

NACIONAL

- Cartelli, N.*: Incontinencia parcial de orina por abocamiento anormal de uréter desembocando en vagina. *Rev. Arg. Urol.*, XXIV, p. 125, 1955.
- Couri, A. A.*: Incontinencia urinaria debida a uréter anómalo ectópico. *Anales del VI Cong. Amer. Urol. y III Arg. de Urol. (Mar del Plata)*, II, 273.
- Dotta y Delporte*: Abocamiento ureteral ectópico. *Rev. Urol. Rosario*, 2, n° 1, 1962.
- Piaggio, N.*: Incontinencia de orina por uréter anómalo desembocando en vulva. *Rev. Arg. Urol.*, XXVIII, p. 352, 1959.
- Rubí, R. y Grimaldi, A.*: Uréter vaginal aberrante. Duplicidad bilateral. Heminefrectomía. *Rev. Arg. Urol.*, XVIII, p. 62, 1949.
- Sánchez Sañudo, L.; Borzone, R. y Fefer, S.*: Uréter supernumerario ectópico vulvar. Un caso. *Rev. Arg. Urol.*, XXVIII, p. 13, 1969.
- Singer, B.*: Incontinencia de orina por desembocadura anómala de uréter. *Rev. Arg. Urol.*, XXIII, p. 326, 1954.
- Trabucco, A.; Borzone, R. y Luraschi, J.*: *Rev. Arg. Urol.*, XXX, p. 150, 1961.

Policlínico Prof. R. Finochietto
Servicio de Urología y
Servicio de Ginecología

Rev. Arg. Urol. Nefrol. Tomo 40, 1971
Sociedad Arg. Urología, 24-6-71

CARCINOMA UTERINO: CONTROL UROLOGICO

Drs. ALBERTO J. CLARET, CARLOS MIGUEL AGUIRRE, JUAN GARLOS GLUCK
y ATILIO M. LORENZETTI

Dentro de la metodología seguida en el estudio del carcinoma uterino ocupa un lugar preferencial el examen urológico; estos blastomas se propagan al aparato urinario en forma proporcional al tiempo de evolución de dicha afección.

A nuestras enfermas efectuamos posteriormente al estudio ginecológico y clínico completo, en forma sistemática el examen radiológico y endoscópico asociado a la prueba del índigo carmín.

Actualmente comenzamos a examinar el sedimento urinario mediante la técnica de Papanicolaou. No podemos obtener conclusiones valederas debido al escaso número registrado hasta el momento. Concretamente fue necesario investigar dos facetas en dichas enfermas:

- I) Compromiso vesical.
- II) Compromiso ureteral.

COMPROMISO VESICAL

Consideramos que cuando el carcinoma de cérvix o de cuerpo es circunscripto al útero, la cistoscopia es negativa.

En cambio cuando el tumor ha rebasado los límites del órgano, se observa un 1er. *estadio vesical*: aumento de la vascularización con la presencia de vasos turgentes y flexuosos aparentando una cistitis.

Continuando con su evolución puede aparecer edema en pliegues o franjas en trigono o retrotrigono que habla de íntimas adherencias entre los dos órganos: 2º *estadio vesical*.

En un 3er. *estadio vesical* puede observarse una mucosa retraída y fija o mamelones tumorales. Por último, en un 4º *estadio vesical* se puede observar la fistula neoplásica vésico-vaginal.

En nuestra casuística figuran 68 enfermas estudiadas vírgenes de todo tratamiento.

Lesiones Vesicales

<i>Grupo</i>	<i>Número enfermas</i>	<i>I Estadio</i>	<i>II Estadio</i>	<i>III Estadio</i>	<i>IV Estadio</i>	<i>Sin patolog.</i>
Ca. cuerpo	8	2	2	—	—	4
Ca. cuello in situ	9	—	—	—	—	9
Ca. cuello Gr. 1	18	3	—	—	—	15
Ca. cuerpo Gr. 2	22	6	5	—	—	11
Ca. cuello Gr. 3	8	—	4	2	—	2
Ca. cuello Gr. 4	3	—	—	2	1	—

Total enfermas: 68
Porcentaje lesiones: 39 %

COMPROMISO URETERAL

Obstrucción: es el mecanismo fisiopatológico por el cual el carcinoma uterino produce alteraciones sobre el aparato urinario superior, por estrangulación ureteral al atravesar el parametrio invadido, compresión de adenopatías periureterales neoplásicas o inflamatorias o por invasión masiva de toda la pelvis en los grados 4 avanzados.

Lesiones Ap. urinario superior

<i>Carcinomas uterinos</i>	<i>Número de enfermas</i>	<i>Número de lesiones</i>	<i>Porcentaje %</i>
Ca. Cuerpo	8	2	25 %
Ca. cuello	60	9	15 %

Tratamiento: Fue encarado desde el punto de vista etiológico y de las complicaciones que los mismos provocaron.

Carcinoma de endometrio: Se le efectuó terapéutica radiante intrauterina con 3 ó 4 tubos de Radium previo a la intervención quirúrgica: anexo histerectomía total. En los casos inoperables por mal estado general de la paciente, se indicó cobaltoterapia en reemplazo de la operación.

Carcinoma de cuello: Salvo los carcinomas in situ, donde se efectuó la excisión conificada del mismo, siempre hemos aplicado Radium según la técnica de Regaud clásica. Hacemos hincapié en que no hemos tenido complicaciones fistulosas inmediatas o tardías ya que se ha cuidado muy especialmente en la aplicación de la oliva que contiene el tubo de Radium que va frente al cuello uterino en el sentido ánteroposterior de la paciente a los efectos de cuidar que la irradiación no lesione ni la vejiga ni el recto.

La misma se mantiene en su posición por un taponaje de gasa yodoforada; los demás tubos quedan fijados por el colpostato en dirección a parametrios en forma conjunta con el tándem intrauterino.

Siempre dejamos a la paciente durante los 5 días de aplicación, sonda vesical permanente con drenaje continuo.

Como segundo tiempo, al mes de la radiumterapia se les aplicó cobaltoterapia a dosis convencionales en la cadena lumboaórtica y pelvis.

Le efectuamos al mes controles posteriores con Papanicolaou Hemograma. Colposcopia y cistoscopia.

Las complicaciones tumorales sobre el aparato urinario han sido tratadas en la forma más conservadora posible, habiendo ocupado un papel importante la cirugía plástica y reparadora.

Control postoperatorio: Siguiendo la misma metodología diagnóstica, se controlaron después del tratamiento a las 68 enfermas.

La aplicación de Radium Cobalto provocaron un mínimo de complicaciones urinarias tardías. La evolución de las pacientes es controlada en la misma forma que para su estudio diagnóstico: Examen clínico, laboratorio, citología y cistoscopia. Sólo han sido halladas sobre las 68 enfermas 3 casos con diversos grados de cistitis: desde una mucosa pálida con múltiples áreas de vasos telangiectásicos hasta pequeñas ulceraciones vesicales, pero no vimos desarrollarse fistulas vésico-genitales.

DISCUSION

Dr. Pagliere: Se ha preconizado la cromocistoscopia para establecer qué pacientes requieren una urografía previa, la que por razones de costo no se podría hacer en todos los casos. Quisiera conocer el criterio de los comunicantes al respecto.

Dr. Scorticati: Luego del tratamiento radiante, cuál es el criterio terapéutico cuando existe ectasia de árbol urinario superior, considerando la evolución del cáncer como de crecimiento local, es decir, como un congelamiento pelviano y no una diseminación metastásica generalizada.

Dr. Ghirlanda: Desearía saber si no creen indispensable el estudio por urograma de excreción pre y post-tratamiento y también, si en los estudios básicos incluyen a la citología exfoliativa y en tal caso qué es lo que han observado.

Dr. Aguirre: La pregunta del doctor Pagliere la contesto en forma afirmativa. En algunas enfermas no hacemos estudio urográfico por razones económicas, pero sí efectuamos la cistoscopia con la prueba de índico carmín.

Al doctor Scorticati le diré que tuvimos una enferma en la cual la invasión tumoral había tomado ambos uréteres a pesar de haberse hecho tratamiento radiante. Llevamos el uréter a piel.

Al doctor Ghirlanda debo manifestarle que nuestra norma es hacer radiografías pre y post-tratamiento, precoces y a veces tardías.

Aun cuando hemos trabajado bastante con el doctor Terzano, no tenemos mucha experiencia con el Papanicolaou en sedimento urinario en enfermas que tienen carcinoma uterino. La tenemos sí, en tumores de vejiga.

A pesar de que las conexiones linfáticas son muy estrechas, pienso que si el carcinoma no ha sobrepasado los límites del órgano y ha entrado dentro de determinadas capas de la vejiga, es difícil que el Papanicolaou sea positivo.

En una estadística que llevamos con el doctor Terzano, encontramos de 45 a 50 por ciento de casos positivos; 25 por ciento de los casos son dudosos y en un 25 % existían grandes tumores y el Papanicolaou era negativo.

Por otra parte, tuvimos casos calificados como positivos en presencia de cistitis crónicas.