

CARCINOMA INDIFERENCIADO

(a localización infrecuente)

Por los Dres. JORGE A. SAUBIDET y MARCO A. CASTRÍA

Presentamos un caso que consideramos no frecuente de carcinoma indiferenciado a localización paraureteral izquierda, en unión de tercio inferior con tercio medio que infiltraba la pared del mismo dejando libre su luz, con desplazamiento marcado, megauréter, estenosis ureteropélvica e hidronefrosis.

Historia clínica: A. A., argentino, de 44 años. Resistencia (Chaco).

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Sin importancia.

Enfermedad actual: Refiere el enfermo que en el mes de junio de 1959 sufre agudo dolor localizado en el F. I. I. con sensación de distensión en hemiabdomen inferior. La medicación analgésica y antiespasmódica prescripta por el facultativo atenúa el cuadro. El estudio radiográfico de colon por ingestión revela que el marco colónico se llena en tiempo normal, con ciego en F. I. D. poco móvil y discretamente rechazado hacia la derecha. Se lo observa como si estuviera comprimido por un proceso extracecal.

En el mes de junio de 1962, es decir a tres años del episodio mencionado, se presenta nuevamente sus crisis dolorosas, con caracteres de tipo cólico, con fenómenos térmicos coincidentes. Sus algias tienen propensión a irradiarse desde F.I.I. a región lumbar correspondiente y a hipogastrio, acompañadas de disuria y astenia psicofísica. Su estable valor subjetivo se repiten en dos oportunidades en el período de 60 días. En el mes de octubre irrumpe el cuadro doloroso con el mismo cotejo sintomático, ordenándosele estudio urográfico seriado y pielografía ascendente izquierda.

El urograma excretor efectuado revela discreta uronefrosis con zona estrictural urétero piélica y ectasia ureteral sólo evidenciable hasta articulación sacro iliaca, donde el segmento terminal del mismo se presenta con caracteres de huso. La pielografía ascendente confirma los elementos objetivos señalados, evidenciándose la patología ureteral con caracteres de megauréter segmentario, con manifiesto desplazamiento del mismo hacia la línea media.

La fenomenología persistente y el estudio nefrográfico realizado traducen la existencia de una uropatía evolutiva.

En el mes de enero de 1963, el enfermo decide trasladarse a la ciudad de Córdoba a los efectos de precisar el factor causal de su enfermedad.

En el Sanatorio en el que se interna se le practica examen radiográfico de control comprobándose que los síntomas objetivos y subjetivos evidencian discreto progreso por lo que se aconseja su intervención quirúrgica, sin que se haya precisado hasta el momento la verdadera etiopatogenia del proceso.

En enero de 1963 acusa manifiesta disminución de su capacidad visual en ojo izquierdo, debido a proceso hipertensivo. Recuperado del mismo decide trasladarse al H. A. C. para su diagnóstico y tratamiento definitivo.

Estado actual: Internado, en el Servicio de Urología se inicia el estudio completo del enfermo ya que su sintomatología lejos de atenuarse se ha intensificado haciéndose más persistente en sus manifestaciones.

El examen clínico semiológico no revela riñones palpables, si bien se comprueba a la palpación profunda dolor provocado a nivel de punto ureteral superior izquierdo con irradiación a hipogastrio, y región lumbar correspondiente. Puño percusión renal izquierda positiva. El abdó-

men blando y depresible se manifiesta ligeramente doloroso a nivel de F.I.I. en la que no se descubre palpatoriamente modificaciones estructurales anatómicas.

El examen de las gonadas y sus componentes es negativo.

Subjetivamente la localización del dolor y su irradiación, intensidad y persistencia del mismo; sus fenómenos disúricos, no se han modificado. Tacto rectal: negativo.

El examen cardiológico presenta un miocardio sin signos de descomposición con un trazado electrocardiográfico que revela antiguo infarto anteroposterior cicatrizado. Discreta hipertensión arterial con Mx. 17 y Mn. 10.

Los análisis de Laboratorio no presentan elementos dignos de mención, siendo su eritro con índice de Katz 14, observándose en el examen microscópico de orina algunos hematíes, cristales de oxalato de calcio y ácido úrico. Glucosa y urea en sangre, 0,90 grs. y 0,29 grs. respectivamente.



Dibujo en el que se aprecia la ubicación del tumor a nivel de segmento inferior de uréter izquierdo y sus relaciones con órganos y elementos anatómicos vecinos.

Cistoscopia: 2-IV-63. Pielografía ascendente izquierda. El catéter asciende 16 cms. después de laboriosas maniobras.

Urograma excretor: Radiografía directa de riñones: sombras renales de forma, volumen y posición normal. No se observan imágenes litiásicas opacas a los rayos X. Bordes de los psoas libres. Fenómenos de espondilitis en el segmento lumbar. Pielografía descendente: riñón derecho concentra y elimina el medio opaco en tiempos normales. El riñón izquierdo presenta retardo en su capacidad de concentración y eliminación. Hay dilatación de su sistema pielocalicial y zona estrictural ureteropiélica.

El uréter se presenta ectásico en su segmento lumbar e ilíaco a cuyo nivel se constata estenosis evidente; a partir de la misma se visualiza con caracteres fusiformes.

Pielografía ascendente izquierda: el medio de contraste confirma lo anteriormente observado, presentándose con perfiles más netos las dilataciones pielocaliciales que configuran discreta hidronefrosis; estenosis ureteropiélica, verdadero megauréter segmentario, subyacente, nueva

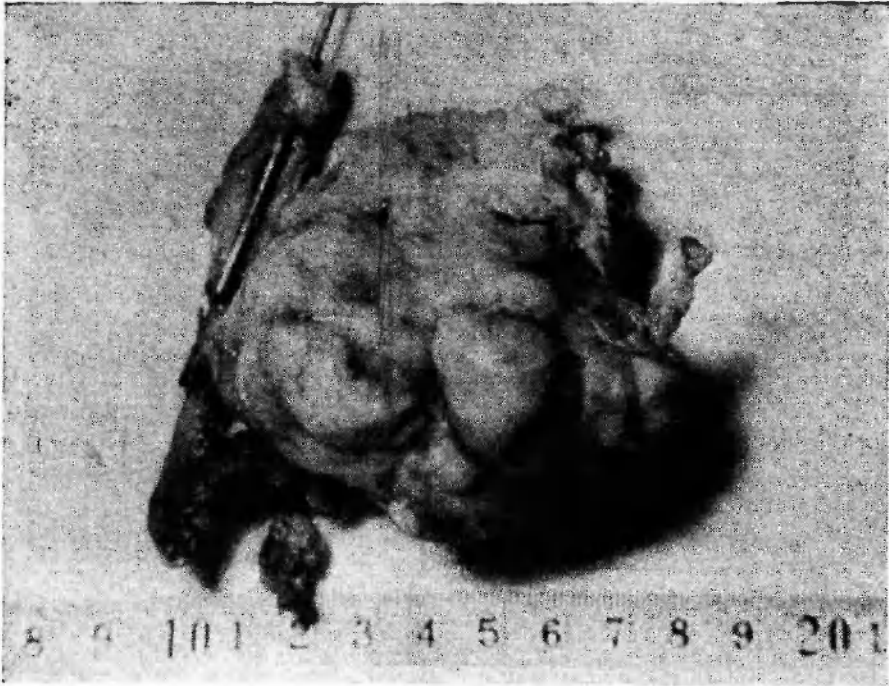
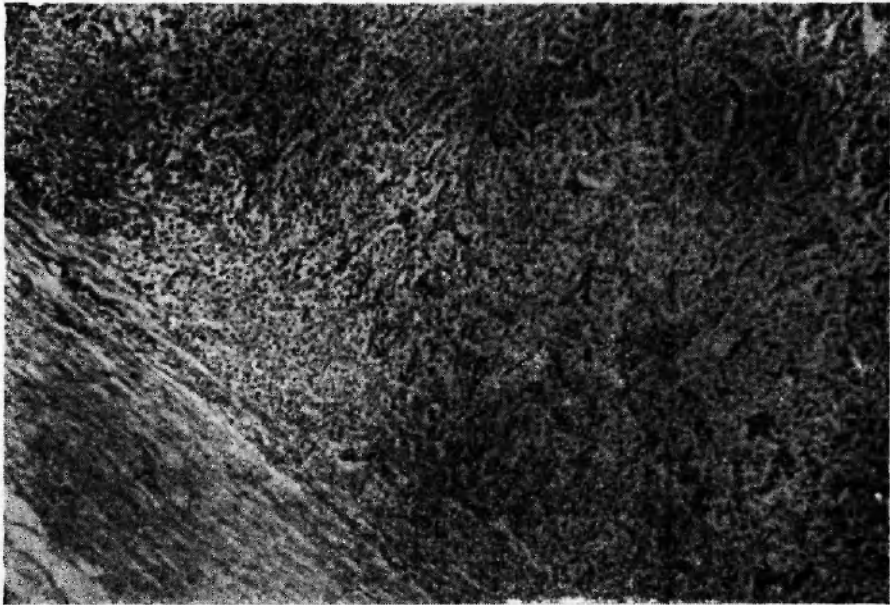


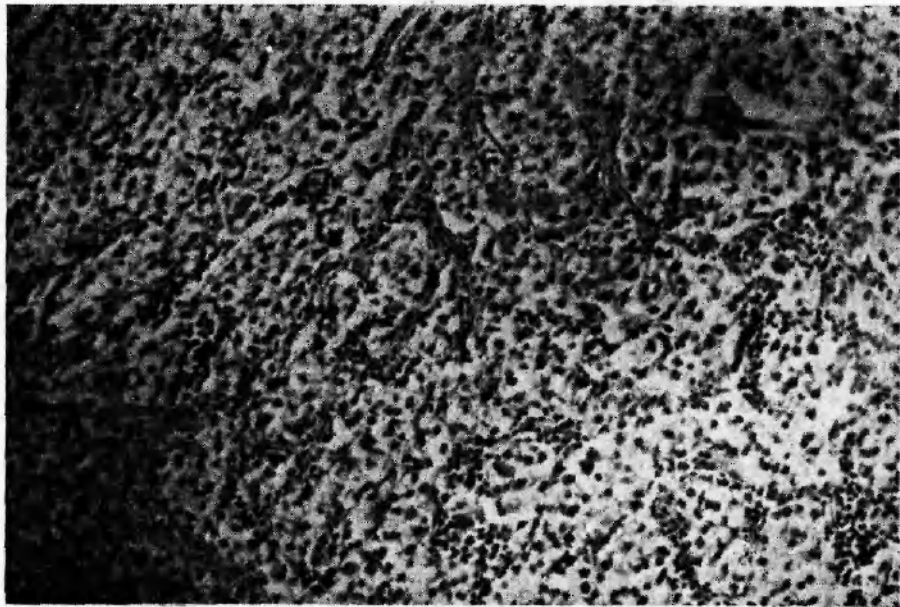
FIG. 1. — Tumoración abollonada de 9 x 8 cms y su relación con el uréter.



FIG. 2. — Uréter, su luz y su pared infiltrada (sonda metálica marca su trayecto).



Nº 1.— Fotomicrografía a pequeño aumento. Tumor limitado por cápsula conjuntiva.



Nº 2.— Fotomicrografía a mediano aumento. Nidos de células tumorales separados por delgadas trabéculas conectivas.

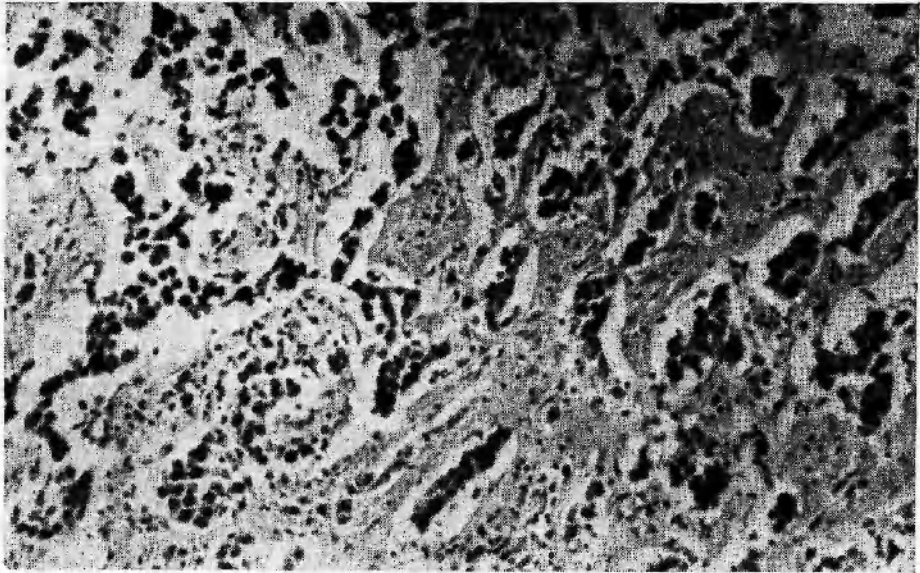
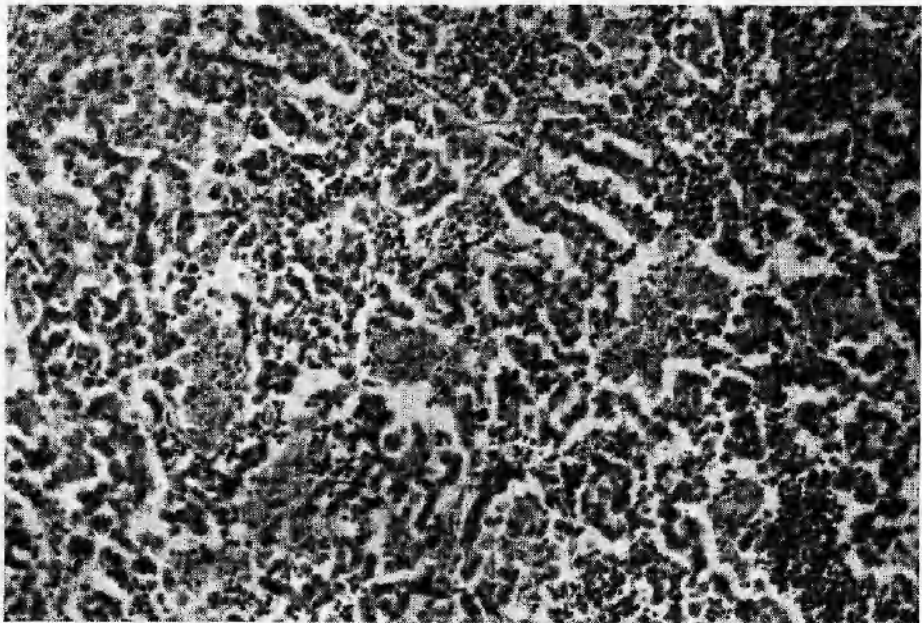


FIG. 3. — Fotomicrografía a mediano aumento. Estroma fibroso con delgados cordones tumorales.



Nº 4. — Fotomicrografía a mediano aumento. Tendencia de los elementos blastomatosos a orientarse en forma de tubos,

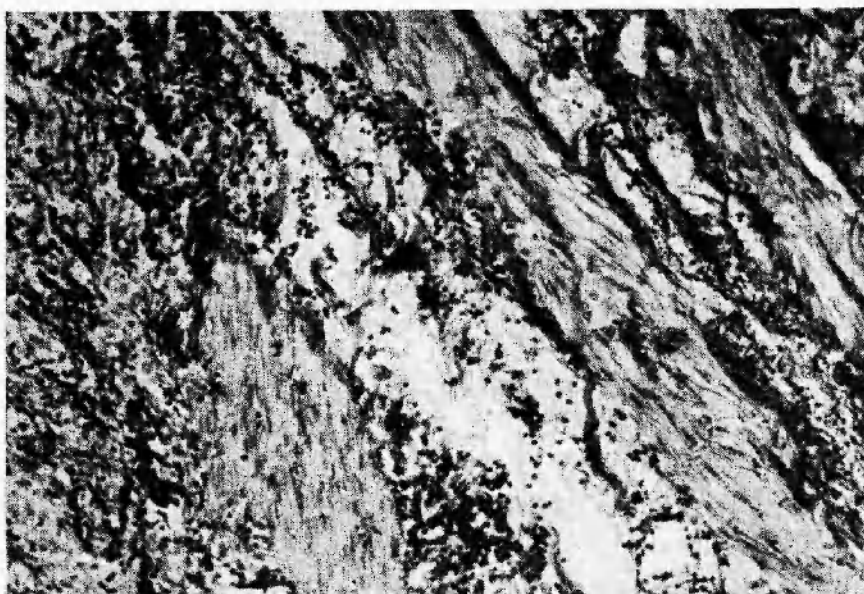
zona estrictural con desplazamiento de uréter hacia línea media y segmento ureteral terminal fusiforme.

Del examen clínico semiológico se desprende como hecho positivo la existencia de un fenómeno subjetivo, dolor, que adquiere caracteres de cólico, con zona de mayor intensidad a nivel de punto ureteral superior izquierdo, irradiándose a región lumbar correspondiente y a hipogastrio. Se acompaña en la generalidad de los casos de crisis disúricas y polaquiúricas, las que se presenta en forma espontánea e intermitente.

Del examen radiográfico seriado y retrógado se obtienen elementos de juicio de significativo valor: hidronefrosis izquierda: dos zonas de estenosis ureteral: una a nivel de la unión ureteropiélica y otra a nivel de articulación sacroilíaca; y segmento en forma de huso de uréter terminal. En casi toda su longitud el conducto excretor del riñón se presenta con caracteres de megauréter.

Los exámenes complementarios y de laboratorio no nos revelan hechos de real interés.

Se acepta en principio que la hidronefrosis de riñón izquierdo está condicionada por la



Nº 5. — Fotomicrografía a mediano aumento. Pared muscular del uréter; capas externas infiltradas por cordones tumorales.

estenosis ureteropiélica, que puede ser de origen congénito, en virtud de que fenómenos compresivos vasculares o procesos reaccionales de naturaleza inflamatoria no se descubren.

El uréter presenta una nueva zona estrictural a nivel de articulación sacroilíaca en donde el mismo se halla desplazado marcadamente hacia la línea media. No se visualiza a ese nivel proceso alguno que determine estenosis ureteral y desplazamiento concomitante. El uréter supra y subyacente se encuentra ectásico, con caracteres de megauréter.

Se decide la intervención quirúrgica abordándose por línea media para explorar la parte inferior de uréter e intentar corregir el primer tiempo ureterovesical.

Operación (3-IV-63). Incisión mediana infraumbilical de 10 cms., sección de planos, separación de rectos anteriores, se investiga la zona paravesical izquierda y se logra palpar rápidamente por detrás hacia arriba, separada de la vejiga una formación tumoral del tamaño de un pomelo mediano (Fig. 1) de 8 cms. encapsulado en su parte anterior accesible, abollonado, que desplaza el uréter a la línea media formando cuerpo con él.

Se abre la vejiga antes de proceder a extirpar el tumor; la pared vesical es sana en todo su espesor. El tumor es de consistencia dura y es enucleado a tijera roma, tuffer y digitalmente

con lentitud. Se ubica en el ángulo formado por grandes vasos, hipogástrica e ilíaca externa las cuales rechazan lateralmente como se ve en el dibujo que se acompaña (Fig. 2), lo mismo las venas correspondientes, de las que se separa con cuidadosa disección.

El uréter desplazado está infiltrado por el tumor en su pared. La palpación del uréter en dicho zona de contacto permite apreciar un engrosamiento en manguito por lo que se decide investigar abriéndolo constatando estrechez de su luz con mucosa sana (Fig. 3).

Ante la presencia de este proceso tumoral duro, no frecuente englobando el uréter en todas sus capas se decide la ureteronefrectomía en dos tiempos. Cumplido el primero se coloca el enfermo en posición para la incisión lumbar de Israel clásica. Se efectúa nefrectomía izquierda.

Evoluciona bien sin temperatura. Se retiró drenaje lumbar a las 48 horas y los drenajes paravesicales a las 72 horas. Se retiró la sonda hipogástrica a los 3 días reemplazándola por sonda Forey ureteral. Se retiraron los puntos a los 8 días. Alta a los 14 días de su operación para efectuarle cobaltoterapia.

A continuación, se presenta las macro y microfotografías de la tumoración y el examen histológico completo (Figs. 1, 2, 3, 4 y 5).

Descripción histológica del tumor: Gentileza del Dr. Ricardo B. Schlossberg, Jefe del Centro Diagnóstico de Neoplasias N° 1. "Neoformación limitada por una suerte de cápsula conectiva en partes infiltrada por elementos blastomatosos que muestran zonas de distintos caracteres. En unas, las células tumorales abundantes se disponen en forma difusa o en grandes nidos separadas por delgados tabiques conjuntivos; en otras el estroma muy abundante y fibroso está surcado por delgados cordones tumorales o blastomatosos. En algunas porciones aisladas las células muestran una cierta tendencia a disponerse en cordones o pseudotubos.

Las células neoplásicas son de tamaño variable de citoplasmas claro o débilmente basófilo, núcleos grandes, irregulares, con grandes nucleolos. Se observan numerosas monstruosidades nucleares y figuras de mitosis atípicas.

A nivel de la zona cordonada las células muestran su citoplasma más denso, con semejantes atipias nucleares, como en las porciones anteriores.

El tumor presenta focos de necrosis y en partes el estroma exhibe abundantes infiltrados linfocitarios.

El uréter de pared engrosada, con su mucosa conservada evidencia, en sus capas externas, amplias zonas infiltradas por cordones de células tumorales".

CONSIDERACIONES

El tumor desde su iniciación en junio de 1962 con crisis dolorosas hasta el acto quirúrgico revelador de la naturaleza del mismo, evolucionó alrededor de un año. Este diagnóstico fue llevado a cabo en la mesa de operaciones. El estudio histológico reveló un *Carcinoma indiferenciado* a localización infrecuente. Se plantea la pregunta si es metastásico de seminoma. No podemos asegurar que no lo sea, pero hemos hecho el estudio clínico exhaustivo del testículo y no encontramos qué justifique su exéresis. Aún así la localización es rara, por eso es que ponemos dicho título al trabajo.

Tampoco podemos asegurar ni negar que se trate de un tumor desarrollado sobre blastema renal o restos embrionarios. No da sensación de algo que recuerde lejanamente al glomérulo.