

## TUMORES PRIMITIVOS DEL URETER

Por los Dres. ALBERTO GARCIA y JOSE M. MONSERRAT

Los tumores primitivos del uréter constituyen un capítulo aún no bien estudiado de la patología urológica, ya que dada su relativa rareza, no existe una casuística lo suficientemente amplia como para obtener conclusiones valederas. Por lo tanto, está justificado todo nuevo aporte que enriquezca nuestros conocimientos sobre el tema.

Desde la primera descripción de un tumor ureteral (Rayer 1841) hasta la fecha, el número de casos ha aumentado progresivamente, recopilando Whitlock 318 casos en 1955 y Abeshouse 454 en 1956.

La literatura nacional contaba hasta el presente con 17 observaciones.

Son presentados en esta comunicación 4 nuevos casos.

Múltiples factores han sido propuestos como causantes o favorecedores de la aparición de los tumores ureterales: infección bacteriana, obstrucción, litiasis, trastornos hormonales, sustancias carcinogénicas. Estos factores, al provocar alteraciones del epitelio, favorecerían la aparición de la neoplasia.

Como es bien conocido, los tumores del urotelio tienen una marcada tendencia a la recidiva, local o a distancia, sin importar el aspecto histológico, benigno o maligno del blastoma. Esta característica podría explicarse por dos mecanismos: a) origen multicéntrico; b) injertos tumorales a lo largo del árbol urinario.

La primera hipótesis es corrientemente aceptada y no puede ser negada en muchos casos; la segunda debe ser aceptada como cierta en un gran número de casos, basándonos en las siguientes razones: a) si bien es cierto que es frecuente observar focos múltiples en los tumores del urotelio, éstos se observan como recidivas locales (vejiga) o siguiendo el curso descendente de la orina (es decir, es frecuente observar recidivas vesicales o ureterales de un tumor de pelvis, no observándose habitualmente recidivas ascendentes); b) es extremadamente infrecuente la observación de tumores de vías excretoras en ambos riñones o uréteres, ya sea en forma simultánea o sucesiva (como ocurriría en caso de que el origen fuera multicéntrico).

Por estos motivos, creemos que debe considerarse seriamente la propagación e implantación de células tumorales siguiendo el curso de la orina, como explicación importante en la génesis de la multiplicidad de los tumores del urotelio.

La sintomatología de los tumores ureterales es poco precisa. La hematuria es el signo más constante (70 %) seguido en frecuencia por el dolor (60 %) que puede ser de tipo cólico nefrítico o de molestias lumboilíacas indefinidas. Pueden agregarse otros síntomas tales como disuria o ardor miccional.

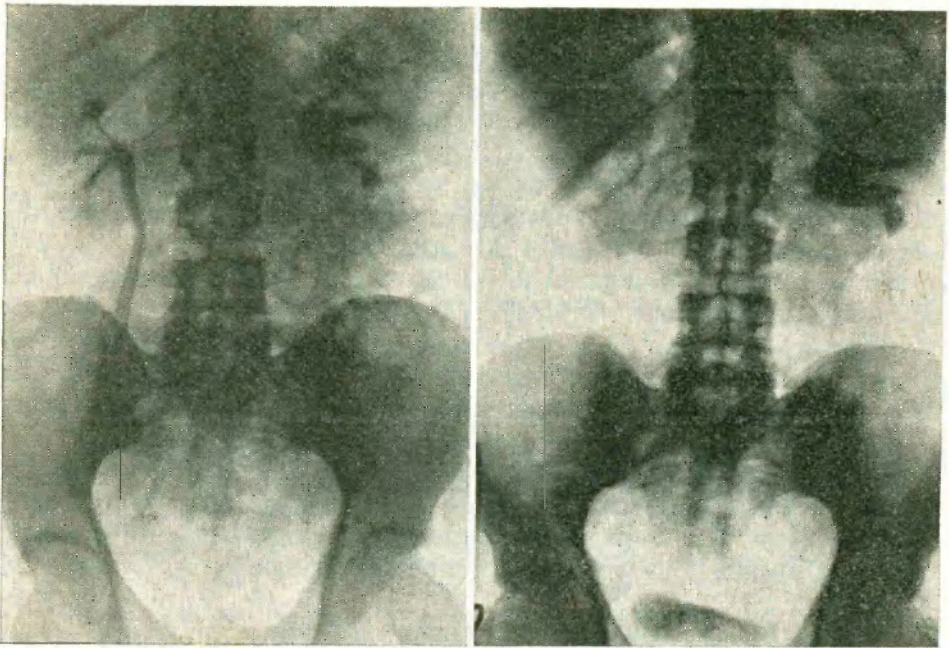
La urografía excretora tampoco es concluyente, pudiendo observarse lesiones de uréteropieloectasia o de riñón excluido, pero raramente muestra el tumor.

El pielograma ascendente puede ser más aclaratorio al mostrar imágenes lacunares, estrechamiento filiforme del uréter o interrupciones bruscas de la

sustancia de contraste. El único signo certero es la visualización cistoscópica de una masa tumoral asomando por el meato ureteral.

La búsqueda de células neoplásicas en el sedimento urinario es un elemento a tener en cuenta para determinar la existencia de un blastoma en el árbol urinario. Creemos que el valor del método es relativo, no debiéndose basar un diagnóstico positivo o negativo con este solo elemento de juicio.

Esta serie de circunstancias, sumadas a la infrecuencia de estos tumores, hacen que el diagnóstico sea difícil, laborioso, y lo que es más grave, tardío. Según una revisión de 128 casos efectuada por Senger, el diagnóstico correcto se efectuó, término medio a los 20, 6 meses de comenzada la sintomatología. Según



Fotografía Nº 1: Urograma excretor (II-1960) mostrando moderada uréteropieloc-tasia derecha.

Fotografía Nº 2: Urograma excretor (V-1961) mostrando exclusión renal derecha.

la revisión efectuada por Gigli, el diagnóstico preoperatorio de tumor ureteral sólo se efectuó en el 40 % de los pacientes.

Esto obliga aún más al urólogo a pensar en el carcinoma ureteral, como causa posible de molestias urológicas indefinidas, o que no tengan una explicación precisa.

*Observación Nº 1:* A. V., 59 años, masculino.

*Diagnóstico:* Epitelioma paramalpighiano diferenciado (Estadio I).

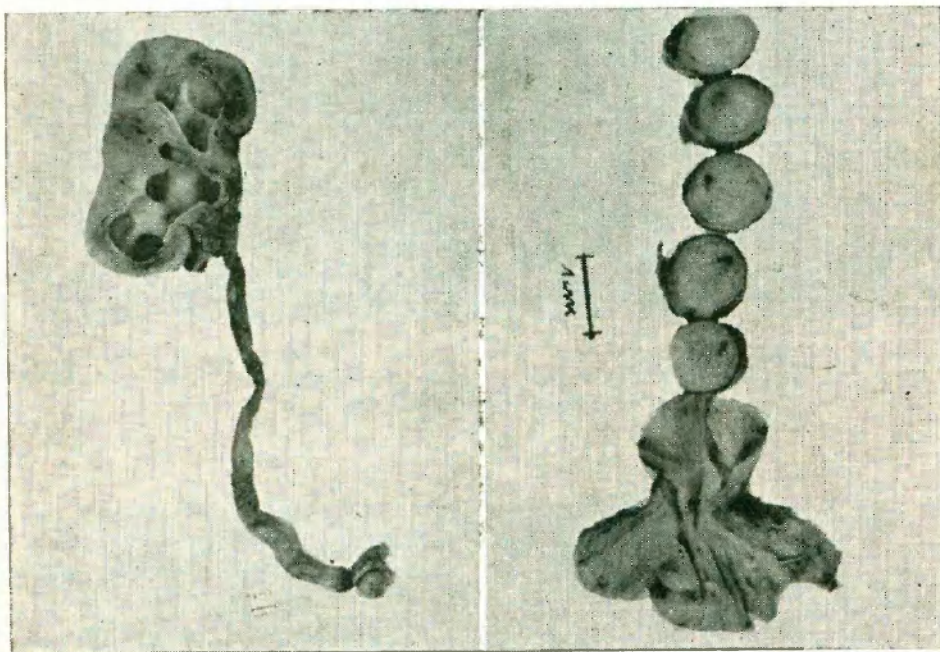
*Tratamiento:* Neufroureterectomía total en un tiempo.

En octubre 1958, cólico nefrítico derecho, debido a una litiasis ureteral derecha. En febrero 1959 se efectúa ureterolitotomía, desapareciendo toda sintomatología, hasta que en febrero 1960, el enfermo presenta una hematuria fugaz, ardor miccional, piuria y febrícula. Se efectúa un examen bacteriológico de orina que revela la presencia de *B. piocianico*, sensible a la cloromicetina. El urograma excretor muestra una moderada ectasia ureteropielica derecha. Con el tratamiento instituido (cloromicetina) desaparece toda sintomatología hasta que en marzo 1961 reaparece ardor miccional, fiebre, piuria y posteriormente, dolor lumbar en el trayecto ureteral derecho.

Se efectúa una urografía excretora que muestra una hidronefrosis derecha, con dilatación ureteral que comienza a nivel de L 5. En mayo de 1961 un nuevo urograma muestra exclusión renal derecha.

Con el diagnóstico de tumor primitivo de uréter se decide la intervención quirúrgica. En junio de 1961 se efectúa una nefroureterectomía total y meatectomía en un tiempo, con doble incisión lumbar y paramediana derecha.

El examen anatópatológico (Prof. Monserrat J. L.) dice: Epitelioma paramalpighiano diferenciado estadio I de tercio inferior de uréter. El riñón presenta una pielonefritis crónica pero no se observa lesión tumoral alguna.



Fotografía Nº 3: Aspecto macroscópico de la pieza operatoria.

Fotografía Nº 4: Aspecto macroscópico de la porción terminal del uréter, visto en cortes transversales. Se observa la luz ureteral ocupada por el tumor.

*Observación Nº 2:* I. G., 65 años, femenina.

*Diagnóstico:* Epitelioma paramalpighiano semidiferenciado. Estadio III.

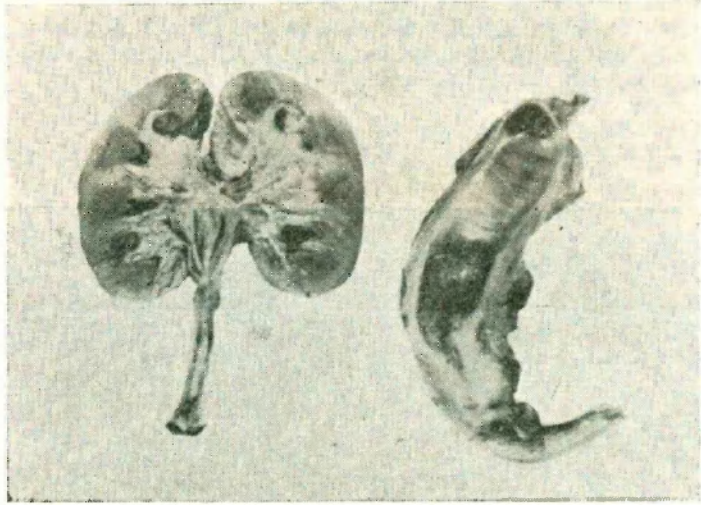
*Tratamiento:* Nefroureterectomía total en 2 tiempos.

En febrero 1956 la enferma presenta dolores lumbares derechos con irradiación a F.I.D. de tipo intermitente. En agosto 1956 es vista por primera vez. Se efectúa una cistoscopia que muestra vegetaciones tumorales asomando por el meato ureteral derecho. Con el diagnóstico de carcinoma ureteral se efectúa la nefroureterectomía total en 2 tiempos, comenzando por la nefrectomía.

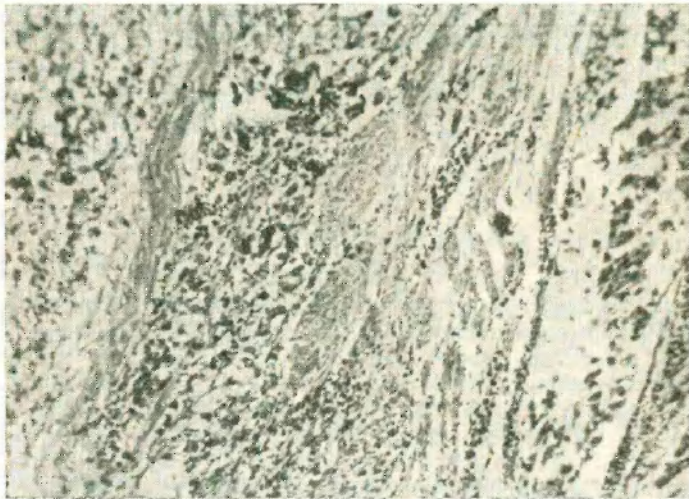
La enferma no presenta ninguna sintomatología hasta que en setiembre de 1960 aparecen molestias indefinidas en hipogastrio y ardor miccional intermitente. 11 meses más tarde presenta hematuria total, por lo que consulta nuevamente. El examen cistoscópico muestra una proliferación epitelial vegetante, de ancho pedículo, en hemivejiga derecha. Se efectúa resección parcial de vejiga.

El examen histopatológico del uréter (Prof. Monserrat, J. L.) dice: Epitelioma paramalpighiano semidiferenciado de la extremidad inferior del uréter, con invasión de la capa muscular (estadio III).

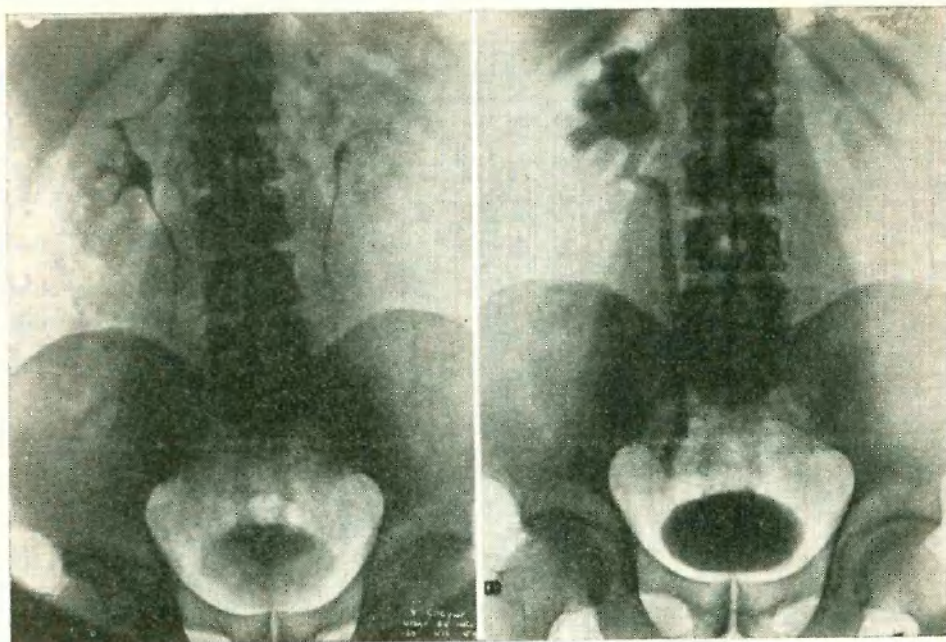
El examen histopatológico de la vejiga muestra iguales características.



Fotografía Nº 5: Aspecto macroscópico de la pieza operatoria (nefroretectomía total en dos tiempos) mostrando la masa tumoral en la porción terminal del uréter.

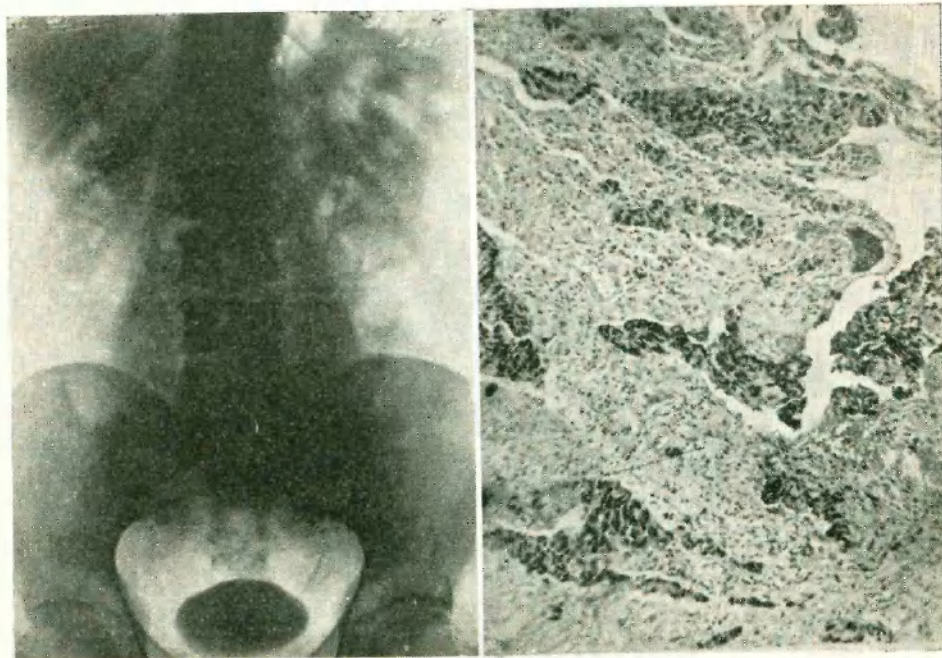


Fotografía Nº 6: Aspecto microscópico del tumor, mostrando la infiltración epiteliomatosa de la capa muscular del uréter.



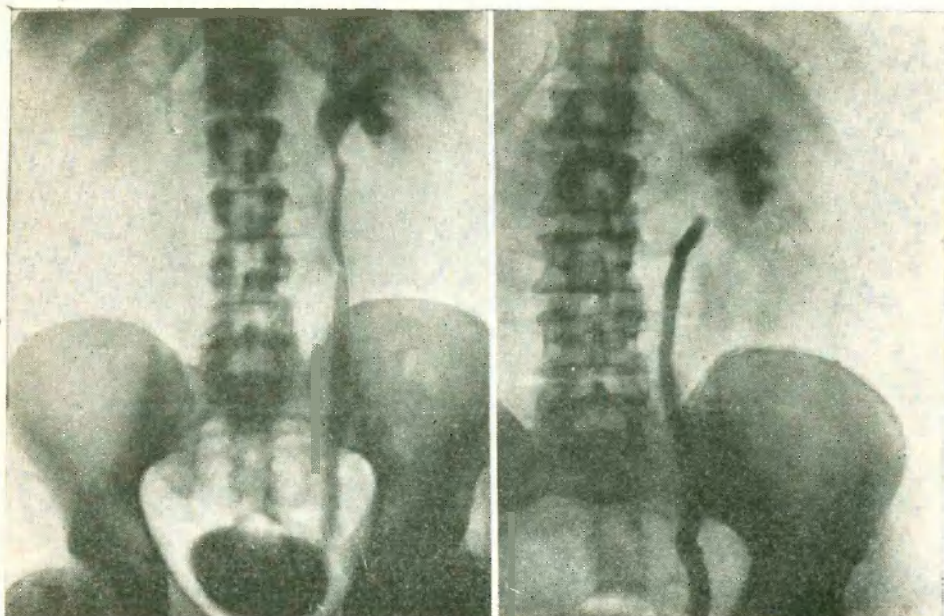
Fotografía N° 7: Urograma excretor (1959) obtenido luego de un cólico renal derecho.

Fotografía N° 8: Urograma excretor (I-1961) mostrando una gran uréteropieloectasia derecha.



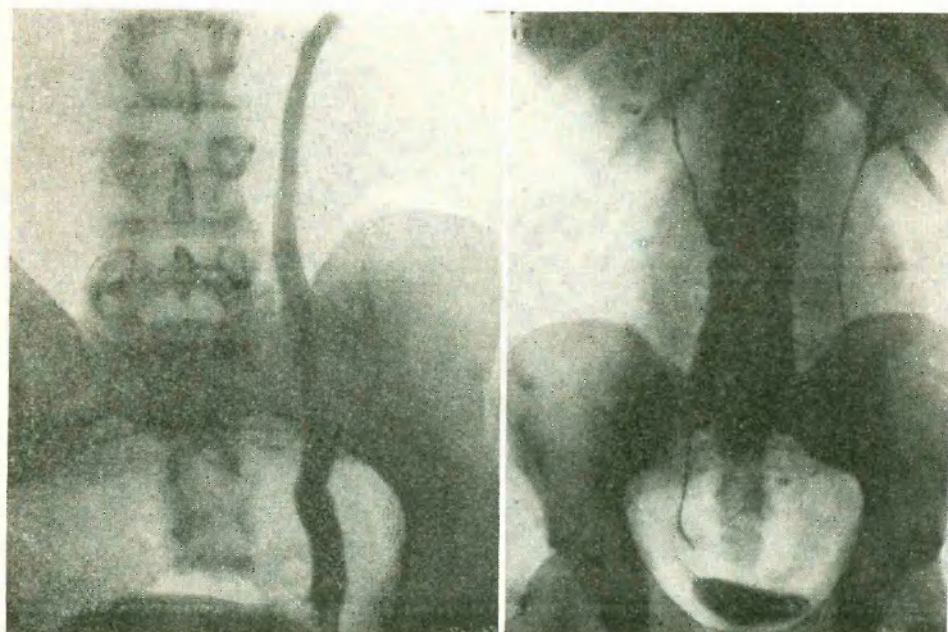
Fotografía N° 9: Urograma excretor (III-1961) mostrando la anulación funcional del unión derecho.

Fotografía N° 10: Aspecto microscópico del tumor. Se observa la gran indiferenciación celular y la infiltración de las capas ureterales.



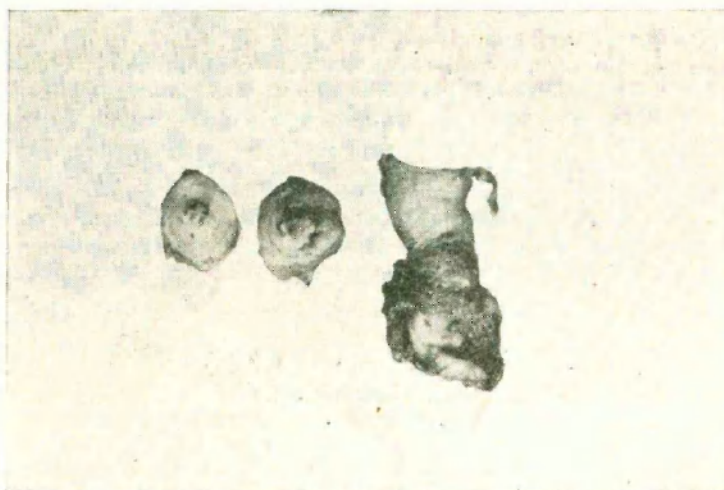
Fotografía Nº 11: Urograma excretor tardío (V-1958) mostrando uréteropieloectasia izquierda. Se alcanza a visualizar una obstrucción a nivel del uréter terminal.

Fotografía Nº 12: Pielografía ascendente (V-1958) mostrando la uréteropieloectasia.

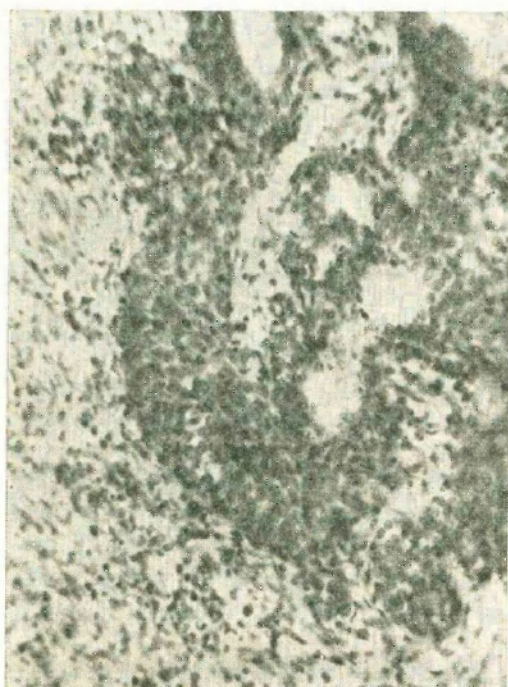


Fotografía Nº 13: Detalle de la fotografía Nº 12, mostrando la estenosis a nivel del uréter terminal.

Fotografía Nº 14: Urografía excretora (IX-1961) obtenida a los tres años de efectuada la resección parcial del uréter terminal, mostrando el aspecto absolutamente normal del riñón y uréter izquierdo.



Fotografía N° 15: Aspecto macroscópico del uréter terminal, mostrando su luz ocupada por la proliferación tumoral.



Fotografía N° 16: Aspecto microscópico del tumor, mostrando la atipia celular y la ruptura de la membrana basal.

*Observación N° 3:* Y. C., 52 años, masculino.

*Diagnóstico:* Epitelioma paramalpighiano indiferenciado, estadio IV.

*Tratamiento:* Nefroureterectomía total y meatectomía en 2 tiempos.

El cuadro comienza aparentemente en mayo 1959 con un cólico renal derecho típico, que desaparece con medicación sintomática. Desde entonces el enfermo presenta ardor miccio-

nal y goteo terminal. A principios de 1961, durante un viaje aparece hematuria total intensa, sin coágulos, de un día de duración, que desaparece espontáneamente para reaparecer a los dos días con iguales caracteres. Se efectúa una urografía excretora que muestra una gran uréteropieloectasia derecha. Sospechando una neoplasia ureteral se aconseja intervención quirúrgica que es rechazada por el enfermo. La hematuria continúa hasta el mes de marzo de 1961 cuando desaparece toda sintomatología, persistiendo únicamente el ardor miccional. En estas condiciones el enfermo es examinado nuevamente. La cistoscopia muestra un intenso edema del meato ureteral derecho; se intenta su cateterismo pero la sonda progresa sólo un centímetro. La urografía excretora muestra una exclusión renal derecha. En mayo de 1961 se efectúa la resección del uréter terminal con meatectomía, realizándose en un segundo tiempo la nefrectomía y ectomía del uréter residual.

El examen histopatológico (Prof. Lascano González) revela la existencia de un epiteloma paramalpighiano indiferenciado estadio IV del uréter terminal. El uréter restante y el riñón no muestran lesión tumoral.

*Observación N° 4: C. G., 48 años, masculino.*

*Diagnóstico:* Epiteloma indiferenciado, Estadio III.

*Tratamiento:* Resección parcial de uréter con uréterocistoanastomosis.

Fue visto por primera vez en julio de 1958, refiriendo que desde hacía aproximadamente 2 años presentaba episodios de polaquiuria, ardor y tenesmo. En agosto de 1957, episodio doloroso lumbo-ilíaco izquierdo, diagnosticado como de origen renal. En mayo de 1958, presenta hematuria de 15 días de duración, con pequeños coágulos sin fenómenos vesicales, examen bacteriológico negativo. Se efectúa una pielografía ascendente, izquierda que muestra dilatación pielocalicial, con uréter dilatado que en su extremo inferior presenta una imagen en sacabocado. La urografía excretora tardía, muestra un uréter distendido, obstruido en su porción terminal intramural. La cistoscopia muestra vejiga normal, salvo la región del meato izquierdo, que aparece elevado y edematoso.

Con el diagnóstico de posible neoplasia ureteral se opera en agosto de 1958, efectuándose una resección parcial del uréter terminal, con uréterocistoanastomosis.

El examen histopatológico (Prof. Monserrat, J. L.) revela una tumoración blastomatosas del extremo inferior del uréter, constituida por una proliferación epitelial indiferenciada y atípica que infiltra la capa muscular.

Exámenes urográficos sucesivos permiten comprobar la ausencia de recidivas tumorales hasta la fecha. La función renal izquierda es completamente satisfactoria.

La conducta terapéutica presenta varios problemas. De acuerdo a la opinión generalizada la terapia de elección es la nefroureterectomía con meatectomía, que se efectuará en 1 ó 2 tiempos según lo permita el estado general del enfermo. Si se decide la intervención en 2 tiempos, se puede comenzar por el tiempo renal ó el ureteral, con la salvedad de que, existiendo la más leve duda acerca del diagnóstico correcto, debe comenzarse por el tiempo ureteral y efectuar la nefrectomía cuando el examen histopatológico confirma la naturaleza blastomatosas del proceso.

Existe otra posibilidad terapéutica importante a considerar, que es la resección parcial del uréter con reimplantación ureteral.

Hasta el presente existen pocos casos en la literatura mundial en los cuales se halla efectuado esta intervención (56 hasta 1960). Sin embargo, creemos que esta conducta merece ser considerada y ensayada en una proporción mayor de enfermos.

Las razones que avalan este concepto son las siguientes: a) es un hecho comprobado la infrecuencia de la multiplicidad de los tumores ureterales (12 % aproximadamente, según Petkovic y Abeshouse); b) la aparición de tumores sucesivos generalmente se hace siguiendo el curso de la orina y no en sentido contrario. De acuerdo a esto, frente a un tumor del uréter habría que efectuar la cistostomía total y no la nefrectomía, conducta terapéutica que nadie aprueba; c) si se acepta la teoría multicéntrica de los tumores del urotelio, la nefroureterectomía total no garantiza la no aparición de un tumor pieloureteral contralateral (de tal manera que esta terapéutica profiláctica, llevada a su máximo rigorismo implicaría la nefroureterectomía bilateral!); d) por lo tanto,



la posibilidad relativamente remota de la aparición de un nuevo tumor en la pelvis o uréter no justifica el sacrificio de un riñón; e) la frecuente localización de los tumores ureterales en el extremo inferior del uréter facilita considerablemente la uréterocistoanastomosis.

Con estas consideraciones no queremos implicar que la cirugía conservadora, sea la terapéutica de elección, sino que la misma no debe desecharse a priori, debiendo ser utilizada bajo precisas indicaciones.

Según Petkovic, las circunstancias que justifican la resección parcial del uréter con reimplantación son las siguientes: tumor único, papilar, diferenciado, de estadio I, con un riñón homolateral con buen funcionamiento.

No es necesario remarcar que al decidirse por una cirugía radical o conservadora, el enfermo debe ser controlado periódicamente mediante urografías excretoras y cistoscopias.

### COMENTARIO

Se presentan 4 casos de tumores ureterales que unidos a otros 3 presentados en otras comunicaciones, hacen un total de 7 casos, que se comentan en conjunto.

*Sinopsis de los 3 casos presentados anteriormente:*

*Observación N° 5:* Diagnóstico: Epitelioma paramalpighiano semidiferenciado. Estadio I.

Tratamiento: Nefroureterectomía total y meatectomía en un tiempo.

*Observación N° 6:* Diagnóstico: Epitelioma paramalpighiano semidiferenciado. Estadio II.

Tratamiento: Resección parcial de uréter y uréterocistoanastomosis.

*Observación N° 7:* Diagnóstico: Epitelioma paramalpighiano semidiferenciado. Estadio II.

Tratamiento: Nefroureterectomía total y meatectomía en 2 tiempos.

*Tratamiento:* Nefroureterectomía total con meatectomía en 1 tiempo, 2 casos. Nefroureterectomía total con meatectomía en 2 tiempos: a) comenzando por el uréter, 1 caso; b) comenzando por el riñón, 2 casos. Resección parcial del uréter con uréterocistoanastomosis, 2 casos.

#### *Evolución*

Muerte postoperatorio inmediato .....	1 (Obs. N° 5)
Muerte a los 5 años .....	1 (Obs. N° 7)
Bien a los 4 meses .....	1 (Obs. N° 1)
Bien a los 6 meses .....	1 (Obs. N° 3)
Bien a los 3 años .....	1 (Obs. N° 4)
Bien a los 4 años .....	1 (Obs. N° 2)
Bien a los 15 años .....	1 (Obs. N° 6)

*Recidivas:* Vesical, 1 caso a los 4 años (Obs. N° 2).

*Tiempo entre iniciación de la sintomatología y diagnóstico:* Promedio 24 meses, máximo 48 meses, mínimo 5 meses.

*Localización:* En los 7 casos el tumor se ha localizado en el tercio inferior de uréter.

*Sintomatología:* Hematuria 6 casos, dolor 4 casos, trastornos miccionales 2 casos.

## BIBLIOGRAFIA

- Oldfordo, J.; Stewart, M.:* Primary ureteral carcinoma. J.A.M.A., 174:1325, 1960.
- Abeshouse, B. J.:* Primary Benign and Malignant tumor of the ureter. Am. J. Surg., 91:237, 1956.
- Pethovic Sava:* Resultats éloignés de la chirurgie réparatrice de l'uretere a l'exclusion de l'hydronephrose dans les tumeurs de l'uretere. XII Congres de la Societe Internationales D'urologie. T.I. (Rapports) 185, 1961.
- Garcia, A.; Casal, J.:* Epitelioma papilar del uréter. Rev. Arg. Urol. 21:31, 1952.
- Garcia, A.; Casal, J.:* Dos casos de tumores del uréter. Rev. Arg. Urol. 16:192, 1947.
- Gibert, J.; Rigondet, G., Gibert, J.:* Tumeurs de l'uretere. Abouchements ectopiques de l'uretere. Les ureteroceles. Masson & Co. Editeurs, 1960.
- Gigli, Ugo:* I tumori epiteliali primitivi dell'uretere. Archivio italiano di Urologia. 33: 215, 1960.
- Senger, F.; Furey, C.:* Primary ureter al tumors with a review of the literature since, 1943. J. Urol. 69:243, 1953.
- Keen, M.:* Primary ureteral tumor. J. Urol., 69:231, 1953.
- Trabucco, A.; Borzone, R.; Saubidet, J.:* Tumores primitivos del uréter. Rev. Arg. Urol. 28:164, 1959.
- Casal, J.:* Tumores de la pelvis renal y del uréter. Tesis de Doctorado, 1951.
-