

Servicio de Urología del Hospital Rawson
Sala XIII
Jefe Prof. Dr. L. SANCHEZ SANUDO

RARA PROPAGACION DE UN TUMOR DE UROTELIO

Dr. JUAN CARLOS ALBERTO SPERANZA *

Los tumores de urotelio se propagan habitualmente en el sentido de la corriente urinaria, aun cuando la propagación se haga por vía submucosa, pueden ser infiltrantes invadiendo las vecindades del órgano.

La rara propagación del caso que nos ocupa nos incita a presentarlo en esta Sociedad.

Estudio clínico

I. S. Hombre de 60 años, ingresa a la sala XIII del Hospital Rawson el 15/7/69, comienza hace 9 meses con hematuria y dolor lumbar izquierdo continuo con exacerbaciones cólicas; estos episodios se repiten en seis oportunidades con duración variable cada una de ellas; pierde 6 kg. de peso en cuatro meses agregándose astenia pronunciada y anorexia.

Antecedentes personales

Apéndicectomizado de 1918, gastrectomía en 1922; en 1936 perinefritis supurada derecha, y en 1938 pielolitomizado del mismo lado.

Ex. de laboratorio

Hemograma G.R. 3.100.000 G.B. 10.200 Eritrosedimentación 1ª hora 75 mm. Uremia 0,65 gr. por mil. Sulfofenol 80 %. RX. Tórax y Electrocardiograma sin particularidades. Urografía de excreción retardada.

Buena eliminación renal bilateral. En el lado derecho se observa ectasia piélica; el lado izquierdo igualmente ectásico muestra una falta de relleno inmediatamente por debajo de la unión ureteropiélica.

Pielografía ascendente izquierda stop a nivel de la unión ureteropiélica.

Cistoscopia: Mucosa vesical sana, se ve eyaculación sanguinolenta por el meato ureteral izquierdo.

Conclusiones: Nos encontramos frente a un enfermo con evidente muestra de quebrantamiento general, anemizado por las continuas hemorragias ureterales. En vista de estas circunstancias decidimos efectuar lumbotomía exploradora con diagnóstico presuntivo de tumor de uréter.

Operación: 19/7/69

Incisión sobre 11º con resección costal, la liberación renal resulta muy dificultosa por marcada perinefritis esclerolipomatosa.

En el polo superior asienta tumoración del tamaño de una esfera de 10 cm. de diámetro en cuyo borde se visualiza la glándula suprarrenal.

A nivel de la unión ureteropiélica presencia de tumoración que invade la pelvis renal. Se decide efectuar nefrosuprarenalectomía.

El postoperatorio inmediato fue satisfactorio. Se comienza terapia radiante.

A. Patológica

Macroscópica: Se observa un engrosamiento a nivel de la unión ureteropiélica, en el polo superior tumoración de 10 cm. de diámetro que margina la glándula suprarrenal y que está separada del polo superior renal por un indis-

cutible plano de clivaje. Incindido sagitalmente el órgano se observa a nivel de la pelvis renal una tumoración sesil multicétrica y otra ulcerada a nivel de la unión ureteropiélica.

Microscopia (cortesía del Profesor Dr. Armando Trabucco)

Las piezas enviadas están constituidas por un trozo de riñón con pelvis y tejido peripiélico. Además hay una masa tisular de tipo tumoral, donde en un sitio de la periferia se encuentra tejido suprarrenal. De estas piezas anatómicas se preparan 4 tacos: 1º De la unión ureteropiélica que se muestra netamente tumoral. 2º De la pelvis renal con elementos proliferativos de su pared. 3º Se saca un trozo de la unión cálico-pélvica con tejido peri-piélico. 4º De la masa tumoral adherida a la suprarrenal.

Procesadas las piezas de acuerdo a los métodos habituales y coloreados los cortes con Hematoxilina-Eosina y Tricrómico de Masson, arrojan los siguientes resultados: En todos los preparados se ve el mismo tipo de tejido. Este está constituido por masas celulares apelmazadas en forma de cordones, que disecan tejidos nobles tanto musculares como conjuntivos; las células neoplásicas están en franca anarquía y si bien se percibe su origen paramalpighiano, están en marcado estado de anaplasia con evidente malignidad. En la pieza correspondiente a la masa adherida a la suprarrenal se ve el mismo tipo de tumor, estando la suprarrenal atrófica y rechazada. En el taco correspondiente al cálix renal puede verse el tejido del riñón mostrando una pielonefritis del tipo obstructiva con dilataciones de sus túbulos, pero sin invasión tumoral; el epitelio que tapiza la papila es de tipo paramalpighiano y sin alteración. El tejido celular que rodea al pedículo renal y a la pelvis muestra vasos venosos con trombos neoplásicos en su interior.

Diagnóstico

Epitelioma Paramalpighiano, Grado IV de la pelvis renal, con invasión metastásica en los vasos renales y en los tejidos perirrenales.

Consideraciones

La evolución del paciente, nos hizo quemar etapas y llegan sin realizar mayores investigaciones a la lumbotomía exploradora.

DISCUSION

Dr. Bernardi. — Desde el punto de vista urográfico y pielográfico pudo haberse confundido con un cálculo obstructivo, de manera que considero correcto el diagnóstico efectuado.

El examen anatomopatológico confirmó el diagnóstico.

Quisiera preguntar al comunicante si efectuaron una extirpación total del uréter hasta vejiga.

Dr. Speranza. — No, doctor. Es algo que está en contra de lo que sostiene la Sala, pero el estado del paciente nos impidió progresar en el tipo de intervención que efectuamos.

Dr. Bernardi. — A este enfermo hay que continuar observándolo porque puede hacer un implante vesical en cualquier momento.

Dr. Santucho. — ¿Qué vía de abordaje fue utilizada?

Dr. Speranza. — Vía lumbar con resección de la décima costilla.