

Hospital Fernández
Sala
Jefe Dr. ALFREDO GRIMALDI

CIRUGIA CONSERVADORA EN EL CANCER DE URETER

JUAN A. MOCELLINI ITURRALDE*, MAURICIO RAPAPORT -
CARLOS SOLA CORNEJO

Existe una corriente de revisión, en cuanto se refiere a la cirugía de los tumores piélicos y ureterales de origen epitelial.

Hasta no hace mucho, sólo la nefroureterectomía total era la conducta correcta aplicable en procesos únicos o múltiples, benignos o malignos.

Esta cirugía sacrifica un órgano de la importancia vital del riñón, sin ofrecer en compensación la garantía del control de la recidiva.

Los nuevos recursos de la fisioterapia de alta energía e incluso la quimioterapia, permiten modificar la evolución anatomoclínica de algunos y en consecuencia, autorizan la revisión de su tratamiento.

Aun sin ellos es prudente preguntarse si sólo limitando la extirpación no se obtienen similares o mejores resultados. Particularmente, en tumores únicos con localización en los 2/3 inferiores del conducto.

Los de esta ubicación, primitivos malignos (carcinomas), tienen propagación perilesional y linfática hacia los ganglios yuxta-aórticos.

Los denominados epitelomas, de tipo paramalpighiano (uroteliales), en cambio, producen recidivas o nuevas formaciones a lo largo del uréter distal.

En los primeros la cirugía localizada puede ser curativa, objetivo más difícil de lograr en los segundos a los que se los considera incluso multicéntricos. A pesar de ello, autorizadas opiniones se han emitido, propiciando este procedimiento quirúrgico en pacientes con tumores únicos de cualquier tipo histológico.

La observación que relatamos corresponde a un hombre de años. H. C. N° 36 418, Hospital Fernández.

Había sido sometido a una intervención quirúrgica con diagnóstico de litiasis ureteral izquierda y nos consulta dos meses más tarde por cólico subintrante de semanas de duración e infección urinaria.

Comprobamos la existencia de una estenosis ureteral izquierda en tercio medio y uronefrosis supraestrictural. Supusimos que se trataba de una lesión iatrogénica quirúrgica, consecutiva a la reciente intervención y decidimos reoperar sin descartar otros posibles diagnósticos, el de cáncer entre ellos.

Encontramos una zona anular retraída y algo más consistente, seccionamos el conducto por encima y debajo de ella y procedimos a la reparación término-terminal. A la semana, estaba en condiciones de alta.

El informe histopatológico dice que se trata de una neoplasia de origen celular transicional, de crecimiento localizado, y cuya alteración corresponde al Grado I.

Las mayores irregularidades celulares se encuentran por campos, desde la zona basal hasta la capa superficial, con disposición perpendicular o sin polaridad. Fig. N° 3.

Dado el estado óptimo del paciente, la resección completa del tumor, su posible radiosensibilidad, le indicamos fisioterapia de alta energía (Telecobalto) y no la nefroureterectomía.

* Avda. Alvear 1572 - Cap. Fed.

Transcurridos más de 18 meses, el enfermo permanece asintomático, controló la infección urinaria, ha engordado y urográficamente se obtuvo la total recuperación morfofuncional renal.

Si tenemos en cuenta estadísticas que informan que sólo un 25 % al 30 % de estas neoformaciones son múltiples, no dudamos que muchas nefroureterectomías podrían evitarse con esta conducta.

La fisioterapia complementa la cirugía conservadora y sus resultados son alentadores. No sabemos en qué porcentaje recidivan los tumores del uréter, pero no es sin duda, con la nefroureterectomía como lo averiguaremos.

Presentamos una observación de cirugía limitada en tumor de uréter, complementada por fisioterapia con total recuperación funcional y morfológica del riñón, al año y medio de operado.



FIG. Nº 1

Urograma preoperatorio a los 120' con doble dosis de contraste. Retardo eliminatorio con considerable dilatación pielocalicial y del uréter inicial izquierdo

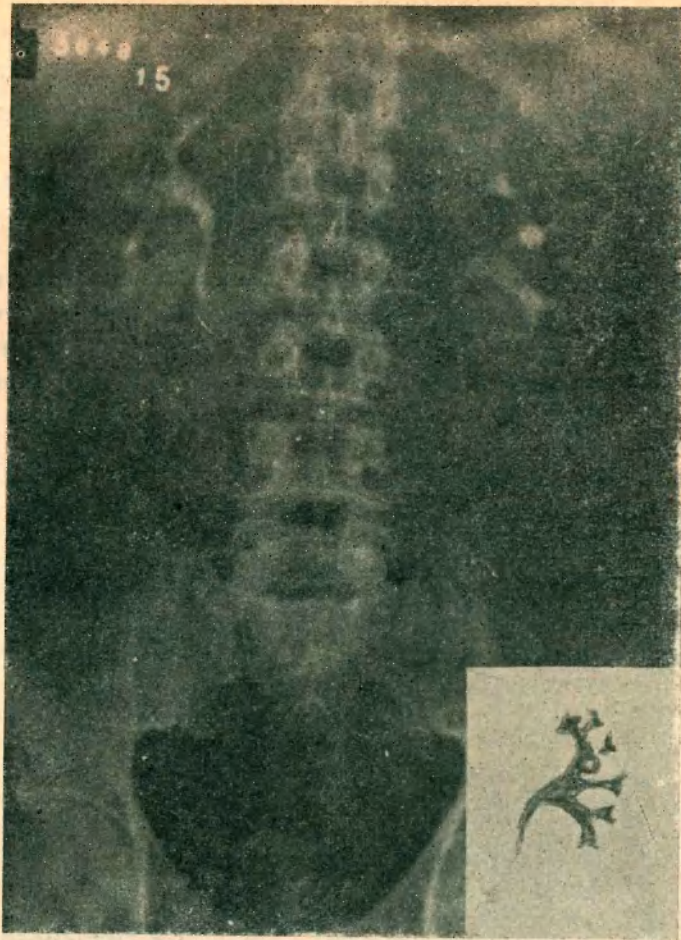
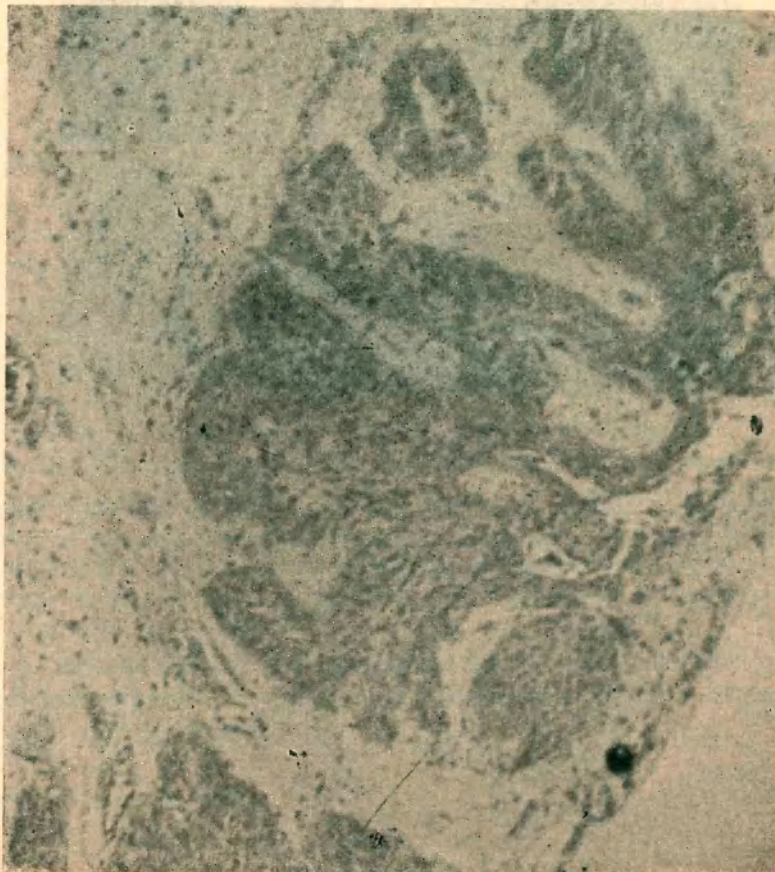


FIG. Nº 2.
Urograma post-operatorio al año y medio de operado. Total
recuperación morfofuncional



me
iati
ope

r
t

Foto Nº 3

BIBLIOGRAFIA

- 1 *M. Camcy*: Une observation de tumeur solée de l'uretère traitée par resection locale. *J. d'Urol.* Tome 66, N° 4, Abril 1960, pág. 337-8.
- 2 *M. M. Alboulker, F. Wetterwald, R. Ronat Beusahel*: Neuf observations de tumeurs de l'uretère. *J. d'Urol.* Tome 67, Dec./1961. N° 12, pág. 805-809.
- 1 *R. Kuss, L. Quenu et C. Kiény*: Chirurgie conservatrice et tumeurs de la voie excrétrice du Rein. *J. d'Urol.* Tome 65, N° 1-2. 1959, pág. 1-10.
- 4 *A. Puigvert*: Pielectomia parcial por tumor. Instituto de Urologia: Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona, 1954. 1ª Serie.
- 5 *J. Caldentu Roca, A. Puigvert, F. González Núñez y C. Elizalde*: Cirugía conservadora en los tumores de la pelvis renal. *Arch. Esp. de Urol.* Tomo XX. N° 3, 1967.
- 6 *C. Banoso, T. Florence, C. Scott*: Bilateral papillary carcinomas of the ureters: Presentation of a case and 2 year follow up Report. *J. of Urol.* Vol. 96, N° 4, oct./66, pág. 451.

DISCUSION

Dr. Borzone. — Quiero preguntar un simple detalle de técnica a los comunicantes: si la sutura término-terminal la practicó con tutor o sin tutor.

Dr. Mocellini Iturralde. — Usamos el tutor para facilitar las maniobras durante el tiempo quirúrgico. Luego, lo retiramos.