

TUMORES RENALES DE LA VIA EXCRETORA

Dr. Rebaudi, Sergio A.* - Dr. Alvarinhas, Francisco - Dr. Rebaudi, Diego

Resumen y conclusiones

Hemos extraído de nuestra casuística de tumores renales de la vía excretora dos casos de características bien disimiles, tanto por las formas anatómicas quirúrgicas de presentación como por la modalidad técnica de su resolución quirúrgica.

El primero de ellos, de gran tamaño y alta complejidad técnica, fue resuelto mediante la combinación de dos incisiones: una superior, incisión en charnela de Czerny-Kocher-Kausch, que permitió la oncológica disección del pedículo renal en el espacio submesocólico de DeJset, y luego la exéresis en "block" de la gran masa tumoral, ya desvascularizada, previo decolamiento colónico izquierdo. La incisión inferior (Phanestiel), extraperitoneal, permitió extirpar el uréter inferior, realizar la cistectomía parcial del cono de implantación ureteral patológico y la diverticulotomía, asiento de una formación papilar. similar en su anatomía patológica a la formación renal y ureteral.

El segundo de los casos presentado corresponde a una moderada formación tumoral de pelvis renal derecha, al cual se le practicó nefroureterocistectomía parcial, mediante una única incisión anterior, transperitoneal (incisión de Barraya-Turnbull), que permitió efectuar la nefrectomía con ligadura del pedículo en el espacio intercavoabdominal, efectuar allí la linfadenectomía regional, proseguir con la disección del uréter y resecarlo juntamente con su cono de implantación vesical.

Presentamos dos modalidades de resolución de un mismo problema oncológico, mostrando la versatilidad de la vía anterior transperitoneal y pudiendo cumplir con ella las más estrictas premisas de la asepsia oncológica, practicando la ligadura del pedículo en el área cavoabdominal, juntamente con la linfadenectomía regional, y luego proseguir con la ureterocistectomía que es de regla en los tumores de la vía excretora.

Evaluar la magnitud de la resección oncológica con un criterio dimensional sería un concepto simplista. Historiando la cirugía del cáncer, vemos que la cirugía del tumor llevó a la cirugía del órgano y luego con la cirugía del territorio, y se llegó a la frase axiomática de Cúneo: "En cirugía oncológica no se debe olvidar que el territorio linfático tiene la misma importancia que el órgano".

Pero en la patología oncológica que presentamos: tumores de la vía excretora, nace un concepto nuevo: no es sólo el órgano afectado ni el territorio linfático tributario lo que debe privar en la exéresis, es el tejido, "el urotelio" y su área de dependencia, lo que rige la conducta y magnitud quirúrgica.

Tumor renal de vía excretora. Propagación ureteral y vesical

C. D. Hospital J. A. Fernández. Servicio de Urología. H. Cl. nº 227198.

Se trata de un paciente de 45 años, que comienza su patología hace aproximadamente un año, con hematurias esporádicas de creciente frecuencia e intensidad. Ingresa al Servicio para completar su estudio y tratamiento.

El examen físico revela tumoración palpable de gran tamaño que ocupa flanco e hipocondrio izquierdo. Caracteres de tumor retroperitoneal, que contacta tanto con pared posterior como con cara anterior de abdomen.

Rx. directa: sombra que borra la imagen del psoas y que coincide con los datos de la semiología palpatoria.

Urograma excretor: buena imagen de riñón derecho.

Ausencia de imágenes excretoras de riñón izquierdo.

Cistograma: imagen ocupante de hemivejiga izquierda.

Uretrocistoscopia: imagen tumoral vegetante que ocupa hemivejiga izquierda. Divertículo de pared posterior con formación vegetante endodiverticular.

A los efectos de concluir el diagnóstico y programar la conducta terapéutica se practica arteriografía renal.

Arteriografía renal: R. der.: s/p. R. izq.: gran desarrollo arterial coincidente con la imagen directa, con caracteres tumorales en la distribución arteriovenosa.

Cavografía: no se detecta invasión tromboembólica neoplásica de la vena renal izquierda.

Con diagnóstico de tumor renal izquierdo de vía excretora con propagación ureterovesical, se decide la intervención quirúrgica.

Se programa una intervención radical *nefroureterocistectomía parcial*, por vía anterior transperitoneal, mediante una incisión de Czerny-Kocher-Kausch, más el agregado de una incisión de Phanestiel, extraperitoneal para la parte vesical de la intervención.

Se procede a efectuar la *nefroureterectomía*, con ligadura previa del pedículo, transmesocólica, en el área de DeJset.

Concluido este tiempo quirúrgico y ya desvascularizado el riñón tumoral, se practica el decolamiento del paretocólico izquierdo, y descenso del ángulo esplénico del colon. Se retira en "block" la gran masa tumoral con su atmósfera adiposa perirrenal, así como los ganglios periaórticos y el primer segmento superior del uréter.

En este punto de la intervención se decide desglosar en dos tiempos la exéresis, por el estado del paciente al retirar la gran masa tumoral. El uréter medio, seccionado y anudado, aislado con un guante de goma, se deja en el retroperitoneo y se cierra la incisión de Czerny-Kocher-Kausch, dejando drenaje extraperitoneal.

Al quinto día del posoperatorio, y repuesta la volemia del paciente, se reinterviene por la anteriormente programada incisión de Phanestiel, practicándosele la exéresis del uréter residual, cistectomía parcial en el área de implantación ureteral y resección del divertículo con el tumor endodiverticular.

Buena evolución posoperatoria de ambas intervenciones, que por su proximidad en el tiempo cursan como una sola. Alta al décimo día.

Informe de anatomía patológica nº 15.282

Pieza de nefrectomía de 23 x 10 x 14,5 cm. Al corte el parénquima renal se halla reemplazado por tres grandes cavidades de paredes fibrosas con contenido hemático y detritus tumoral. Dichas cavidades comunican, ampliamente, con la pelvis renal, muy dilatada y ocupada en su totalidad por múltiples formaciones papilares. Carcinoma transicional de cálices y pelvis renal con extensas necrosis.

Uréter de 17 cm de longitud con grandes áreas de su mucosa reemplazadas por formaciones vegetantes (carcinoma transicional GII, papilar).

Mucosa vesical yuxtameática: carcinoma papilar. Iguales características de la formación endodiverticular. No infiltrante de la capa muscular.

Evoluciona al año de su intervención anterior, presenta recidiva tumoral de vejiga con compromiso del meato ureteral derecho. *Cistoscopia y palpación bimanual:* tumor infiltrante de vejiga.

Operación: 30/8/84. *Cisto-próstato-ureterectomía radical.*

Derivación de Bricker.

* Jefe de División Urología. Hospital Juan A. Fernández.

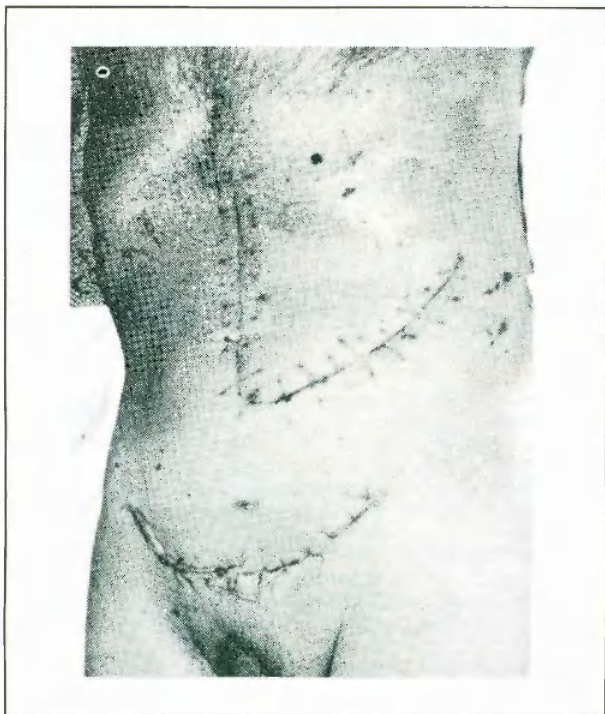


Figura 1. Cicatriz posoperatoria en uno de los casos de nuestra casuística, en el cual la nefroureterectomía se practicó combinando la incisión de Czerny-Kocher-Kausch, para efectuar la nefrectomía ampliada y una incisión suprapúbica Phanestiel, para la ureterocistectomía parcial.

F. M. 67 años, argentino, procedente de Chaco. Hospital J. A. Fernández H. Cl. nº 237432

Tumor renal derecho de vía excretora

Comienza su enfermedad actual hace 1 mes, con hematuria total, abundante con coágulos. Consulta con un médico de PAMI en Resistencia, en donde se le practica un urograma excretor que informa "masa ocupante de pelvis renal derecha".

En base a este estudio radiográfico, en la misma localidad se practica una ecografía renal, cuyo informe dice: "masa sólida ocupante de pelvis renal derecha".

Dado que ambos informes no aclaran el diagnóstico se decide, al ingresar al Servicio, efectuar un estudio endoscópico de vejiga y una T.C.

La cistoscopia no mostró lesiones proliferativas en vejiga y el meato ureteral derecho no presentaba alteraciones patológicas.

La T.C. confirma el diagnóstico de masa ocupante de pelvis renal, pero descarta la posibilidad de tratarse de un cálculo pélvico.

Con diagnóstico de *tumor renal de vía excretora* se decide la intervención quirúrgica.

Operación: 6/7/84.

Cirujano: Dr. Alvarinhas.

Incisión de Barraja-Turnbull (derecha).

Nefroureterectomía ampliada con vaciamiento celoganglionar pericavaoáptico con ligadura previa de la arteria renal en el espacio intercavo aóptico.

Ureterectomía inferior con resección del cono vesical de implantación ureteral.

Cierre anatómico de pared, con drenaje retroperitoneal en fosa lumbar, drenaje prevesical extraperitoneal y sonda Foley por uretra.

Informe de anatomía patológica nº 18.989

Riñón derecho de 19,5 x 8,5 x 9 cm, con pelvis dilatada y ocupada por una masa tumoral de aspecto papilar de 8,5 x 6 cm que se extiende a los cálices y comienzo del uréter.

Uréter, 22 cm, permeable, calibre disminuido; no presenta formaciones tumorales. Vejiga en el cono de implantación ureteral, sin patología tumoral.

Tejido celuloadiposo con cinco ganglios linfáticos: adenitis reactiva.

Diagnóstico: carcinoma transicional de pelvis renal. Grado II, histológico.

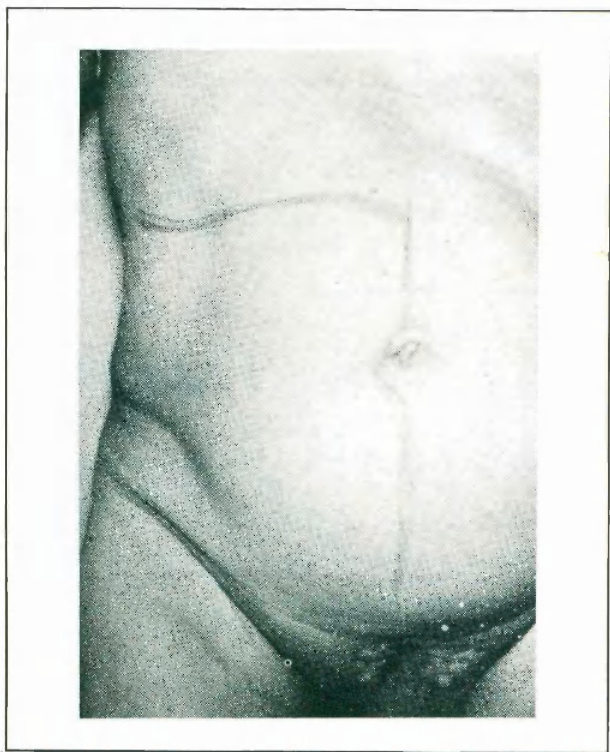


Figura 2. Trazado de la incisión de Barraja-Turnbull utilizada para la nefroureterectomía radical más cistectomía del cono de implantación en vejiga del uréter derecho.