

Servicio de Urología del Hospital  
Salaberry, Jefe Dr. A. ASTRALDI

Inst. de Anat. y Fisiol. Patol. "Telémaco  
Susini" Dir. Prof. Dr. P. I. ELIZALDE

Por los Doctores

ALEJANDRO ASTRALDI  
y JOSE L. MONSERRAT

## EPITELIOMA PRIMITIVO DEL ORIFICIO URETERAL

EL estudio macroscópico de una pieza operatoria, un tumor vesical operado por cistostomía y electrocoagulada su base de implantación, nos puso en el camino de estudiar una porción del mismo porque se presentaba extraña a lo que frecuentemente suele encontrarse en estos casos. La microscopía nos confirmó en un primer momento aquella extrañeza y conocedores entonces de la presencia de una porción del uréter en medio de la masa blastomatosa hizo que buscáramos en la bibliografía a nuestro alcance y no fué menos la sorpresa al encontrar una observación parecida a la nuestra que al decir de los autores de aquella Eisendrath y Schutz <sup>(1)</sup> constituyen toda una rareza de localización dentro de los blastomas vesicales. Es por este motivo que utilizamos la misma denominación de Eisendrath y Schutz para epígrafe de esta comunicación.

No pretendemos traer esta comunicación a la consideración de ustedes a título de simple hecho raro, sino que con ello pretendemos coadyuvar a la formación dentro de nuestro medio de la casuística de los blastomas vesicales.

### HISTORIA CLINICA

Se trata de un enfermo de 63 años de edad que se presenta a la consulta del hospital por un cuadro de eliminador de cálculos renales; fenómenos disúricos, que obligan a dirigir las exploraciones hacia el lado renal, para confirmar la calculosis y hacia el uretro-vesical, porque se presume que es portador de una lesión cervical a punto de partida prostática. En cuanto a lo primero, la radiología nos lo confirma y en lo segundo lo rechaza. Es a esta altura de la exploración, cuando nos encontramos sorprendidos —por falta absoluta de sintomatología— por la presencia de un blastoma vesical, cuyo estudio cistoscópico

es suficiente dado que cuando se le realizó parecería aumentar la fatiga que presentaba por una insuficiencia cardíaca que así diagnosticaron los clínicos. La uretroscopía acusa: Cuello vesical circular; en la parte inferior y derecha, se observan una serie de formaciones con las características de franjas vellosas, cortas, rojas, con un sistema vascular central en cada una y que, en conjunto presentan el aspecto de un coliflor. Flotan en el medio líquido y parecería que quieren invadir la luz de la uretra cuando se retira el Mac-Carthy. La luz de la uretra posterior prostática no presentan nada de particular que la separe de lo normal. En cuanto a la cistoscopia: la mucosa vesical tiene en general sus vasos aumentados ligeramente de calibre y de número; el reflejo aumentado:



Figura 1

Esquema del tumor mostrando en el centro un conducto.

algunas celdas y columnas de primer grado. En el lado izquierdo, a 3 horas, hay formación vegetante, del tamaño de un poroto, de color rojo, aspecto de coliflor a pequeñas franjas con un eje vascular en su centro de cada vellosidad y que proyecta sombra sin poder ver si es que tiene pedículo; a pesar de las compresiones de la pared abdominal para modificar las presiones intravesicales. En rededor del tumor, en su base de implantación hay un ligero edema. En el borde derecho e inferior del cuello vesical las lesiones descritas en retroscopía posterior y que invaden la mucosa vesical. Se trata de una cistoscopia incompleta por cuanto el tumor del lado derecho no se ha descrito, pues se creyó suficiente la descripción uretroscópica cuando ésta era en extremo incompleta. Su situación cardíaca no permite el estudio cistográfico, ni de funcionamiento renal, ni de las posibles modificaciones que el tumor vesical, puede imprimir al mismo sistema de excreción renal. Es dado de alta para compensar su lesión cardíaca que es diagnosticada como reductible. A su regreso, se evitan todas las exploraciones que faltaban por temor a desencadenar nuevamente la insuficiencia. Se prepara para la cistostomía y con raquianestesia se lleva a cabo. Se electrocoagula el

tumor izquierdo que era el único que se conocía en detalle. Cuando el espéculun vaginal exterioriza en el lado derecho el otro tumor, de tan gran tamaño, no fué menor la sorpresa; se localiza perfectamente con el espéculun, se le reconoce a exploración digital su implantación y una vez concebida ésta, se toma la base de implantación con un clamp. Se le hace pasar la corriente para electrocoagularla, se reseca a tijera, se extrae el tumor, se electrocoagula la base de implantación, se inunda la vejiga con alcohol —método de Beer— para fijar las células blastomatosas que pudieran desprenderse y se cierra la vejiga y planos cutáneos, como es de práctica en estos casos. Drenaje pre y endovesical. Pieza blastomatosa —Macroscopía—.

El blastoma tiene el tamaño de una nuez muy grande; de aspecto de coliflor;

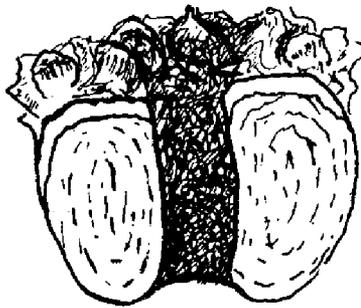


Figura 2

Abierto el conducto nos muestra, una pared lisa del tipo ureteral y el desarrollo del blastoma en el orificio.

de color rosa rojizo; blando. Se encuentra atravesada por un canal circular que ocupa el centro del tumor. Al corte este tiene un aspecto de uréter.

#### MICROSCOPIA:

Inclusión N° . . . . .

Los cortes fueron incluidos en parafina, coloreándose los cortes obtenidos con hemalumbre, eritrosina y Mallory.

Panorámicamente nos muestran, un tejido fibromuscular revestido por una mucosa, de tipo pavimentoso estratificada, pero definiendo en su estructuración y desarrollo, según la región estudiada.

En la zona correspondiente a la cavidad central, descrita macroscópicamente, tiene características normales, la membrana de implantación es normal no viéndose ni atipias ni monstruosidades, la submucosa presenta un infiltrado discreto, y se ven fibras musculares, que corren todas orientadas en una misma

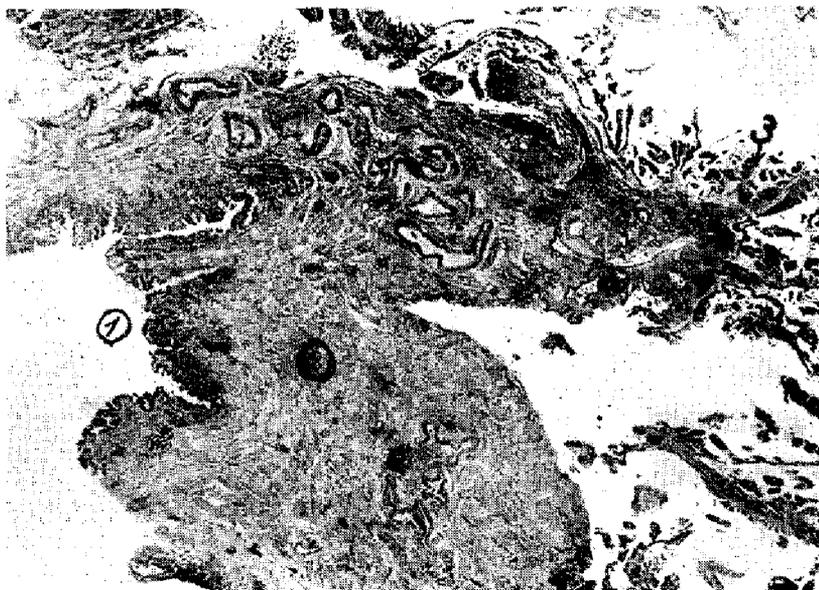


Figura 3

Placa N° 5509. Vista panorámica

Muestra: en 1. mucosa ureteral; en 2. zona de fascículos musculares;  
en 3. formación vegetante blastomatosa.

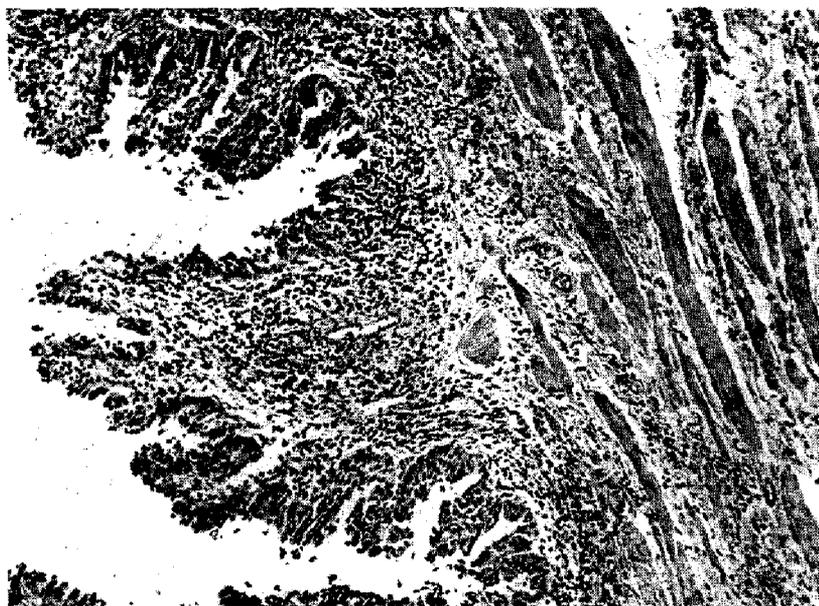


Figura 4

Placa N° 5510. Mediano aumento.

Muestra la mucosa ureteral con infiltración de la submucosa y fascículos musculares cuya orientación permite su identificación como uretéricas.

dirección, carácter éste que conjuntamente con el tipo de la mucosa, nos permite identificarlo como mucosa y pared ureteral.

El revestimiento epitelial del lado opuesto en cambio, está apoyado en una serie de ejes conjuntivos vasculares, muy digitados dando así origen a una formación vellosa típica, por lo cual, conjuntamente con las características citológicas (proliferación, algunas anormalidades nucleares), como un epiteloma papilífero, de malignidad muy atenuada.

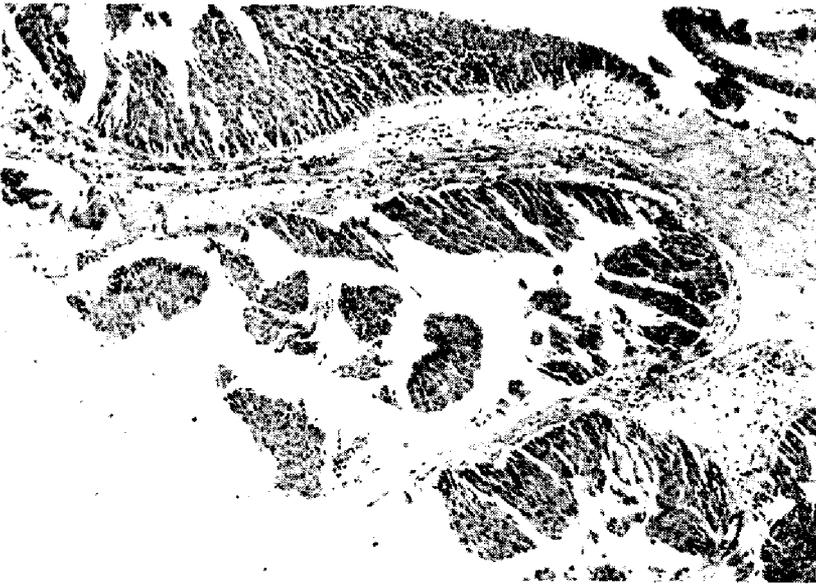


Figura 5

Placa N° 5511. Mediano aumento.

Muestra la zona tumoral con los ejes conjuntivos vasculares recubiertos con una mucosa pavimentosa estratificada.

#### UROGRAFIA EXCRETORA HECHA A LOS 30 DIAS DE LA OPERACION

Muestra el lado derecho, un trastorno evacuatorio retardado; es uniforme toda la opacidad. No hay en esta lectura, índice alguno que pueda hacer sospechar que se trate de una papilomatosis pieloureteral.

#### COMENTARIOS:

Del examen clínico, cistoscópico y operatorio fluye clara y terminante, de que estamos en presencia de un blastoma vesical, y como tal se determina y se practica una extirpación del tumor, electrocoagulándose su base de implantación.

El examen macroscópico de la pieza, nos deparó, la sorpresa de comprobar la presencia de un conducto haciendo eje a la tumoración; conducto que la histología nos permitió asegurar de que se trataba de uréter.

En un primer momento pensamos que pudiese tratarse de un tumor, que naciendo en la extremidad inferior del uréter hiciera irrupción en la vejiga, posibilidad ésta, presente en el 29 % de los tumores primitivos del uréter según Lazarus (2).

Sorrentino (3) relata una observación, en que el tumor de la última porción del uréter hace irrupción en la vejiga, observaciones estas semejantes a las anteriores y a las de Volante (4) Ascoli (5) en que por propagación de vecindad se establece la invasión vesical, tanto que en otros casos se establece por injerto, Spampinato (6).

La histología y la clínica, nos permitieron descartar esta eventualidad.

Considerando que según el "Registro americano del cáncer de la vejiga (7) en donde sobre 902 tumores clasificados destacan que los tumores nacidos en la pared lateral representan el 35 % y que ellos engloban o invaden casi invariablemente uno de los orificios ureterales, se pensó en tal posibilidad, pero nuevamente en el estudio macro y microscópico, encontramos elementos de juicio para eliminarla.

Solamente en la ya citada publicación de Eisendhath y Schutz (1) se relata un caso superponible al nuestro; también los autores, como nosotros, pensaron en la posibilidad de que un blastoma piel o ureteral, se desarrollase por propagación o por injerto en el meato ureteral, pero el examen anatómico de la pieza operatoria, (riñón y uréter) les permitió eliminar tal sospecha, como nosotros lo hiciéramos dentro las posibilidades radiológicas por el urograma de excreción obtenido.

También puede tenerse presente, en que en un caso de dilatación quística de la extremidad inferior del uréter, se hiciera una degeneración blastomatosa, pero la existencia de una capa muscular, nos permite eliminar esta sospecha.

En resumen, por el examen macro y microscópico, por la clínica, pensamos que se trata de un tumor nacido en el meato ureteral

que en su crecimiento ha prolapsado al uréter, hacia la cavidad vesical, explicándonos así, la forma del tumor y su eje ureteral.

BIBLIOGRAFIA

*Eisendrath y Schutz.*

*Lazarus, Joseph.* — Tumores primitivos del uréter. *Ann. of Surgery* 1934.  
T. 99, pág. 769.

*Sorrentino, M.* — Tumor primitivo del uréter. *Journal D'Urologie*, T. 38,  
1934, pág. 338.

*Volante, F.* — Carcinomi primitivi dell'uretere. *Arch. Ital. de Urol.* T. IV.  
1927 - 28, pág. 105.

*Ascoli.* — Su di un caso li carcinoma primitivo dell'uretere allo studio iniziale.  
*Arch. Ital. de Urol.* T. VI. 1930, pág. 611.

*Spampinato.* — *Archiv. Ital. di Urolog.* T. IX. 1932, pág. 347.

"Registro americano del cáncer vesical". — *The Journal of Urology*. 1934.  
T. 31, pág. 423.

*Colombano.* — Epiteliomas primitivos del uréter. *Archiv. Ital. di Chirurg.* T.  
51. 1938, pág. 436.

Únicamente de los autores citados.

---