

## TUMOR DE URETER

Dr. JORGE PROKOPIC

Los tumores primitivos del uréter, neoformaciones poco frecuentes, comprenden los originados en el epitelio paramalpighiano o urotelio y en los tejidos mesodérmicos (conjuntivo, muscular, adventicial, etc.), siendo los epitelomas malignos los más frecuentes, a tal punto que Bregman, Friedenberg y Sayeg consideran que un 75 % son carcinomas, un 21 % papilomas benignos y el resto 4 % sarcomas, hemangiomas y fibromas, pero existe tendencia a considerar todos los tumores del urotelio como de tipo carcinomatoso, aun aquellos con bajo grado de atipia o diferenciación, como los papilomas benignos, pues se ha comprobado que con el tiempo recidivan con agresividad cada vez mayor.

Para poder presumir la evolución probable de ese 96 % de tumores epiteliales, es necesario determinar el tipo celular, grado de diferenciación, estado de la infiltración de las diferentes capas de la pared del uréter y de la existencia de metástasis, tal como lo afirmó Monserrat en el 9º Congreso Argentino de Urología, dividiéndolos en paramalpighiano, epidermoideo y glandular según su tipo celular, agrupándolos, con Broder's, por su diferenciación en grados I, II, III y IV según predominen las células indiferenciadas hasta total anaplasia, y por su infiltración los podemos clasificar en forma semejante a los tumores vesicales en los siguientes estadios: O superficiales, A limitados a la mucosa, B invasión de la muscular, C invasión de la adventicia y tejidos periureterales y D con metástasis, ya sea por vía hemática o linfática, lo que tenemos en cuenta al presentar a continuación cinco casos con las características sintomatológicas, estadio y tratamiento realizado: (cuadro fig. N° 1).

Se trata de casos en edad alrededor de la sexta década de la vida, en relación 3:2 mujeres a hombres, situación opuesta a lo que generalmente se describe, con los signos y síntomas clásicos de dolor lumbar y hematuria, no existiendo sin embargo agrandamiento palpable de los riñones, siendo la citología urinaria falsos negativos en 3 casos y positivos en 2. Los estudios radiográficos se muestran en las figuras adjuntas.

El tratamiento de elección fue la nefroureterocistectomía parcial perimeática por tratarse de tumores de larga evolución con lesión del parénquima renal en todos los casos, en uno de ellos con quiste intraparenquimatoso, pero queremos aclarar que cada vez es más frecuente observar la tendencia conservadora en tumores a localización única en uréter o pelvis renal, no solamente por necesidad, como en casos de riñón único, insuficiencia del riñón controlateral o tumores bilaterales, sino como terapéutica de elección, pues considerando que se trataría de una enfermedad del urotelio, realizando la nefroureterocistectomía parcial perimeática no se evitarán las recidivas, en vejiga principalmente, y Puigvert considera que si un papiloma vesical no autoriza a realizar una cistectomía total, con el mismo criterio fisiopatológico ¿por qué habrá que realizar la cirugía radical en su localización ureteral o piélica?, basando su opinión en la evolución controlada de casos, que estadísticamente, son semejantes con las tendencias radical y conservadora. Igual temperamento ya fue manifestado por García y Casal en 1947.

En uno de los casos se indicó telecobaltoterapia, no sabemos si se realizó, pues no concurrió a control; creemos que las radiaciones pueden ser

Fecha	Caso	Edad		Sintomas	Pap.	Radiología	Loc.	Cistoscopia	Operación	Anat. pat.	Post. quir.	Control
25-XI-61	1 R. R. M. Nº 4195	70	F	Hematuria total con coágulos	G-III	UE Anulación funcional R. Izq.  Falta de relleno en cistograma	Uréter  Intra  Mural	Tumor vesical pediculado perimeático  Papiloma intramural izq.	Ureterocistectomía parcial perimeática.  Nefroureterectomía diferida	Car. papilífero infiltrante. Car. paramalp. G. B. - II. Nefroscler.	—	No concorre
4-I-69	2 M. R. P. Nº 4681	61	M	Dolor lumbar y escrotal Hematuria total	G-I	UE Ectasia U.-P. izq. c/imagen lacunar 1/3 medio de uréter	Uréter  Lumbar	S/P	Epididimectomía I. Nefroureterectomía lumbar. Ureterocistectomía perimeática.	Epididimitis cr. fibroquística. Car. paramalp. G. B. - II. Quiste seroso simple.	Telecabal- toterapia	No concorre
11-III-69	3 I. C. B.	48	F	Lumbalgia der. tipo cólico. Microhemat.  Mastectomía R.A.D. p/escirro s/I.G.	G II-III	UE Anulación funcional R. Der.  UPR Hidronefr. der. c/imagen lacunar ur. pelviano der.	Uréter  Pelv.	S/P	Nefroureterectomía lumbar. Ureterocistectomía perimeática.	Car. paramalp. G. A. - II. Nefritis intersticial.	—	Vive sin recidiva
22-III-69	4 J. B. S. Nº 1681	74	M	Hematuria irregular s/coágulos. Lumbalgia sorda.	G-I	UE Marcada ectas. U.-P.-R. izq. Uréter retraído hacia col. lumbar.  UPR Dilatación c/stop irregular	Uréter  Lumbar	Vejiga de lucha. Mucosa sana.	Nefroureterocistec- tomía perimeática.	Car. paramalp. G. A. - II.	—	Vive sin recidiva
1-XII-70	5 M. M. R. Nº 17.669	74	F	Papilomas vesicales múltiples.  Electrocoagul. 1955/58/60/63/70	G-I	UE Anulación funcional R. Izq.  UPR Stop intramural c/dilatación superior	Uréter  Intra  Mural	Papiloma Procidente  Meato izq.  velloso.	Nefroureterocistec- tomía perimeática	Car. paramalp. G. B. - III.	—	Vive sin recidiva

Cuadro Fig. Nº 1

consideradas como una terapéutica postoperatoria en casos especiales, pues Brady, Gislason, Faust y col., Holtz F., y McIntyre y col., la preconizan en las recidivas locales postoperatorias, luego de una biopsia diagnóstica en tumor no resecable y en los casos de extensión regional, cuando la extirpación completa no es posible.

Conclusión: Se presentan cinco casos de tumores primitivos del uréter, con las consideraciones terapéuticas correspondientes.



Fig. 2. — Caso 2, UE. 60'.

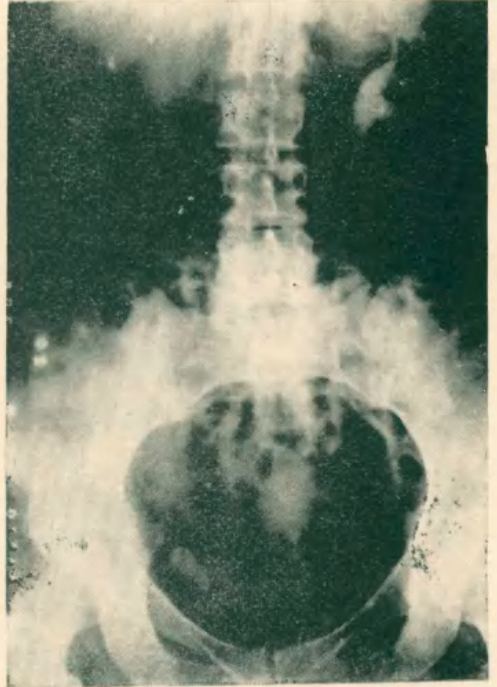


Fig. 3. — Caso 3, UE. 30'.

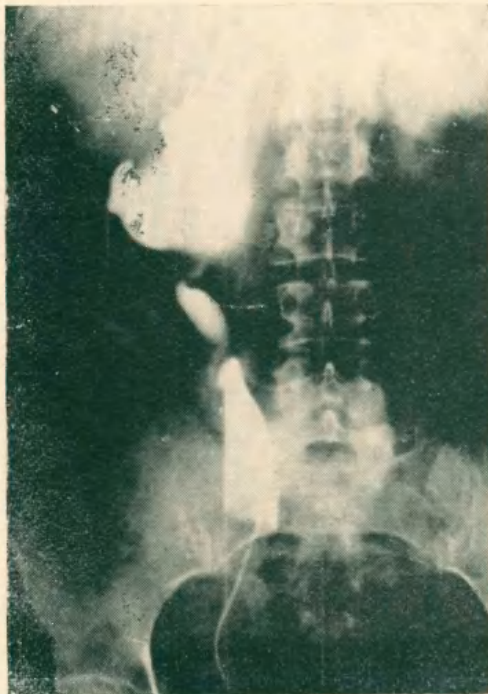


Fig. 4. — Caso 3, UP Retrograda.

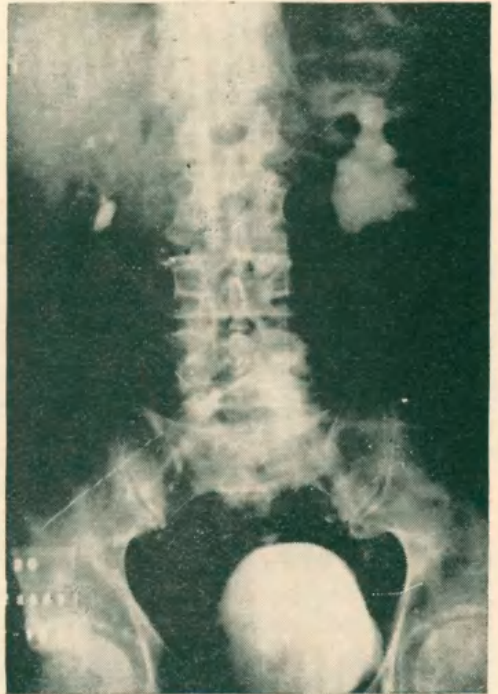


Fig. 5. — Caso 4, UEI. 120'.