

"TUMOR METASTASICO DE URETER"

Por los Dres. EDGARDO JUAN JOSE CARTELLI, CARLOS HUMBERTO SCORTICATI, FRANCISCO CELESTE

Se denomina Tumor Metastásico ó Secundario del Ureter, a la localización ureteral de un Tumor Primitivo de otro órgano de la economía, descartando como tales, los implantes tumorales de otro sector del urotelio.

Para ser considerado como secundario, el tumor debe presentar crecimiento dentro de la pared ureteral; se deben encontrar atipias en los linfáticos peri-ureterales; y la invasión al ureter no debe realizarse por extensión directa o contigua (Presman y Ehrlich).

El primer caso de un Tumor Metastásico de Ureter fue publicado por Stow en 1909, siendo un fibrolinfosarcoma, secundario a un linfosarcoma de mediastino anterior, con origen en Timo; en 1911, Schlaginweit publica otro caso originado en el estómago; Mac Kenzie y Ratner, en 1931, sólo hallaron 3 casos en los Archivos del Royal Victoria Hospital de Montreal. En 1933, Kirsbaum cita 5 casos sobre 4860 autopsias realizadas en el Cook County Hospital de Chicago. Presman y Ehrlich en una recopilación efectuada en 1948 solo encontraron 35 casos; Klinger, en 1951, en alrededor de 5000 autopsias, solo halló 7 metastasis en ureter; en el mismo año, Mc Crea y Peale recopilaron 39 casos y agregaron 2 más a la casuística (cuadro Nº 1) (slide); en 1956, Kirassian, en su Tesis de Doctorado, reunió todos los casos publicados hasta la fecha, totalizando 55; en 1969, Mutricy agrega 27 casos más y presenta un caso personal (cuadro Nº 2) (slide); en nuestro país sólo encontramos un caso presentado por Goldenberg en 1971.

A raíz de haber tratado una paciente portadora de un metástasis solitaria en uréter superior, de un cáncer de cuello uterino, tratado 5 años antes, nos hizo profundizar en el tema, y hemos hallado 29 casos no descriptos en trabajos anteriores (cuadro Nº 3); lo que hace que en la actualidad existan solamente alrededor de 150 casos publicados, lo que destaca su rareza en comparación con los Tumores Primitivos del Uréter.
Arcos 1590 4º "A"

Estas metástasis son ligeramente más frecuentes en sexo masculino que femenino (cuadro Nº 4); hecho que se debería a la mayor frecuencia de cáncer de estómago y próstata en el hombre (para Kirassian representan el 40% de sus casos), en comparación con el cáncer de útero y mamas, que son los más frecuentes en mujeres; aunque en la bibliografía más moderna consultada estas cifras tienden a equipararse.

Se afecta tanto el lado derecho como el izquierdo, o ambos simultáneamente, en forma más o menos igual.

Su mayor prevalencia se observa entre la 5ª y 6ª década de la vida (50% de la casuística), con casos extremos de 11 meses de vida y 81 años.

El órgano de origen es variado, sobre 99 casos verificados hemos recopilado la siguiente incidencia (cuadro Nº 5).

Generalmente el hallazgo de una metástasis en uréter suele acompañarse de metástasis en otros órganos, y es la expresión de una carcinomatosis generalizada; en nuestro caso, por el contrario, se trataba de una metástasis única, por lo que la clínica y acto operatorio pudieron demostrar; y distante en tiempo y espacio del Tumor Primitivo.

CUADRO 1

CASOS RECOPIADOS POR Mc CREA-PEALE - 1951					
Autor	Año	Sexo	Edad	Origen	Uréter
Stow	1909	F	27	Timo	Bilateral
Schlagintweit	1911	M	49	Estómago	Bilateral
Greuel	1920	F	39	Estómago	Bilateral
Giordano	1922	M	63	Próstata	Izquierdo
Thoruas	1924	M	55	Vejiga	Derecho
Bauer	1925	M	50	Estómago	Izquierdo
Zinner	1925	F	42	Útero	Bilateral
Carson	1925	M	47	Vejiga	Bilateral
Carson	1925	M	64	Próstata	Derecho
Carson	1925	F	—	Cuello U.	Derecho
Glas	1926	F	71	Uréter I.	Derecho
Glas	1926	M	74	Próstata	Bilateral
Glas	1926	M	50	Estómago	Izquierdo
Glas	1926	F	60	Mamas	Bilateral
Carson	1927	M	73	Próstata	Derecho
Carson	1927	M	75	Próstata	Derecho
Eisner	1928	M	45	Estómago	Bilateral
Eisner	1928	F	43	Estómago	Bilateral
Rathbum	1929	M	58	Mamas	Izquierdo
Mac Kenzie	1931	M	45	Próstata	Bilateral
Mac Kenzie	1931	M	61	Estómago	Derecho
Mac Kenzie	1931	F	34	Cuello U.	Izquierdo
Sommer	1932	F	61	Uréter D.	Izquierdo
Kirshbaum	1933	F	36	Mamas	Derecho
Kirshbaum	1933	F	45	Hodgkins	Bilateral
Kirshbaum	1933	M	64	Pulmón	Bilateral
Kirshbaum	1933	M	68	Próstata	Bilateral
Kirshbaum	1933	M	66	Próstata	Derecho
Bartels	1933	M	47	Estómago	Bilateral
Beck	1935	M	25	Hodgkins	Bilateral
Woodruff	1935	F	42	Cuello U.	Bilateral
Shaw	1935	F	63	Uretra	Bilateral
Jeck	1936	M	60	Colon S.	Bilateral
Lowenkorn	1937	F	46	Útero	Derecho
Lazarus	1941	F	68	Ovario	Izquierdo
Kleiman	1947	M	21	Colon	Derecho
Presman	1948	M	41	Estómago	Bilateral
Presman	1948	M	45	Pulmón	Bilateral
Wolfbauer	1950	F	58	Linfos.	Izquierdo
Mc Crea	1950	F	70	Mamas	Izquierdo
Mc Crea	1950	M	60	Pulmón	Bilateral

Nuestra Paciente: Se trata de la Sra. R. C. de R. - H.C. 76.627; argentina; 59 años; viuda. Consulta a nuestro Servicio en Agosto de 1972, por episodios de lumbargia de mediana intensidad, a predominio izquierdo, con irradiación a genitales; en ocasiones febrícula.

Antecedentes Personales: el 4 de julio de 1967 consultó al Servicio de Ginecología, donde se le efectuó una toma biopsia de cuello uterino, cuya A.P. informó: Carcinoma Semidiferenciado de Cuello Uterino. En dicha oportunidad se le efectuó tratamiento radiante, colocándosele un Tandem de Radium hasta totalizar 7.600 r.; y posteriormente Telecobaltoterapia con dosis de 4.000 r. en parametrios; siendo los controles posteriores normales.

Estado Actual: paciente en buen estado general. Examen Clínico: s/p. Examen Urológico: ligero dolor a la palpación profunda en zona lumbar izquierda, al igual que la puñopercusión. Resto: s/p. Se solicitan Análisis y Rx. Análisis: dentro de límites normales. Rx. Simple: no se observan sombras litiásicas. Urograma de excreción: ausencia de función de R. I. (foto). Pielografía Ascendente: se comprueba obstáculo en uréter superior (foto), que permite el paso de escasa sustancia de contraste, la que sin embargo es suficiente para demostrar marcada hidronefrosis (focalizada).

Cistoscopia: s/p. con ausencia de eyaculación del M.U.I.

Centelleograma Renal: R.D.: Normal. R.I.: No se registra.

Centelleograma de Pelvis, Columna Lumbosacra y últimas dorsales: s/p.

Análisis: s/p. *Diagnóstico Preoperatorio*: Uronefrosis.

Operación: 14/11/72: lumbotomía típica; desprendimiento romo del riñón (perine-iritis), en cuyo transcurso se abre gran bolsa uropionefrótica; ligadura de la arteria renal; punto en x de lino en vena renal (incluida en magma fibroso); resección de 7 cm. de uréter hasta llegar a zona de uréter sano; drenaje del lecho, cierre por planos.

Anatomía Patológica: Dr. F. Celeste: R.I.: cáliz y pelvis totalmente dilatada con material necrótico; la relación de la cortical y medular está rota a favor de la cortical. Uréter de 5 cf. de largo con serosa lisa y pared engrosada. Microscopía: riñón con marcado proceso inflamatorio intersticial que afecta pelvis, medular y cortical. Existe esclerosis, tejido de granulación e infiltración purulenta. Además, uréter en que se observa carcinoma epidermoideo queratósico que invade la adventicia extendiéndose por los linfáticos (foto). En un sector, el tumor invade profundamente la pared hasta su reemplazo total. Pensamos que es metastásico porque la mayor masa del tumor es extraluminal (parietal) y siguiendo las vías linfáticas de la adventicia; siendo la porción intraluminal y causante de la obstrucción, muy segmentaria y de pequeña extensión; y 2º el tipo histológico del tumor es idéntico y superponible al tumor primitivo de cuello uterino que presentaba la enferma.

Diagnóstico: Pielonefritis Crónica y Pionefrosis. Metástasis de Carcinoma epidermoideo semidiferenciado en uréter.

En el post-operatorio se decidió realizar Telecobaltoterapia en forma rotatoria, en ganglios para-aórticos renales, dada la diseminación linfática preferencial de estos tumores, totalizándose 4.600 r. (dosis tumor). Los controles realizados el 14-4; 8-5 y 10-10 del corriente año son normales.

CUADRO 2

CASOS RECOPIADOS POR F. MUTRICY - 1969					
<i>Autor</i>	<i>Año</i>	<i>Sexo</i>	<i>Edad</i>	<i>Origen</i>	<i>Uréter</i>
Reuter	1955	F	45	Mamas	Derecho
Gironcoli	1957	M	63	Riñón	Derecho
Mitchell	1958	M	53	Riñón	Derecho
Stearns	1958	M	—	Estómago	Izquierdo
Crauvín	1959	M	57	Recto	Izquierdo
Chaudhury	1959	M	60	Recto	Derecho
Neuberg	1959	M	53	Estómago	Bilateral
Sinner	1959	M	—	Riñón	Derecho
Sargent	1960	M	61	Riñón	Izquierdo
Lange	1961	F	63	Útero	Bilateral
Lange	1961	F	—	Útero	Bilateral
Samellas	1961	M	27	Melanosarc.	Bilateral
Leblanc	1961	M	67	Riñón	Izquierdo
Kaufmann	1962	M	76	Estómago	Izquierdo
Kaufmann	1962	M	41	Recto	Derecho
Chauvin	1962	F	49	Útero	Izquierdo
Perrin	1964	M	54	Próstata	Izquierdo
Perrin	1964	F	40	Mamas	Izquierdo
Perrin	1964	F	32	Estómago	Bilateral
Kost	1965	M	59	Próstata	Izquierdo
Stalport	1965	F	65	Melanosarc.	Izquierdo
Williams	1966	M	69	Recto	Bilateral
Aboulker	1961	M	56	Estómago	Izquierdo
Aboulker	1961	M	73	Vejiga	Izquierdo
Aboulker	1961	M	81	Vejiga	Izquierdo
Aboulker	—	M	64	Próstata	Izquierdo
Lariboisiere	—	F	57	Mamas	Bilateral
Mutricy	1969	F	39	Mamas	Izquierdo

CUADRO 3

RECOPIACION PERSONAL				
<i>Autor</i>	<i>Año</i>	<i>Sexo</i>	<i>Origen</i>	<i>Uréter</i>
Porras	1951	F	Mamas	Izquierdo
Robbins	1956	F	Cuello U.	Derecho
Wechsler	1957	M	Riñón I.	Derecho
Watkins	1957	M	Riñón	Derecho
Stearns	1960	F	Sigmoideo	Derecho
Ostenfeld	1961	F	Riñón	Izquierdo
Judd	1962	M	Melanosarc.	Izquierdo
Perrin	1964	F	Linfogran.	Derecho
Perrin	1964	F	Mamas	Izquierdo
Maldonado	1964	F	Cuello U.	Izquierdo
López-Engelking	1964	F	Cuello U.	Derecho
Young	1967	M	Riñón	Derecho
Mac Kenzie	1968	M	Melanosarc.	Derecho
Woodhead	1968	F	Riñón	Derecho
Chordia	1969	M	Riñón	Izquierdo
Levy-Lemann	1969	F	Colon	Derecho
Levy-Lemann	1969	F	Sigmoideo	Izquierdo
Bertrand	1970	F	Ciego	Derecho
Gross	1971	F	Riñón	Derecho
Perch	1971	F	Cuello U.	Izquierdo
Perch	1971	F	Cuello U.	Izquierdo
Brotherus	1971	M	Próstata	Derecho
Brotherus	1971	F	Cuello U.	Bilateral
Brotherus		M	Recto	Derecho
Taykurt	1972	—	Riñón	Derecho
Schaan	1972	F	Colon	Izquierdo
Hudson	1972	M	Riñón	Derecho
Goldenberg	1972	M	Próstata	Derecho
Edson	1973	F	Melanosarc.	Derecho
Personal	1973	F	Cuello U.	Izquierdo

Comentarios: para Parente, la metástasis en uréter en los casos de tumores primitivos de cuello uterino, se verificarían por extensión directa al sistema linfático y al torrente sanguíneo; principalmente al primero; siendo igualmente tomados los espacios perineurales y perivasculares de los linfáticos.

La invasión a los linfáticos y a los ganglios, generalmente se realiza en forma ordenada y progresiva (foto); comienza en la base del ligamento ancho y los parametrios; luego se extiende a los ganglios paracervicales; ilíacos externos; obturadores; inguinales; hipogástricos y sacros. Continuando luego por los ilíacos primitivos y retroperitoneales; mediastinales; supraclaviculares y cervicales.

Pero existen casos, en que se observan áreas ganglionares que no han sido invadidas; en las cuales, los tejidos vecinos y los ganglios se encuentran sanos; y las metástasis se hallan en ganglios más alejados, dando la apariencia de que la diseminación tumoral hubiera efectuado un "salto" a ese nivel; probablemente por embolismo tumoral ó por comunicaciones anómalas circulatorias. Como sucedió en nuestro caso, en que la metástasis se hallaba en el tercio superior del uréter.

En 157 casos de Estadio I de cáncer cervical uterino operados, Brunschwig

encontró 4 casos (2.5 %) con metástasis fuera de la pelvis, sin evidencia de metástasis locales. Pero estas metástasis solitarias, alejadas, por vía sanguínea, son poco frecuentes; como también son poco frecuentes las metástasis solitarias en uréter de carcinoma de cuello uterino; que para Henriksen, en un estudio realizado sobre 356 autopsias representarían el 4 % del total de las metástasis, tanto de tumores tratados como no tratados.

En nuestra casuística, sobre los casos recopilados esta cifra oscila en el 10 %.

En estos casos de tumores primitivos de cuello uterino, los espacios linfáticos periureterales son siempre invadidos, y las pacientes suelen fallecer por los efectos secundarios a la compresión ureteral, que determinan procesos de ureterohidronefrosis en un 80 % de los casos y uremia en un 54 %; lo que da lugar a pensar que es más importante la repercusión renal que se motiva, que la neoplasia en sí, causante de ella.

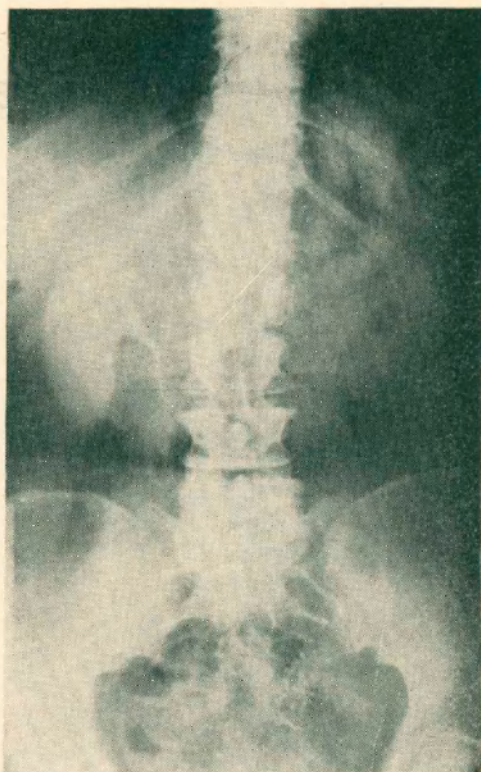
<i>Autores</i>	<i>Sexo</i>		<i>Metastasis</i>		
	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>Der.</i>	<i>·bzl</i>	<i>Bil.</i>
Mc Crea	24	17	11	7	23
Mutricy	19	9	6	15	7
Personales	10	19	18	11	1
TOTAL	53	45	35	33	31

Cuadro N° 4.

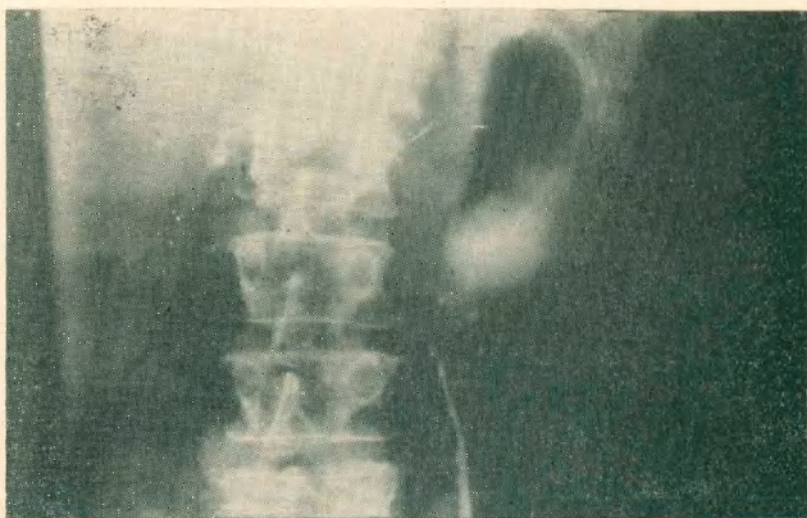
TUMOR PRIMITIVO					
Utero	15	Estómago	14	Riñón	14
Próstata	13	Intestino G.	12	Mamas	10
Melanosarc.	5	Vejiga	4	Pulmón	3
Linfosarc.	2	Uréter	2	Hodgking	2
Uretra	1	Ovario	1	Linfogran.	1

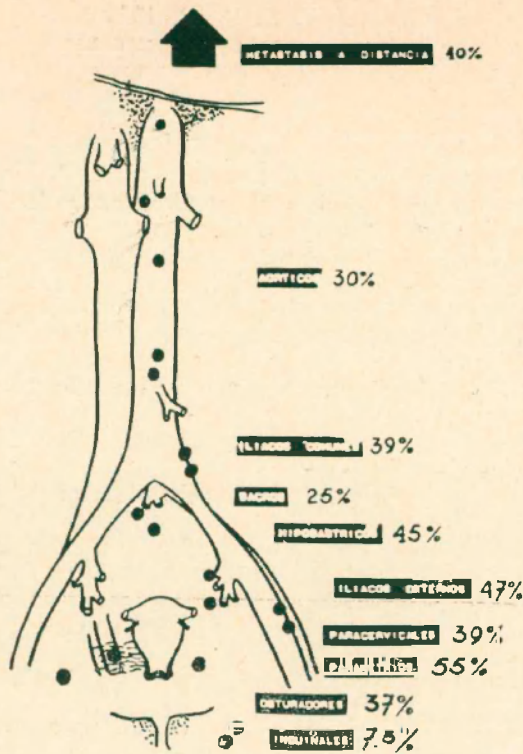
Cuadro N° 5.

Esta repercusión del cáncer ginecológico en el aparato urinario, compromete siempre al uréter pelviano, motivando su obstrucción por compresión extrínseca; y sólo excepcionalmente por invasión tumoral alejada. Nuestro caso se trata de una uronefrosis unilateral por metástasis parietal en el uréter superior, y única metástasis reconocida en el momento del diagnóstico.



Pielografía Ascendente.





Invasión de los ganglios linfáticos.

BIBLIOGRAFIA

- Alexander S., Kyung F., Pinck B. D., and Brendler H.: Metastatic Ureteral Tumors. *J. Urol.* 110:288; 1973.
- Auster L. S., Sala A.: Causes of death in cancer of the cervix uteri. *Surgery, gynecology and obstetrics.* 231; 1940.
- Batson O. V.: The function of the vertebral veins and their role in the spread of metastases. *Ann. Surg.* 112:138; 1940.
- Bertrand G., et Simard Cl.: Metastase ureterale revelatrice d'une tumeur carcinomateuse latente du caecum. *J. Urol. Nephrol.* 76:576; 1970.
- Bitker M. P., Chatelain C.: Tumeurs de la voie excrétrice. E. M. C. 18.098 - A - 10.
- Brotherus J. V., and Westerlund R. M.: Metastatic carcinoma of the ureter. *Scand. J. Urol. Nephrol.* 5:86; 1971.
- Brunschwig A., and Pierce V.: Necropsy findings in patients with carcinoma of the cervix. *Amer. J. Obst. Gynec.* 56:1134; 1948.
- Campbell M. F., and Harrison J. H.: *Urology.* W. B. Saunders. Philadelphia; 1970.
- Chordia M. L., Ockuly E. A., Ockuly J. J., and Ockuly E. F.: Ureteral and vesical metastases from parenchymal renal carcinoma: case report and review of literature. *J. Urol.* 102:298; 1969.
- De Alvarez R. R.: The causes of death in cancer of the cervix uteri. *Am. J. Obst. & Gynec.* 54:91; 1947.
- Delfour P. A.: *Metastases Ureterales des Cancers Uterins.* Tesis. Universidad de Bordeaux. 1960.
- Drexler L. S.: Metastatic carcinoma of the ureter in carcinoma of the cervix. *Am. J. Obst. & Gynec.* 57:391; 1949.
- Edson M. and Hutchins K. R.: Metastatic melanoma of ureter. *N. Y. State J. Med.* 73:459; 1973.
- Goldenberg C. A.: Carcinoma de la próstata: rara metastasis en uréter. *Rev. Arg. Urol. y Nefrol.* 41 (Supl.): 43; 1972.
- Graves R. C., Kickham C. J. E., and Nathanson I. T.: The ureteral and renal complications of carcinoma of the cervix. *J. Urol.* 36:636; 1936.
- Gross M., and Minkowitz S.: Ureteral metastasis from renal adenocarcinoma. *J. Urol.* 106:23; 1971.
- Henriksen E.: The lymphatic spread of carcinoma of the cervix and of the body of the uterus. *Am. J. Obst. & Gynec.* 58:924; 1949.