

Uroteliectomía

Urotheliectomy

Diego Barreiro¹, García Fernández Victoria², Castro Montiel Francisco¹, Norberto Lafos³

¹Médico Urólogo de planta IDIM Lanari. ²Médica Residente de Nefrología IDIM Lanari. ³Jefe de Servicio de Urología IDIM Lanari.

INTRODUCCIÓN

Con este término se denomina a la extirpación de todo el urotelio de un paciente (vejiga, riñón uréter y uretra).

Se toma la denominación uroteliectomía como una traducción de la denominación *urotheliectomy* en inglés. Se propone la denominación uroteliectomía para el procedimiento quirúrgico que cumpla con la condición de extirpar todo el urotelio del paciente en una sola pieza.

La uroteliectomía, en caso de tumores multicéntricos no invasores, es potencialmente curativa.

La primera utilización de la denominación de uroteliectomía (*Urotheliectomy*) fue en el año 2005 definida por Berglund, de la Cleveland Clinic en Ohio Estados Unidos¹. En una búsqueda en *PubMed* se utilizó el término *urotheliectomy* y la única cita arrojada es la anteriormente mencionada por lo que la que presentamos es la segunda presentación de una uroteliectomía². También se intentó una búsqueda en Google con el término uroteliectomía sin encontrar resultados.

El hecho de extirpar todo el urotelio sin solución de continuidad hace que cumpla con criterios oncológicos. El instrumental no debe tener contacto con el tumor ni la vía urinaria debe ser abierta, se debe remover todo el urotelio en una pieza³.

Esta cirugía se realiza en pacientes con cáncer de urotelio multicéntrico que involucra a unidades renales o uréteres y vejiga. Es una gran cirugía con vaciamiento ganglionar incluido, histerectomía o prostatectomía según el sexo.

En los casos con tumores que no posean metástasis a distancia o ganglios positivos, la uroteliectomía se indica con fines curativos.

Luego de esta cirugía el paciente es incluido de inmediato en tratamiento dialítico, con restricción hídrica severa.

A continuación se presentará un caso de Uroteliectomía (o *Nefroureterocistouretrourectomía* según la denominación habitual).

CASO CLÍNICO

Paciente de 69 años monorrena desde el punto de vista funcional de forma congénita, con antecedentes de histerectomía en 1995, cáncer de mama en 1999 tratada con tumorectomía, radioterapia local y quimioterapia sin signos de enfermedad activa, ex tabaquista, hipertensa e hipotiroidea, ingresó en hemodiálisis trisemanal en 2011 por nefrectomía izquierda (el riñón izquierdo era su riñón funcionante) en contexto de shock séptico por tumor abscedado. La anatomía patológica de ese tumor fue de carcinoma urotelial (T2N0M0), al ser una cirugía de urgencia no se realizó la ureterectomía con manguito vesical porque la paciente estaba inestable hemodinámicamente.

Posterior a esa fecha comenzó hemodiálisis y no concurrió a consultas para control de su enfermedad oncológica. Tuvo buena evolución hasta 2 años posteriores a la cirugía que comenzó con hematuria con coágulos intermitentes e incontinencia urinaria de urgencia de 3 meses de evolución, asociada distensión abdominal en el último mes.

En agosto de 2013 se realiza tomografía de abdomen y pelvis, observándose riñón derecho atrófico con pelvis renal con marcada dilatación ureteral y engrosamiento masivo de vejiga con escasa luz.

En ecografía abdominal de mismo mes, presenta riñón derecho atrófico con tumoración sólida en pelvis renal e imagen de formación sólida heterogénea central que impresiona imagen de vejiga ocupada.

Laboratorio 10/2013 previo a la cirugía: hto 33%, hb: 10,6 g/l, gb: 5300/ml, calcio total: 8,6 mg/dl, fósforo: 4,7 mg/dl, got: 13 U/l, Gpt: 17U/l, fal: 151 U/l, proteínas totales: 5,6 g/dl, albúmina 3,5 g/dl, bilirrubina 0,5 mg/dl, creatinina 6,67 mg/dl. Pth: 143 pg/ml. Ionograma: 140/5,1 U: 0,9 g/l (valores prediálisis). Coagulación y plaquetas normales.

Se interpreta recidiva de carcinoma urotelial en riñón derecho y vejiga. Se completan estudios prequirúrgicos sin encontrar enfermedad a distancia ni diseminación local.

En octubre de 2013 se realiza la uroteliectomía.

En el informe de anatomía patológica se observa: cistectomía, ureterectomía izquierda más nefroureterectomía derecha con grasa perirenal, con ganglios ilíacos izquierdos y derechos. Se informa carcinoma de células uroteliales de tipo papilar, superficial de alto grado, multifocal. Compromete extensamente vejiga (tamaño tumoral 9 cm), uréter izquierdo en toda su extensión y pelvis renal. Infiltra focalmente la lámina propia de la vejiga. Permeación vasculolinfática: presente, infiltración perineural: no se identifica, ausencia de infiltración de músculo detrusor. Márgenes de sección libres de lesión.

Tejido adiposo perirenal sin lesiones significativas. Ausencia de metástasis en ganglios linfáticos ilíacos izquierdos e ilíacos derechos. TNM: pT1pN0Mx. Riñón derecho con dilatación pielocalicial y atrofia parenquimatosa.

Progresó con buena evolución clínica con seguimiento ambulatorio.

Como complicación en el postoperatorio alejado (enero de 2014) presenta eventración, en plan quirúrgico.

Presenta tomografía de 14/11/2013 que informa: hígado, bazo, páncreas, suprarrenales sin alteraciones. Ausencia de ambos riñones. Ampolla rectal sin alteraciones. No se visualizó líquido libre en cavidad peritoneal. Ausencia de imagen de la vejiga. Ausencia de imágenes del aparato ginecológico.

Continúa seguimiento en la institución libre de enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berglund RK, Martin SF, Desai M, Kaouk J, Gill IS. Laparoscopic radical cystoprostatectomy with bilateral nephroureterectomy: initial report. *BJU Int*. 2006; 97(1):37-41.



2. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=urotelicectomy&cmd=DetailsSear>
3. Rouprêt M, Zigeuner R, Palou J, Boehle A, Kaasinen E, Sylvester R, Babjuk M, Oosterlinck W. European guidelines for the diagnosis and management of upper urinary tract urothelial cell carcinomas: 2011 update. *Eur Urol*. 2011; 59(4):584-94.