

Hospital Ferroviario. Serv. de Vías Urinarias.
Jefe: Dr. Juan B. Larroude

NEFREURETERECTOMIA SUBTOTAL POR TUMOR PIELO-URETERAL

Por los Dres. ROBERTO A. RUBI y JUAN B. LARROUDE

Los tumores desarrollados a expensas de la pelvis y de los cálices constituyen un grupo enteramente diferente de aquellos que se originan en el parénquima y son poco frecuentes comparativamente a éstos, si recordamos que representan del 5 al 7 % de todos los tumores renales según McKenzie y Ratner; del 5 al 10 % según Hinman. Más todavía, Swift Jolly en el V Congreso Internacional de Urología (1933) sólo reunió 337 observaciones en la bibliografía mundial. Por su parte Judd (de la Mayo Clinic) sobre 207 casos de tumores renales tiene 3 tumores primitivos de la pelvis, mientras que Hunt sobre 318 reúne 23 tumores piélicos, de los cuales 15 papilares y 8 sesiles. Thompson-Walker tiene una proporción mayor pues de 66 nefrectomías por tumor 10 lo fueron a punto de partida piélico. Y así sigue la lista de autores: Israel 326 tumores renales con 6 de pelvis; Haslinger 306 con 2; Heyman 40 con 1; Sánchez Corisa sobre 18.000 enfermos examinados halló 4 y Salvador Pascual sobre 11 tumores renales halló 1; Taylor (1935) presenta 3 a la Sociedad Americana de Urología, etc. etc. Como se puede colegir de estas cifras, la frecuencia no es grande y justifica la presentación de los casos.

En nuestro medio recordamos las observaciones de Salleras; Lagleyze, Montenegro y Quintana; Serantes, Monserrat y García; Castaño; Salleras y Falsía; García y Monserrat; von Lichtenberg y Salleras; Dante y Trabucco; Vilar, Arrues y Bianchi; Surra Canard y Jaroslavsky; Grimaldi y Rubi; Cacciatore y García, y, finalmente, el documentado trabajo de Ercole (Sociedad Argentina de Urología, Noviembre 1940) con 6 tumores de pelvis sobre 31 tumores renales, es decir una proporción aun superior a la de la estadística de Thompson-Walker.

Nosotros contribuimos con el caso siguiente sin otra pretensión que la de enriquecer la casuística nacional.

G. L., italiano, de 53 años de edad, casado, concurre el 6 de mayo de 1942 a nuestro Servicio del Hospital Ferroviario.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Blenorragia hace 30 años, que trata y cura bien, sin dejar secuelas; por la misma época, chancro sospechoso de ser duro, que en los exámenes sucesivos dió siempre resultado negativo. Enfermedades infecciosas en la primera infancia. Discreto fumador y poco bebedor.

Enfermedad actual. — Concurre a raíz de un dolor agudo localizado en la región lumbar derecha e irradiado hacia el flanco correspondiente, que le sorprende de modo súbito en las

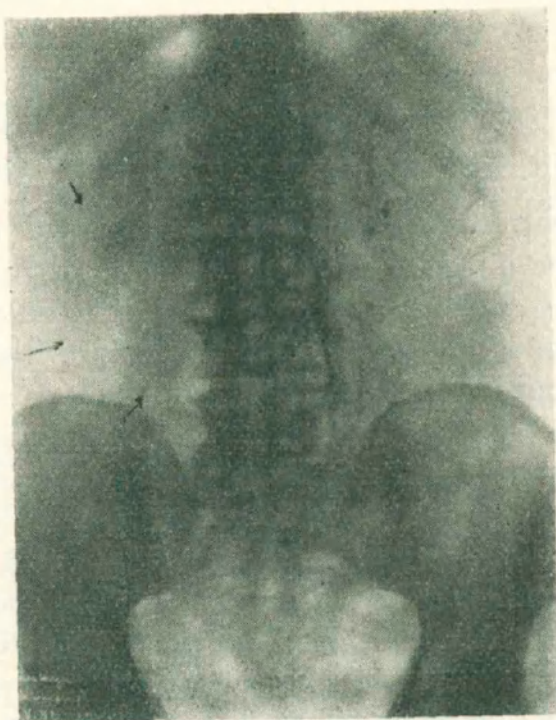


Figura 1

Sombra renal derecha uniformemente aumentada de volumen, llegando el polo inferior a rasar la cresta iliaca; no se observan sombras calculosas. Avanzada de espondiloartrosis lumbar.

horas de trabajo. Dura un corto tiempo y calma del todo con la eliminación de dos calculitos. Se le indica una radiografía simple de árbol urinario (Fig. 1), la que da avanzada espondiloartrosis lumbar. Sombra renal derecha, aumentada uniformemente de tamaño, llegando su polo inferior a rasar la cresta iliaca; no se observan sombras calculosas. El análisis de orina del mismo día, dió el siguiente resultado: densidad 1.015, reacción ácida, regular cantidad de pus, no se observan elementos renales. Dosaje de urea en suero 0,29 gr. por mil.

El examen somático es negativo, por lo que se medica con antisépticos urinarios, y se lo cita nuevamente para tratar su piuria, pero el enfermo no concurre al Consultorio Externo,

sino un mes después, a raíz de nuevos cólicos nefríticos febriles acompañados de hematuria de tipo total abundante, por lo que se decide su internación el 12 de junio de 1942.

Estado actual. — El examen clínico general es normal, si se descarta una discreta palidez y decoloración de mucosas. Presión arterial Mx. $14\frac{1}{2}$, Mn. 11. Orinas de emisión de tinte hemático: orinas de sedimentación sanguinolentas con abundante depósito pardo-amarillento.

Uretra: examen clínico e instrumental. normales.

Genitales externos e internos: normales.

Fosas lumbares: libres e indoloras. No se palpan riñones.

Se efectúa un examen cistoscópico con 250 cc. de capacidad: la mucosa es de aspecto

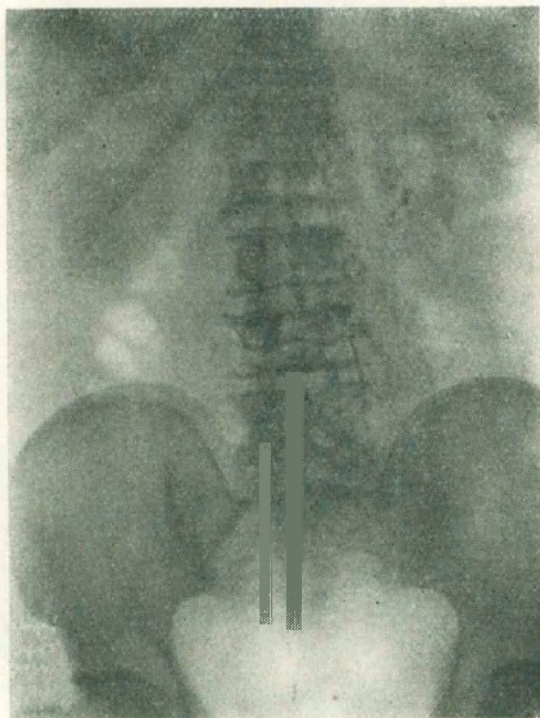


Figura 2

Urograma a los 5': ausencia de sombra a la derecha. — A la izquierda buena concentración: pielograma normal: pelvis bifurcada

normal, asimismo como los meatos ureterales. El M. I. tiene eyaculaciones claras, rítmicas, mientras el del lado derecho se contrae lenta y espaciadamente, sin eyacular.

Cromocistoscopia: Derecha, 13 minutos negativo. Izquierdo, 5 minutos intenso.

El examen de la orina nos da como elementos positivos: color sanguinolento, reacción ácida, albúmina 0,50 grm. por mil, hemoglobina. En el sedimento, eritrocitos abundantes, pirocitos, no se observan elementos renales.

Urea en suero 0,36 gr. por mil.

Reacción de Wassermann y Kahn Standard: negativas.

Se insiste en el tratamiento médico (hemostáticos, vitaminas, antisépticos urinarios) y al noveno día de observar reposo, desaparece la hematuria.

Se realiza un segundo análisis de orina: Reacción ácida, densidad 1.017, sin pus macroscópicamente y que en el sedimento tampoco revela la existencia de piocitos.

Examen bacteriscópico de orina: abundantes cocos.

Recuento globular: 4.500.000 por mm.³ glóbulos rojos; 6.000 por mm.³ glóbulos blancos.

Fórmula leucocitaria: Neutrófilos: 68%. Eosinófilos: 4%. Basófilos: 1%. Linfocitos: 22%. Monocitos: 5%.

Prueba de la sulfofenoltaleína: aparece a los 5': eliminación en la primera hora 33%.

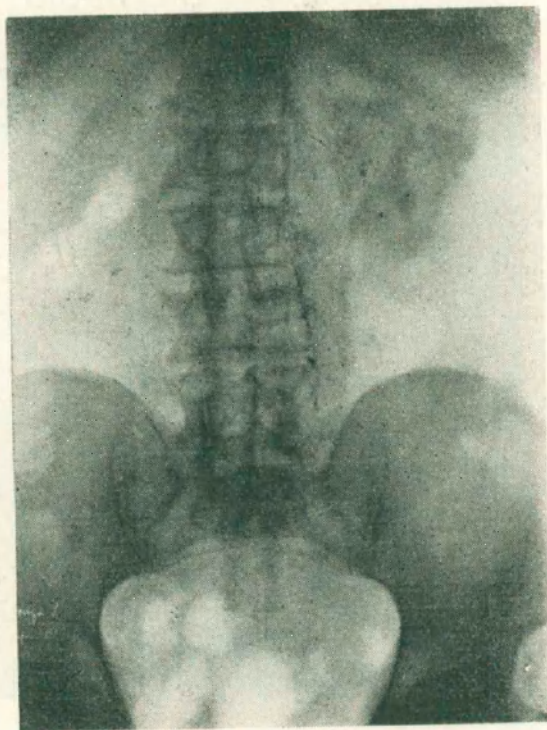


Figura 3

Urograma a los 15': el R. D. continúa sin eliminación. — A la 1: se percibe más nitidamente la bifurcación precoz de la pelvis: porción inicial del uréter lumbar visible y en apariencia normal. Obsérvese que hasta este momento el líquido de contraste no ha alcanzado la vejiga.

El día 8 de julio, estando aún internado en observación y después de haber pasado un lapso de un mes sin síntomas dolorosos ni hematuria, bruscamente, sin causa aparente, reaparece ésta, por lo que se efectúa una nueva cistoscopia, la que nos permite localizar la hematuria a la derecha. Se medica al enfermo con calcio inyectable y vitamina K y la hematuria pasa en dos días.

A la semana siguiente se practica una urografía excretora con Nitasom (5, 15, 30 minutos), arrojando el siguiente resultado: el lado derecho no elimina el líquido de contraste

en ninguna de las 2 placas, ni se impregna el parénquima del mismo: del lado izquierdo buena concentración a los 5 y 15 minutos, ya que a los 30 está en vías de eliminación: morfología y dinámica de las vías excretoras normales. (Fig. 2 y 3.)

A continuación, tras de varias tentativas infructuosas de cateterismo derecho (la sonda ureteral se detenía siempre a la altura de la 4^a o 5^a vértebra lumbar), se consigue cateterizar el uréter y se inyecta 20 cc. de yoduro de sodio al 20% sin despertar dolor: cinco cc. más, provocan una molestia discreta a nivel de la región lumbar derecha; retirando el catéter se inyectan varios cc. más en toda la extensión del mismo.

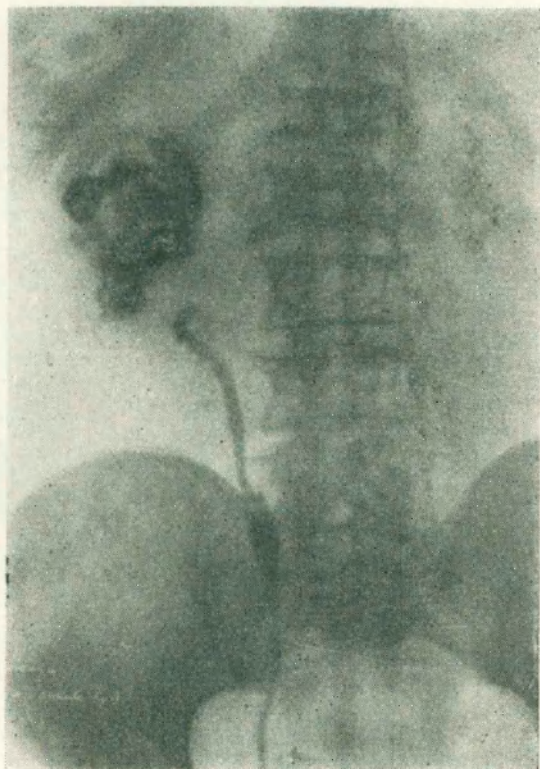


Figura 4

Deformación acentuada de la vía excretora derecha: los cálices superior e inferior rechazados presentan un aspecto de lo más atípico asimismo como los cálices secundarios aumentados de tamaño a expensas del parénquima, donde es dado observar cavidades o nichos harto irregulares, rellenos en partes e imágenes lacunares en otros. El relleno de la pelvis es parcial y de contornos irregulares. En el uréter lumbar muestra una muesca realizada como a sacabocados y una dilatación de unos 3 cmts. de longitud al alcanzar el borde superior de la sínfisis sacro-iliaca.

En dicha pielografía (Fig. 4) se observa el riñón mayor que lo normal; sus vías excretoras se hallan deformadas, dilatadas; los cálices superior e inferior se hallan algo rechazados hacia arriba y adentro y hacia abajo respectivamente; los cálices secundarios han tomado aspectos distintos los unos de los otros; algunos de ellos se hallan dilatados simplemente, otros

dilatados y con una falta de relleno en su centro; el cálice inferior presenta, además de su dilatación, una gran falta de relleno en el centro; la pelvis renal presenta igualmente rellena su superficie por sustancia opaca pero con zonas de distinta intensidad y zonas con falta de relleno.

El uréter presenta falta de relleno inmediatamente debajo de su unión pieloureteral, de 3 cm. de longitud; por debajo de la misma presenta una sinuosidad o concavidad interna:

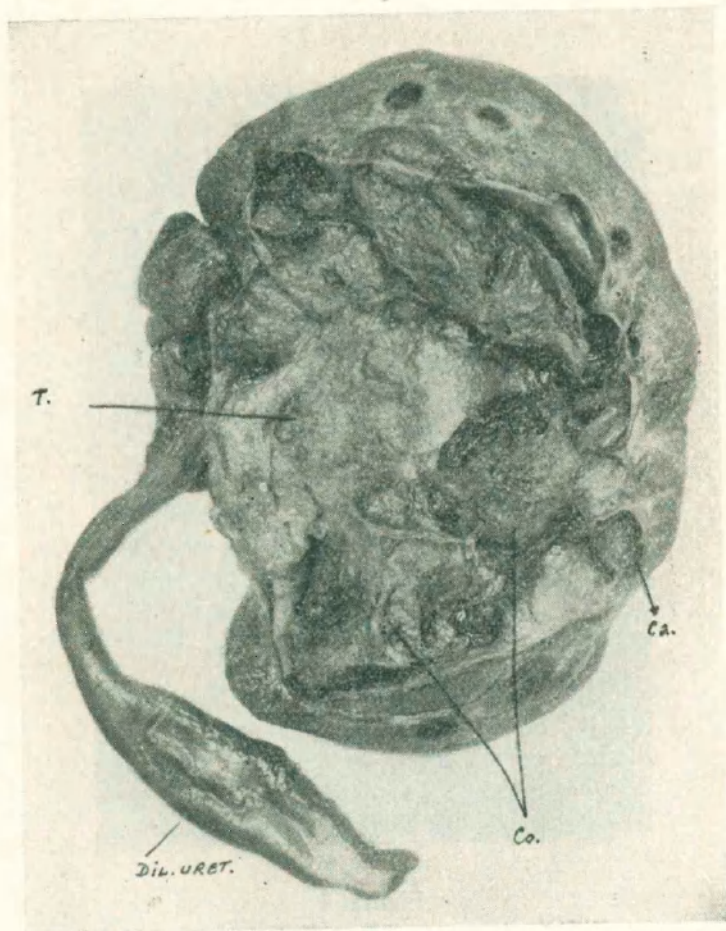


Figura 5

El parénquima reducido a una pequeña corteza presenta una serie de nichos con concreciones calcáreas (Ca). La cavidad pélvica presenta un tumor (T.) de base infiltrada, de aspecto rugoso y mal delimitada y en gran parte está ocupada por coágulos (Co.). Obsérvese la dilatación ureteral (Dil. uret.) que viéramos en la pielografía ascendente.

continúa en posición normal hasta el borde superior de la articulación sacro-iliaca, donde se observa una dilatación brusca de tres centímetros de longitud, para luego continuar hasta su terminación en la vejiga, normalmente. Llama la atención a nivel del borde superior de la cuarta lumbar, dos "enches" sobre el borde externo del uréter, como efectuados con sacabocados; a nivel de la dilatación iliaca se observa una falta de relleno del tamaño de un petit pois. En

vista de estas imágenes radiológicas se diagnostica "Papiloma de pelvis renal con siembra ureteral", por lo que se decide su intervención.

Los exámenes del pre-operatorio arrojaron los siguientes datos: Dosaje de urea: 0,54 por mil.

Tiempo de coagulación. 4,5'. Tiempo de sangría. 3'.

Presión arterial: Mx. 17, Mn. 10. Pulso 74'.

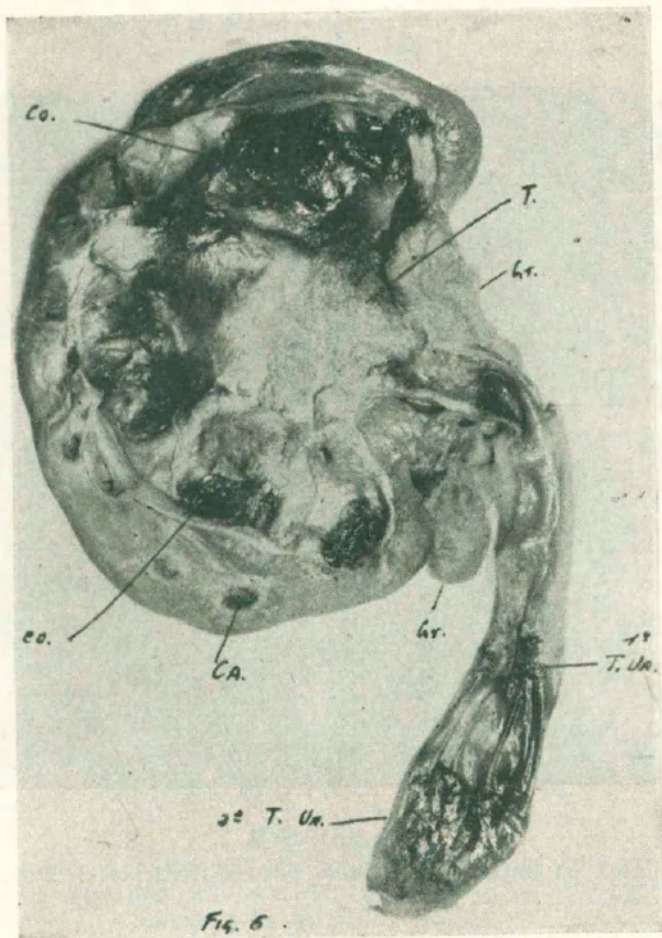


Figura 6

Es la misma imagen desprovista de coágulos (Co.) y con el ureter seccionado en sentido longitudinal. En 1er. T. Ur. siembra que corresponde a la muesca lumbar. En 2º T. Ur. el tumor infiltrado abarca toda la circunferencia del ureter y ha provocado la dilatación del ureter por arriba.

Prueba de la sulfofenolftaleína: aparece a los 4'; en 2 hora elimina el 37%.

Test del veritol: Mx. 16 ½, Mn. 10. Pulso 78'; a los 6' Mx. 17, Mn. 11. Pulso 78'.
A los 9' Mx. 18, Mn. 11. Pulso 78'. A los 12' Mx. 18, Mn. 11. Pulso 72'.

Se opera el día 18 de octubre de 1943.

Preparatorio: Morfina y ½ atropina. Suero fisiológico subcutáneo 500 cc.

Anestesia raquídea con novocaína 0.10 gr. entre la 12^a dorsal y la 1^a lumbar. Anestesia buena.

Operador: Dr. R. A. Rubi. Ayudantes: Dres. Larroudé y Lournagaray.

Incisión de Israel amplia; incisión del tejido celular músculos anchos. Se abre la cara posterior de la loge reanal y se libera fácilmente el riñón hasta su hileo; se constata que éste es de tamaño aumentado, de superficie lisa y uniforme y de consistencia irregular. Se diseca el uréter en toda su extensión hasta el borde inferior de la articulación sacro-iliaca y se liga y

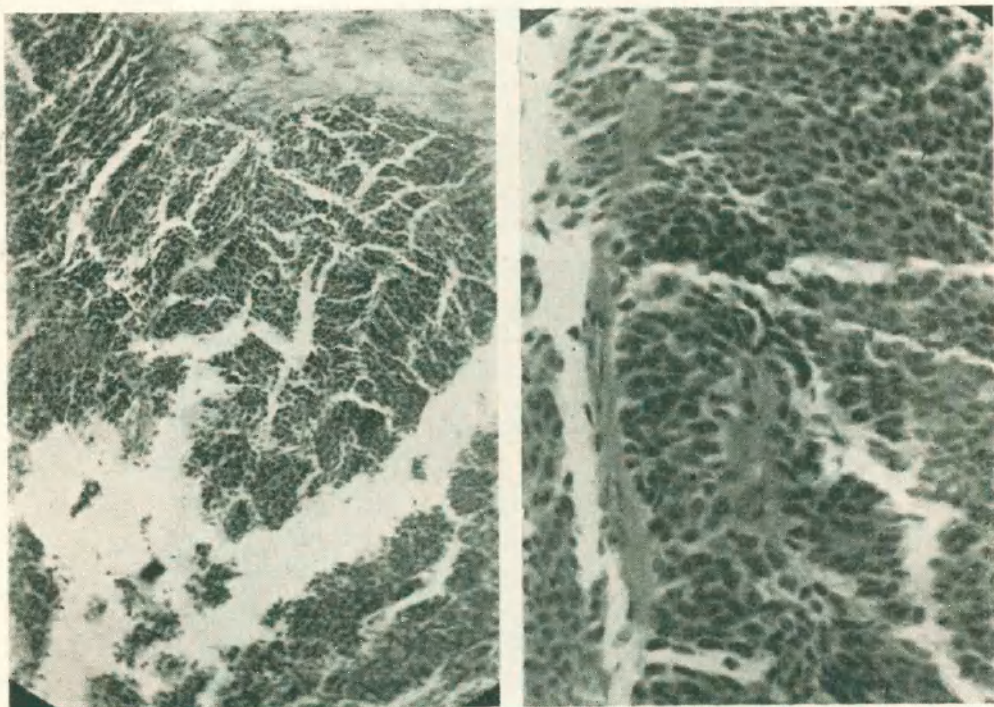


Figura 7 y 8

Epitelioma pavimentoso a células poco diferenciadas: basocelular.

corta entre dos ligaduras a ese nivel. Ligadura del hileo renal. Se explora el muñón sin hallar ganglios, de la misma manera que por delante de la vena cava. Se deja un rubber dum en la extremidad superior de la herida operatoria y el resto se sutura con catgut simple en tres planos. Sutura minuciosa de la aponeurosis del oblicuo mayor y del dorsal ancho. Sutura del tejido celular igualmente con catgut y de la piel con lino.

Post-operatorio. — No presenta particularidad alguna, pues transcurrió normalmente si exceptuamos una discreta celulitis de la parte media de la herida, que drenada da salida a escasa secreción seropurulenta.

Se practican curaciones locales día por medio, siendo luego enviado al Instituto de Medicina Experimental para su tratamiento radioterápico, ya que el estudio del órgano extraído, realizado por el Dr. Colillas, nos reveló al:

Examen macroscópico. — El órgano posee 13 x 9 x 3 cm. en sus dimensiones, su forma está más o menos conservada, es elástica y poco depresible.

El corte permite observar una amplia cavidad que formada a partir de la pelvis ha ido rechazando el parénquima renal hasta reducirlo a una franja superficial de 1.5 a 2 cm. En esta cavidad se observan numerosas cavidades menores muchas del tamaño de una avellana, de cuyo interior se extraen cálculos (Fig. 5).

La zona correspondiente a la pelvis está ocupada por una proliferación tisular, extendida en superficie, de aspecto rugoso y blanda, que se continúa en forma infiltrante, y muy mal delimitada con el tejido circulante (Fig. 6).

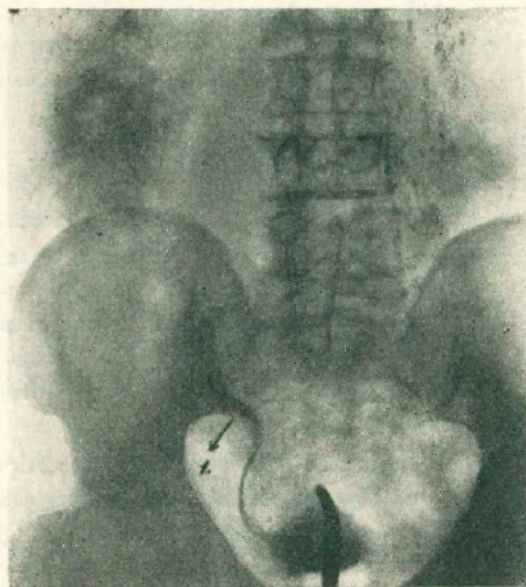


Figura 9

Pielografía ascendente del muñón ureteral que se ha rellenado en su parte superior solamente (1) de tamaño y forma normales. El resto del conducto no se ha rellenado y el líquido de contraste ha refluido a vejiga.

Examen microscópico. — Este examen se ha efectuado preferentemente sobre cortes hechos en la proliferación tisular que ocupa la pelvis y que señalamos macroscópicamente.

El examen panorámico (Fig. 7) revela dos tejidos que se caracterizan sin dificultad: uno de ellos es eosinófilo, constituido por un tejido predominante fibrilar (fibroconjuntivo) y el otro basófilo, exclusivamente celular y que descansa sobre el tejido fibroconjuntivo. Este tejido conjuntivo, que constituye una amplia base nutricia para la formación celular que descansa sobre él y que en seguida analizaremos, penetra en la proliferación celular, en forma de gruesos tabiques que a su vez se ramifican dando imágenes arborizadas.

El examen a mayor aumento (Fig. 8) revela efectivamente un predominio fibrilar en el tejido nutricio, y también sus características células fusiformes. En cuanto a la proliferación celular que sobre él descansa reconocemos ante todo que en los diversos campos y preparaciones esta proliferación está uniformemente estructurada, lo que nos permite una descripción breve: observamos los numerosos núcleos de forma aplanada, o fusiforme, cortados en todas direcciones, intensamente teñidos por la hematoxilina (hipercromáticos) de diversos tamaños, y separados unos de otros por sólo una delgada capa de citoplasma eosinófilo.

El contacto mutuo y directo de célula a célula, y la proliferación separada y respetada del estroma nos permiten colegir la naturaleza epitelial de este tumor, que por su ubicación en la pelvis y por la forma y disposición de sus núcleos, consideramos como un epiteloma pavimentoso a células poco diferenciadas, basocelular.

A 11 cms. de la pelvis y sobre el uréter se observa una poliferación de 2 cms. que examinada microscópicamente denuncia una estructura idéntica a la descrita en el tumor: se trata de una metástasis tumoral. (Fig. 6.)

Diagnóstico. — Protocolo Nº 2636, año 1946: Epitelioma de tipo plano. Fijación en formol al 20 %, inclusión en parafina, colaboración con hematoxilina-eosina.

Cuatro meses más tarde, concurre porque dice haber orinado de color rojizo en una sola micción; el examen clínico urológico efectuado no arroja nada digno de mención; el análisis de orina efectuado es normal.

El enfermo desaparece del Consultorio Externo y se presenta dos meses después (sexto de la operación) por la misma causa: se practica inmediatamente una pielografía ascendente (Fig.9) del muñón ureteral, para descartar la recidiva local del proceso, que no permite el relleno total del uréter, salvo en su porción más alejada, la que es de forma y tamaño normal, no observándose ninguna falta de relleno en dicho tramo. Esta maniobra, indolora y sin consecuencias inmediatas, fué seguida al día siguiente de una hematuria copiosísima, con coágulos, que llevó al enfermo a la retención completa de orina.

La hematuria cede bajo la influencia de la medicación hemostática instituida, a las 48 horas, pero el enfermo se halla deprimido, algo obnubilado, con lengua saburral y seca. Hay discreta diarrea que al día siguiente se hace profusa y con abundante sangre. Dosaje de urea arroja 2,10 grs. por mil. En los días siguientes se observa un aumento paulatino de la misma, hasta alcanzar el 24 de mayo, fecha de su fallecimiento, 4 grs. por mil.

No vamos a considerar aquí, por ser de todos conocidos, las características histopatológicas de estos tumores asimismo como su sintomatología y medios de diagnóstico. Sólo queremos hacer resaltar la coexistencia del tumor con la infección y la litiasis, hecho ya observado por numerosos autores.

Swift Jolly describe esta asociación más bien rara, que se presenta generalmente en los tumores vellosos. El cálculo o los cálculos pueden tener una ubicación calicial o piélica o estar en la unión pieloureteral. De tamaño y forma variables llegan en su expresión máxima al cálculo coraliforme o ramificado.

Lazarus sobre 63 casos reunidos encuentra 34 con antecedentes litiásicos, es decir el 54 %, mientras que Martín y Mertz por su lado después de estudiar 22 enfermos hallan que el 63 % de ellos fueron secundarios a la litiasis.

Conocido también es el caso de Priestley: gran tumor de flanco que fué

extirpado conjuntamente con la grasa perirrenal que sufre una recidiva en la herida operatoria y muere 8 meses después: se trataba de un epiteloma a células escamosas con litiasis renal secundaria.

Kretschmer, que tiene un buen estudio sobre estos tumores, acepta la influencia favorecedora de la inflamación crónica debida a infecciones o cálculos que llevan el epitelio normal de la pelvis hacia la metaplasia, pudiendo llegar en algunos casos a la leucoplasia.

De la misma opinión son Pascual, Eisendrath y Rolcnik, Lowsley y Kirwin, Kutzmann, Davidson, etc.

La otra faz interesante del asunto se refiere al criterio quirúrgico adoptado de la nefreurectomía subtotal, llegando a ligar al uréter lumbo-iliaco a la altura del borde inferior de la sínfisis sacro-iliaca, por debajo de la última imagen de infiltración observable en la pielografía.

Bien sabemos que la siembra a lo largo de la vía excretora por implantación secundaria del tumor impone en los casos de elección un temperamento quirúrgico más radical: la nefreurectomía total, llegando en determinadas circunstancias a la extirpación del segmento intramural del uréter y la zona adyacente de la pared vesical como lo propusieran Judd y más tarde Hunt.

Pero no escapará a vuestro análisis que nuestro enfermo no estaba en condiciones de soportar el shock operatorio que hubiera implicado esta intervención tan amplia, cuya mortalidad calcula Van den Brenden en un 22 %.

Realizamos en un primer tiempo la nefrectomía con la ureterectomía máxima factible en el curso de una lumbotomía corriente, con el firme propósito de efectuar "a posteriori" la resección del muñón ureteral restante. Esta conducta tiene precedentes desde luego y es aceptada por la mayoría de los autores para todos aquellos casos en que la intervención única supone un grave riesgo para el paciente. Cuando éste se ha restablecido y está en condiciones orgánicas y funcionales aceptables, recién se propondrá el segundo tiempo operatorio. Y a este respecto consideramos interesante el abordaje por incisión infraumbilical mediana, hecho sobre el que insiste particularmente Ercole en la interesante comunicación que nos presentara en 1940, en las Jornadas Urológicas de Rosario.

DISCUSION

Sr. Presidente Dr. García. — *Quiero recordar aquí, porque se ha puesto de actualidad en estos días, que casualmente en Rosario, en las Jornadas Urológicas, cuando presentamos con el Dr. Cacciatore un caso de papiloma de la pelvis renal desecado, se suscitó una discusión con el Dr. Ercole acerca de si se debió ser conservador o no en esa oportunidad.*

Las dos hipótesis eran aceptables dada la benignidad del tumor y el curso

ulterior de los hechos habría de darnos una pauta para juzgar nuestro criterio. Hace pocos días tuvimos noticias de ese enfermo, el que se encuentra en perfectas condiciones después de cuatro años. Se trataba de un papiloma de la cara posterior de la pelvis, visible radiológicamente, que fué reseado con la seguridad de que no existía ninguna otra localización. Este caso es muy interesante por su evolución; este enfermo llevaba siete años de hematurias, lo que nos impulsó a la extracción del papiloma.

Traigo a colación este caso, porque en aquella oportunidad quedamos con el doctor Ercole en que seguiríamos a este enfermo.

Dr. Rubi. — *No tengo más que agradecer la colaboración del Dr. García.*