

PATOLOGIA MULTIPLE

(NEFROURETERECTOMIA, CISTECTOMIA PARCIAL Y ADENOMECTOMIA SIMULTANEA)

Dres. LEON MARIA METZ y JOSE MARIA MONSERRAT

El señor R. A., de 70 años de edad, nos consultó por hematurias. Como datos positivos del estudio efectuado tenemos:

Urograma excretor: Eliminación renal bilateral; riñón derecho pequeño, de 4 x 2 cms. y riñón izquierdo normal. Falta de relleno en hemivejiga derecha; bajo fondo vesical levantado por adenoma de próstata. (Slide N° 1).

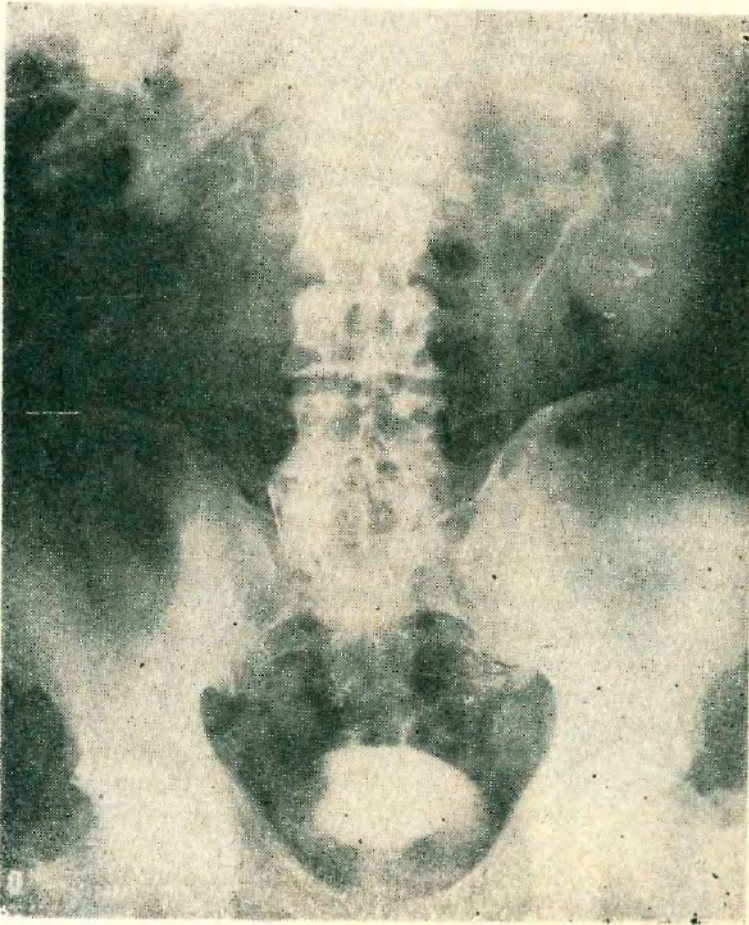


FIGURA 1

Cistoscopia: Vejiga de buena capacidad; sobre el meato derecho, cubriéndolo, se ve una formación papilomatosa que sangra, del tamaño de dos campos cistoscópicos.

Tacto rectal: Adenoma de la próstata.

Estado clínico general aceptable; hipertensión arterial de 17 de Mx y 12 de Mn, con hipertrofia ventricular izquierda.

Visto que estamos en presencia de un hipertenso con atrofia o hipoplasia renal derecha, neoplasia vesical sobre meato derecho y adenoma de próstata, programamos la nefroureterectomía, cistectomía parcial y

eventualmente la adenomectomía; creímos oportuno agregar a la cistectomía parcial (que era el motivo básico de la intervención) la nefroureterectomía por asentar el tumor vesical sobre el meato ureteral, que bien podría tener vinculación tumoral pielo-ureteral, y por, de no ser así, que requeriría un reimplante ureteral de un riñón atrófico.

Como clínicamente estaba en condiciones, decidimos la operación que le interesó a casi la totalidad del aparato urinario.

13/8/1968: Cirujano Dr. León María Metz.

Ayudante Dr. Carlos Giúdice.

Anestesia general.

Lumbotomía derecha; se realiza la nefrectomía liberando el uréter hasta sobrepasar el entrecruzamiento con los vasos ilíacos. Cierre por planos.

Incisión mediana infraumbilical; se extraperitoniza la vejiga localizando el cabo ureteral y preparando el campo para la cistectomía; se abre ésta realizando la amplia cistectomía parcial.

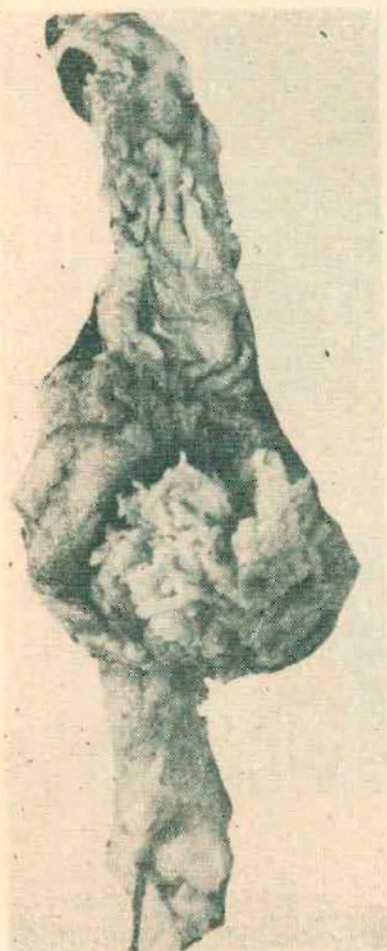


FIGURA 2

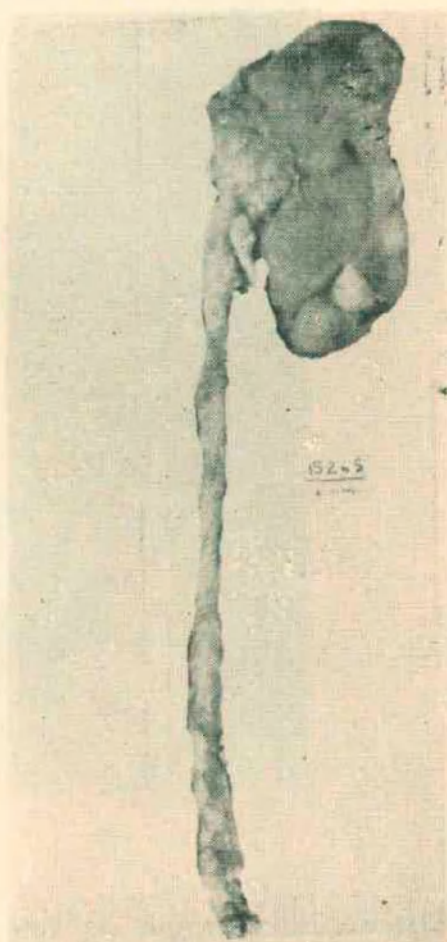


FIGURA 3

Visto que el enfermo estaba tolerando bien la intervención, se le realiza también la adenomectomía suturando cuidadosamente la cápsula prostática a la vejiga. Cierre en dos planos con sonda uretral e hipogástrica. (Slides N° 2, 3, 4).

Material enviado: Riñón - Uréter - Vejiga - Próstata.

Se recibe un riñón pequeño de 4 x 2 cms. con superficie externa irregular, con retracciones cicatriciales y zonas de adherencias a la cápsula.

Al corte se observa el borramiento de la unión córtico-medular y zonas densas con retracción de la cortical. Hay focos de intensa pielonefritis crónica con atrofia tubular y sectores con infiltrados piocitarios.

Uréter: Sin particularidades.

A nivel de la vejiga se nota una proliferación de células epiteliales grandes, basófilas que se disponen formando regueros que infiltran a la submucosa respetando la capa muscular.

A nivel de la próstata existe una proliferación hiperplásica de los acinos formados por células altas, de citoplasma claro. Existe además un foco en plena masa del lóbulo con acinos pequeños, de células sumamente claras, sin estroma interacinar con la característica del adenocarcinoma.

Diagnóstico: Atrofia renal con pielonefritis crónica en intensa actividad.

Uréter normal.

Carcinoma transicional de vejiga, diferenciado grado II.

Adenocarcinoma de próstata de 4 mm. de diámetro.

La tensión arterial bajó a 15 de Mx y fue dado de alta en muy buenas condiciones.

Comentario

El interés del caso estriba no tanto en la existencia de una patología encadenada de casi todo el aparato urinario sino en que debió ser solucionada en forma total y al mismo tiempo.

Resumen:

Se localizó una atrofia renal con hipertensión arterial, tumor de vejiga y adenocarcinoma de próstata realizando la nefroureterectomía, cistectomía parcial y adenomectomía simultánea.