, 793, 1931.
- (3) Ronzini, E. — Carcinoma Primitivo dell'Ureter, "Urologia", XXVI, fasc. IV, pág. 383, Ag. 1939.
- (4) Bini, G. — Contributto allo studio delle neoplasie epiteliali maligne dell ureter, "Riv. di Anat. Patol. e di Oncol.", Vol. II, Nº 2, 1949, 99-109.
- (5) Castaño, E. — Tumor Primitivo de Uréter, "Rev. Arg. de Urol.", Vol. III, 66, 1934.
- (6) Dante, J.; Trabucco, A. — Tumor de la extremidad inferior del Uréter, "Rev. Arg. de Urol.", VI, año 1937, pág. 18.

- (7) *García, A.; Casal, J.* — Tumor Primitivo del Uréter, "Rev. Arg. de Urol.", Vol. XVI, pág. 193, año 1947.
- (8) *González, R.; Firstater, M.* — Tumor Primitivo de Uréter, "Rev. Arg. de Urol.", Vol. XX, pág. 18, año 1951.
- (9) *Ortiz, A. B.; Chimenti, A.; Burg, S.* — Consideraciones sobre un caso de Tumor Primitivo de Uréter, "Rev. Arg. de Urol.", Vol. XX, Nos. 4-6, pág. 168, año 1951.
- (10) *Trabucco, A.; Cartelli, N.* — Sobre dos casos de Tumor Primitivo de Uréter, "Rev. Arg. de Urol.", Vol. XXII, Nos. 4-6, pág. 169.
- (11) *Corvalán, Luis; Rojas, Guillermo.* — Tumores del Uréter, "Rev. Chilena de Urol.", Vol. XXI, N° 3, Sept.-Dic. 1958.
- (12) *Lockhart; Ardao; Clark.* — Tumor Primitivo de Uréter, "Arch. Urug. de Medicina y Especialidades", pág. 225, julio 1955.
- (13) *Gambetta, G.* — Carcinoma Primitivo dell'Uréter, "Urologia", Vol. XXIII, VI, 1956, 585-609.
- (14) *Whitlock, J.; Mac Donald, I.; and Cook, E. N.* — Primary Carcinoma of Ureter, "J. Urol.", 73, 245.
- (15) *Krauss, Thomas J.* — Papillary Carcinoma of the Ureter, "Urol. and Cutan. Rev.", 48, 522, 1944.
- (16) *Rossien, A.; Russel, Thomas H.* — Leiomyosarcoma Involving the Right Ureter, "Arch. Path.", 41, 665, 1946, citado por *Herbut, P. A.*, en "Patología Urológica", Tomo 1º, pág. 482.
- (17) *Foord; and Ferrier, P. A.* — Primary Carcinoma of the Ureter, "J.A.M.A.", 112, 596, 1939.
- (18) *Kretschmer, I.* — Stone in the Ureter, "Surg., Gynec. and Obst.", 74, 1065, 1942.
- (19) *Morelli Gualtierotti, M.; Capacci, P.* — Due rari tumori primitivi dell'uretere, "Urologia", 15, fasc. 3, 1948.
- (20) *Bisquert, Torres; y Tallman, Benjamin.* — Tumor Primitivo del Uréter, "Rev. Chilena de Urol.", 34, marzo 1955.

DISCUSION

Dr. Schiappapietra. — Considero interesante la imagen que nos ha mostrado el doctor Comotto.

Quisiera preguntarle lo siguiente: ¿si hubiera sido más pequeña no podría pensarse en un cálculo canalicular?

Dr. Brea. — Insisto en la necesidad de efectuar en los tumores del uréter la nefroureterectomía total y la resección del meato ureteral.

El caso que nos presenta el doctor Comotto viene a certificar la necesidad de practicar siempre esa intervención. Yo, personalmente, soy partidario de la operación en un solo tiempo. Prefiero generalmente, hacer una incisión lumbar para la nefrectomía y una incisión baja para la resección del uréter y su implantación en la vejiga, para evitar la lesión que nos ha mostrado el doctor Comotto.

Entiendo que la intervención es bien tolerada, pudiéndose practicar con éxito, salvo en los casos avanzados, como el del doctor Comotto, donde el anestesista aconsejó suspender la intervención quirúrgica, por lo que el enfermo quedó con un pronóstico mucho más serio.

Dr. Comotto. — Al doctor Schiappapietra le diré que se impone el diagnóstico diferencial con los cálculos, pero si la imagen es muy pequeña, la interpretación es difícil. La sorpresa la da el acto operatorio. Por lo general, el cálculo al emigrar provoca dolores solo tiempo, a pesar de todas las precauciones que se adopten. Las estadísticas no señalan que se mueran todos los enfermos que son intervenidos en un solo tiempo, pero la experiencia muestra que un porcentaje elevado de casos evolucionan mejor con la operación en dos tiempos.