

DOS CASOS DE TUMORES DEL URETER CONSIDERACIONES SOBRE LA TERAPEUTICA QUIRURGICA

Por los Dres. ALBERTO E GARCIA y JOSE CASAL

Los tumores de la vía excretora, separados y clasificados del conglomerado de las neoplasias renales a mediados del siglo pasado por Rayer, son estudiados con todo detalle en 1903 por Albarrán e Imbert en su clásico trabajo.

El diagnóstico, dificultado por el desconocimiento de la patología y la imperfección de los medios de examen, fué superando etapas y en el momento actual, con la notable precisión que dan los elementos que el urólogo tiene a su disposición, así como la divulgación de sus caracteres, hacen que se puedan poner en evidencia con relativa facilidad.

Se explica de esta manera el notable aumento de las publicaciones con respecto al tema y que su hallazgo sea mucho más frecuente en los últimos diez años.

De los diversos tipos de tumores englobados en este capítulo, las neoplasias del uréter ocupan un lugar de gran interés, y creemos conveniente distinguir en este grupo de blastomas los que corresponden a la propagación de proliferaciones originadas en el bacinete, de los que tienen su origen en el mismo conducto. Esta diferencia la establecemos sobre todo para enfocar la terapéutica, pues es bien sabido que el común origen embriológico de la pelvis y del uréter así como la similitud de su textura histológica demuestran que las características anatómicas de estos tumores son idénticas.

En esta comunicación nos ocupamos de dos tumores del extremo inferior del uréter, localización que con mucho es la más frecuente en este órgano, ya que las estadísticas de los autores que han hecho recopilaciones del tema, dan

para esta ubicación alrededor de los dos tercios de los tumores primitivos del uréter.

Caso 1: Servicio del Hospital Español. Historia clínica 10.428.

A. A., 64 años, argentino, soltero. Ingresa 10-XI-44.

Antecedentes hereditarios y personales: Sin datos de importancia.

Su enfermedad actual: Data de un año y se inició con una hematuria que duró pocos

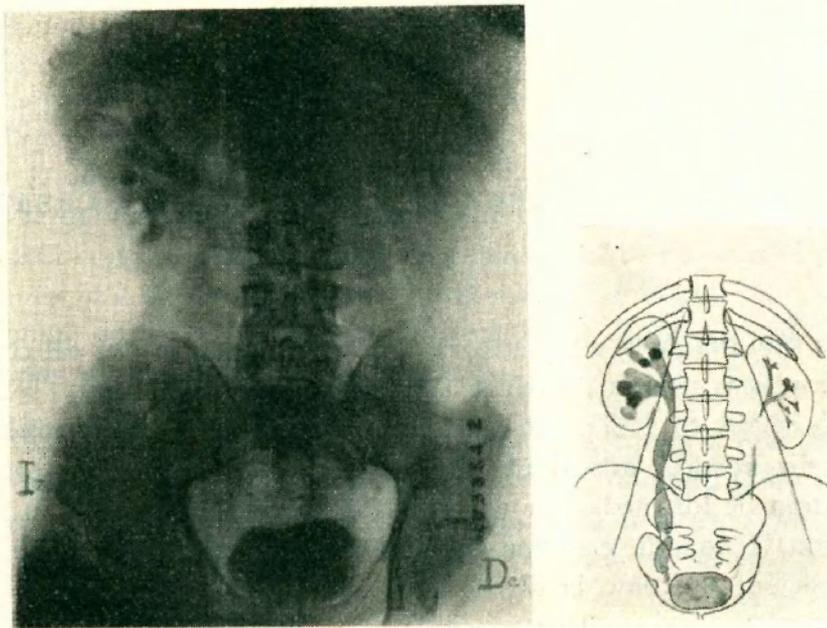


Figura 1

días, abundante, con coágulos y que cedió espontáneamente. A los cuatro meses se repite la emisión de orinas con sangre.

Desde dos meses antes de su ingreso orina sangre todos los días.

El examen físico no causa otro dato positivo que un discreto agrandamiento prostático, de caracteres adenomatosos, que se percibe a la palpación rectal.

Orinas hematóricas. El resto del examen de su aparato urinario y de toda su economía no revela otros datos patológicos.

Como el enfermo ingresa con hematuria, se efectúa de inmediato un examen endoscópico y se observa sobre el orificio ureteral izquierdo, ocultándolo, una proliferación vellosa, de tipo papilar, del diámetro aproximado de una moneda de cincuenta centavos, de implantación sesil y que no da la impresión de infiltrar la pared.



Figura 2

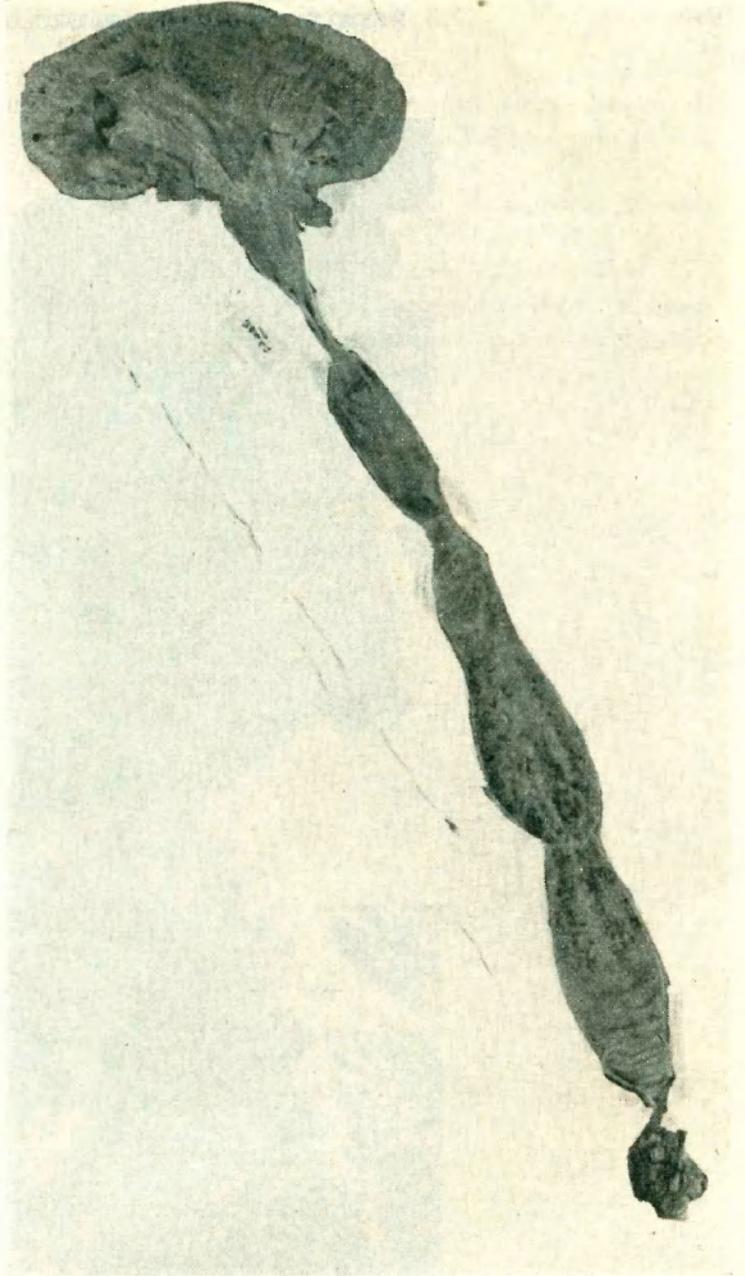


Figura 3

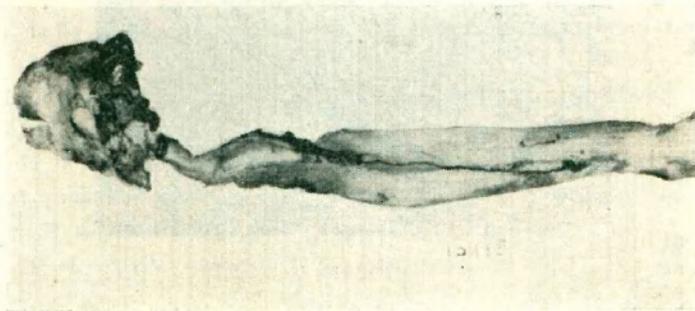


Figura 4



Figura 5

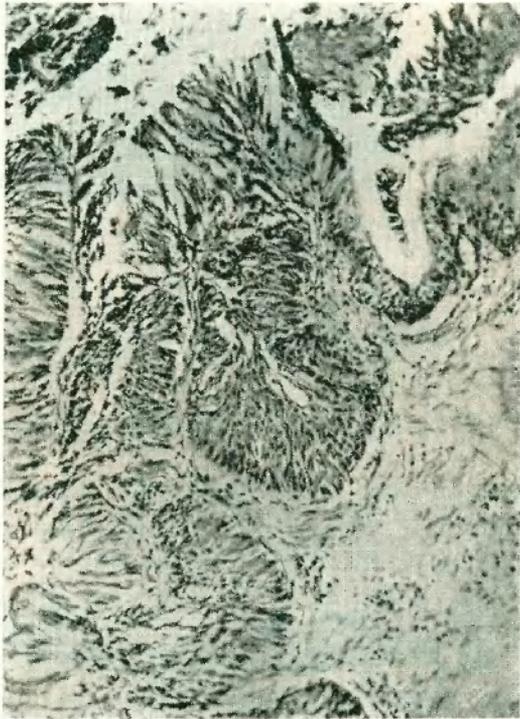


Figura 6

La prueba de Voëlcker y Joseph da eliminación del colorante a los cinco minutos del lado derecho, y del lado izquierdo no hay eliminación en los quince minutos que dura la observación.

El examen urográfico por excreción (Fig. 1), revela una ectasia pieloureteral izquierda con conservación de los caracteres normales del lado derecho.

El equilibrio del medio interno del enfermo es normal.

Frente a esta neoplasia que invade el orificio ureteral y con la ectasia pieloureteral observada en el examen radiográfico, se procede a la nefroureterectomía total con escisión parcial de la vejiga, practicada con la técnica que describiremos más adelante.

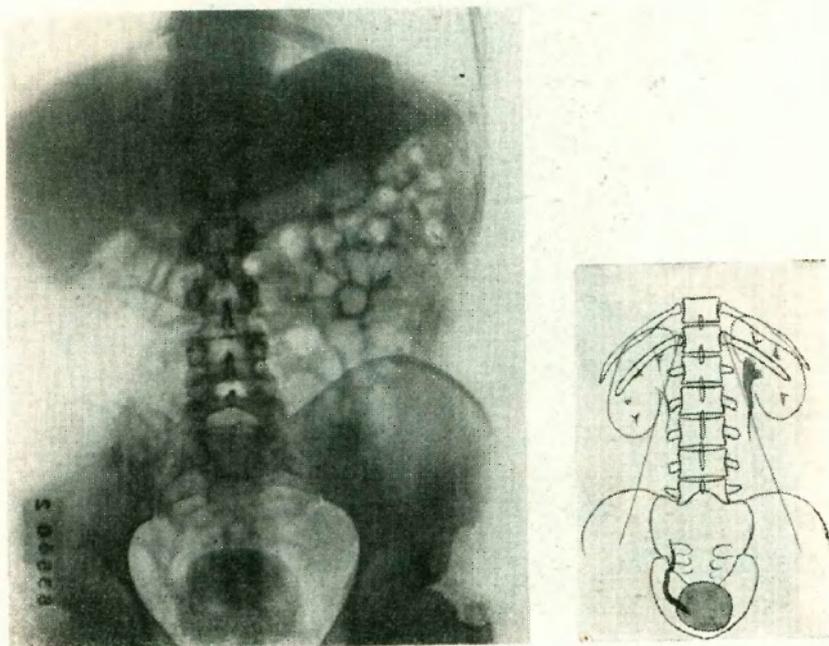


Figura 7

El examen anatómico de la pieza que debemos al profesor Monserrat, comprueba (Fig. 2) una glándula renal que al examen macroscópico tiene sus caracteres normales conservados aunque de consistencia ligeramente aumentada.

Al corte total de la pieza, la medular está disminuída por la compresión provocada por la uroestasia.

Pelvis discretamente dilatada (Fig. 3), el uréter señala la existencia de tres estenosis que separan zonas de dilatación.

No hay en toda la superficie de la mucosa, proliferaciones blastomatosas.

La porción terminal del uréter tiene una proliferación vegetante, vellosa, friable, que invade la mucosa vesical adyacente.

Un estilete señala el orificio ureteral. (Fig. 4).

La microfotografía panorámica del tumor (Fig. 5) señala claramente la implantación a nivel de la mucosa de la porción intramural del uréter.

En cortes sucesivos es posible observar como avanza la neoplasia sobre la mucosa vesical.

En la porción superior se ve la continuidad de la musculatura ureteral y su entrada en la vejiga y el nacimiento de la tumoración a nivel del epitelio ureteral.

La histología comprueba una serie de vegetaciones de tipo papilar con un eje conjuntivo vascular y capas celulares con figuras monstruosas y gran actividad cariocinética.

Se trata en definitiva de un blastoma epitelial paramalpighiano. (Fig. 6).

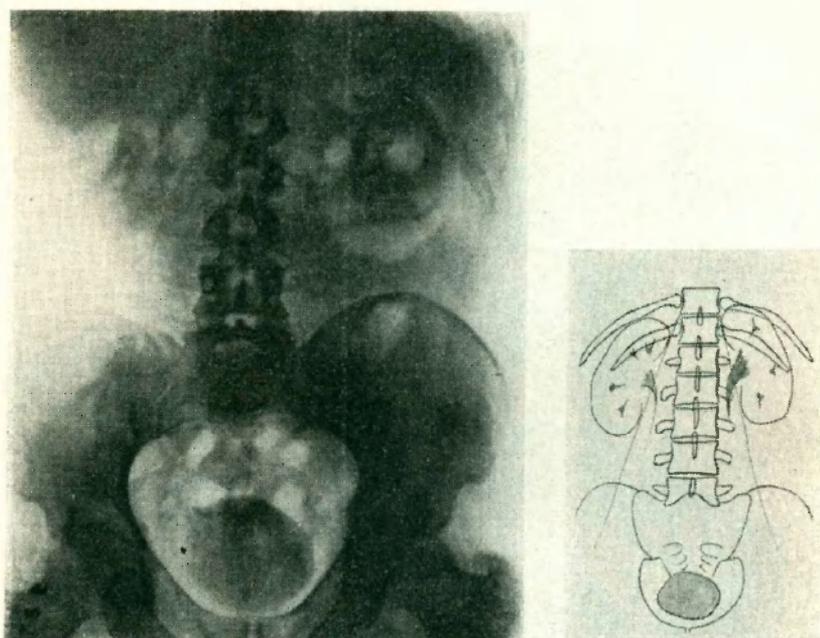


Figura 8

Caso II: Servicio del Hospital Español. Historia clínica Nº 11.672.

C. F., 54 años, soltero, español, empleado. Ingresó el 6-VIII-46. Ningún antecedente familiar de importancia. Blenorragia a los 22 años sin secuelas.

Enfermedad actual: Desde hace cuatro años pequeñas hematurias de escasa duración (a veces una sola micción).

A raíz de su última hematuria, hace pocos días, concurre al Servicio y se le interna para su estudio.

No tiene ningún otro síntoma que llame la atención del enfermo.

Estado actual: Enfermo de buen estado general. Apirético.

El examen general del enfermo no pone en evidencia anormalidad alguna.

Aparato Urinario: Orinas hematóricas. Palpación renoureteral negativa. No hay puntos dolorosos ni se perciben las glándulas. Trayectos ureterales indoloros.

Genitales externos normales.

Pequeño agrandamiento prostático con caracteres de adenoma. No hay residuo vesical.

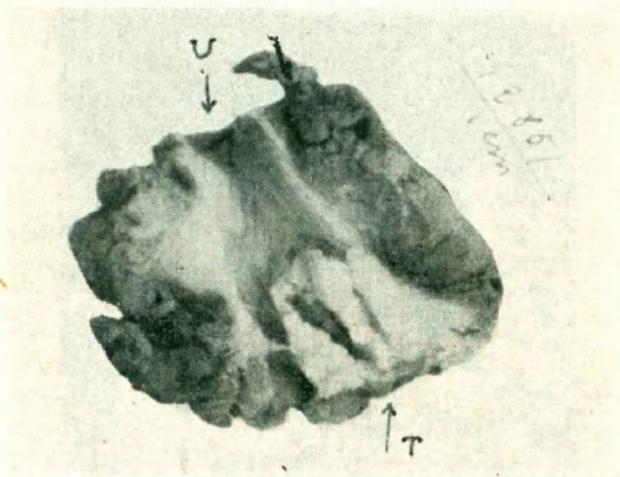


Figura 9

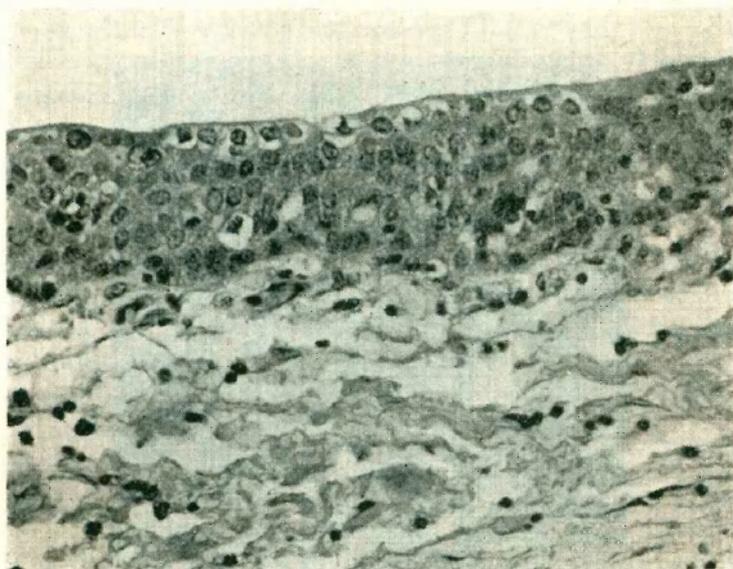


Figura 10

En la uretrrocistoscopia, buena capacidad vesical y buena tolerancia a la distensión. Vejiga normal, salvo en la zona yuxtaureteral derecha en la que se ve una masa tumoral del tamaño

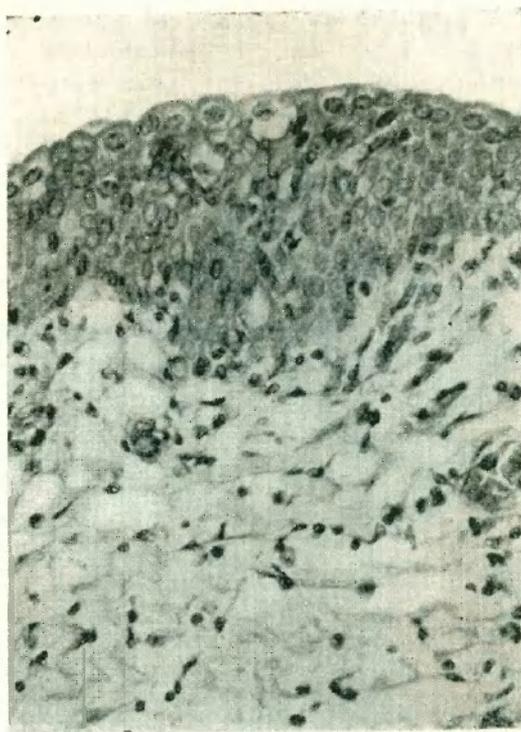


Figura 11

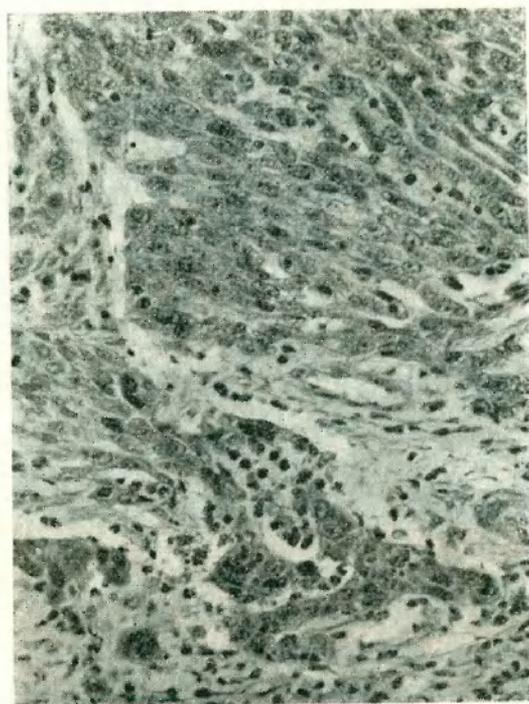


Figura 12

de un huevo de paloma, sesil, con discreto edema de la mucosa que la rodea. La neoformación es compacta y en su límite inferior se ve el orificio ureteral elevado por la neoplasia, signo éste descrito por varios autores como de tumor ureteral. El tumor delimita netamente con la zona cervical la que no parece invadida. El orificio ureteral izquierdo es normal. Discreto relieve prostático.

El examen urográfico no señala nada de anormal en la radiografía simple.

La urografía excretora (Fig. 7), sólo pone de manifiesto una dilatación del tramo inferior del uréter derecho, el que se visualiza muy bien en su segmento inferior.

El medio interno del enfermo es normal.

Los datos clínicos, radiográficos y endoscópicos, nos señalan la existencia de un blastoma localizado sobre el orificio ureteral derecho, plantándose la posibilidad de tratarse de un tumor del ostium ureteral semejante al presentado a esta Sociedad por los Dres. Astraldi y Monserrat, neoformaciones de extraordinaria rareza al decir de Eisendrath y Schutz, citados por estos autores. La otra situación es de que pudiese estarse en presencia de un blastoma de la pared lateral de la vejiga que invade el orificio ureteral.

La integridad de la vía excretora superior, así como lo moderado de la dilatación ureteral, nos aconsejan el abordaje transvesical del tumor para su exploración y con vistas a una intervención conservadora. La técnica de la operación será comentada más adelante, en este mismo trabajo.

El post-operatorio inmediato es normal y el enfermo abandona el hospital con sus orinas límpidas y en excelente estado general.

La evolución ulterior del enfermo es muy buena.

El último examen urográfico, llevado a cabo después de un año de la intervención quirúrgica (Fig. 8), es absolutamente normal y por el uréter reimplantado el índigo carmín se ve salir a los seis minutos de la inyección intravenosa.

También nos hizo el estudio anatómico de esta pieza el profesor Monserrat.

Macroscópicamente se observa un conducto abierto con una neoformación infiltrante en uno de sus extremos. Neoformación que rebasa el orificio inferior de la pieza (Fig. 9).

En el estudio microscópico, se realizaron una serie de cortes en el primero de los cuales se ve la textura normal del uréter, la mucosa normal, la basal conservada y epitelio pavimentoso estratificado con células Dogiel en la superficie (Fig. 10).

En un segundo corte, (Fig. 11), es posible observar la mucosa con las características semejantes a la preparación anterior. En la zona central se ve un brote proliferativo, que ha roto la membrana basal, que crece infiltrando y donde se pueden observar numerosas atipias celulares y gran número de mitosis.

La preparación siguiente (Fig. 12), toma una zona francamente tumoral, con crecimiento infiltrativo, gran atipia celular y numerosas figuras de carioquinesis.

COMENTARIOS

Scott², en su recopilación hecha en 1943, halla en la literatura 180 casos de tumores del uréter y agrega dos casos personales. Con respecto al tratamiento empleado, señala que en sólo cuatro oportunidades de las 149 intervenciones practicadas, se hizo la reimplantación ureteral en la vejiga y en otras tres se hizo en la piel. En diez casos se hizo nefroureterectomía en un tiempo. Insiste en que a veces la operación radical no es necesaria y dice "cuando el

tumor está localizado cerca de la vejiga o de la pelvis renal, a veces es posible reseca la porción enferma e implantarla en la vejiga o en la pelvis renal”.

J. R. Reagan ³, aconseja emplear sistemáticamente la nefroureterectomía en uno o dos tiempos según el estado del enfermo.

Cook, Counseller y Seefeld ⁴, al estudiar los casos de la Mayo Clinic hasta 1944, dicen “que la experiencia enseña que el tratamiento quirúrgico es de elección y que la nefroureterectomía con excisión del segmento de vejiga correspondiente al orificio ureteral, es el método que debe ser instituido precozmente.”

Cooney ⁵, aconseja que aún en los tumores benignos del uréter la terapia quirúrgica debe ser radical, mientras que Mc Clelland ⁶, presenta un caso de carcinoma ureteral al que extirpa haciendo una anastomosis término-terminal de los extremos del uréter.

Foord y Ferrier ⁷, insisten en que el tratamiento de elección es la nefroureterectomía en uno o dos tiempos.

En la literatura nacional, hemos encontrado dos casos uno de Dante y Trabucco ⁸, donde se practicó la nefroureterectomía en un tiempo con cistectomía parcial y otro de Astraldi y Monserrat ⁹ en el que se hizo la extirpación del tumor por vía transvesical con conservación del tumor.

La revisión de la literatura con respecto al tratamiento de estas neoplasias, arroja una abrumadora mayoría de partidarios de la terapéutica radical (nefroureterectomía y cistectomía parcial, en uno o dos tiempos) y sólo pocos de ellos, Bachrach ¹⁰ y Vest ¹¹, aconsejan la extirpación de la neoplasia con reimplantación del uréter en la piel, intestino o vejiga.

Es indudable, que toda neoplasia maligna, y las del uréter lo son todas desde el punto de vista clínico aunque no anatómico, invita al cirujano a realizar la exéresis amplia aunque se sacrifiquen órganos importantes, pero en casos de tumores localizados en el extremo inferior del uréter, sin otra lesión grave supra o subyacente, está perfectamente justificada la terapéutica conservadora. A ello conducen actualmente los diagnósticos hechos con mayor precocidad de manera que el riñón y la vía excretora se encuentren en mejores condiciones y no haya lesiones de infección o esclerosis de mucha importancia.

Otra condición que creemos fundamental, es la de poder creer fehacientemente que no hay otras localizaciones tumorales en el mismo órgano, y todas las exploraciones que se puedan hacer en ese sentido estarán justificadas.

Hecho el diagnóstico de certeza de localización blastomatosa única, queda a nuestro juicio otro factor de gran importancia: *el estado del uréter.*

La experiencia que poseemos en cirugía reparadora del uréter, nos ha convencido que la reimplantación de ureteres dilatados, de tono neuromuscular disminuído o abolido, de paredes tan adelgazadas que a veces son transparentes, fracasa siempre.

Es por ello que pensamos que no debe reimplantarse un uréter con ectasia acentuada (nuestro primer caso), porque casi con seguridad se llegará al fracaso, mientras que todo debe conducir a realizar una intervención conservadora cuando no hay dilatación ureteral o ella es moderada (caso segundo de esta comunicación).

Es en base de estos conceptos que se llevó a cabo la exéresis radical en el primer caso y la implantación en el segundo.

La observación del segundo paciente lleva ya un año y está en excelentes condiciones de salud y con función del riñón derecho.

En lo que se refiere a la técnica de las intervenciones, seguimos para la ureterofrectomía, las ideas de Heckenbach. Abordamos la glándula renal por una lumbotomía anatómica o a través de una incisión de Heckenbach, con resección de la duodécima costilla y sección del ligamento iliolumbocostal de Henle; liberado el riñón, seccionamos y ligamos el pedículo y una vez investigado el uréter lo seguimos en su trayecto liberándolo, sin ampliar la incisión de los músculos abdominales. De esta manera es posible seguirlo hasta la línea innominada o cerca de ella, a ese nivel dejamos una gasa que nos servirá como punto de reparo; exteriorizamos el riñón así liberado y reconstruimos la pared dejando la glándula unida al uréter. Colocamos entonces al enfermo en decúbito dorsal y por una laparatomía de Judd o una incisión transrectal, investigamos el uréter por vía extraperitoneal hasta el lugar donde hemos dejado la gasa como reparo. Se continúa después hacia la vejiga y traccionando el uréter resecamos la vejiga en esa porción, suturando la brecha en dos planos y un tercer plano del tejido celular perivesical. Se deja drenaje de la celda renal y del espacio paravesical.

Completamos la intervención extrayendo el riñón y el uréter a través de una pequeña brecha de la lumbotomía.

Esta técnica ahorra la sección de todos los músculos anchos del abdomen en toda la longitud del uréter con todas las ventajas derivadas al evitar una enorme incisión.

El abordaje de los tumores del extremo inferior del uréter, en los que se realizará la reimplantación en la vejiga, lo hacemos por una laparatomía transrectal infraumbilical. Abierta la vejiga, observamos la tumoración y luego se

investiga el uréter a reimplantar despegando la cara lateral del reservorio vesical. Se secciona el uréter y se repara con un catgut.

Se vuelve entonces al interior de la cavidad vesical, y con electrobisturí se reseca generosamente la tumoración con todas las capas vesicales, quedando una brecha que suturamos en dos planos y reforzamos en la cara externa del órgano con la reparación del tejido celular perivesical. Completado este tiempo, hen-

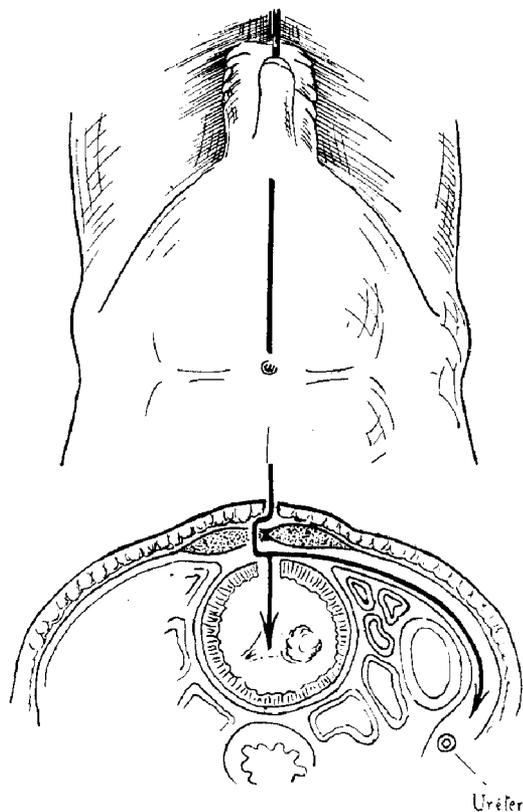


Figura 13
Vía de abordaje.

dimos el uréter en dos colgajos y a través de una solución de continuidad de la pared vesical más alta, lo introducimos en la vejiga con el auxilio de dos hebras de catgut en U. Con aguja atraumática unimos los colgajos ureterales a la mucosa vesical y cerramos la brecha creada para pasar el uréter, lo más herméticamente posible. Dejamos el enfermo cistostomizado y se reconstruye la pared abdominal por planos, drenando el Retzius.

En fotografías de los diversos tiempos operatorios acompañadas de esquemas aclaratorios, se puede seguir objetivamente la técnica empleada.

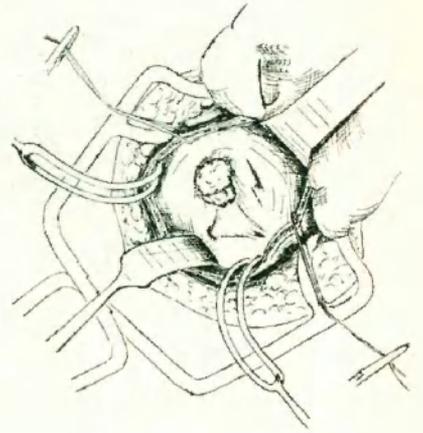
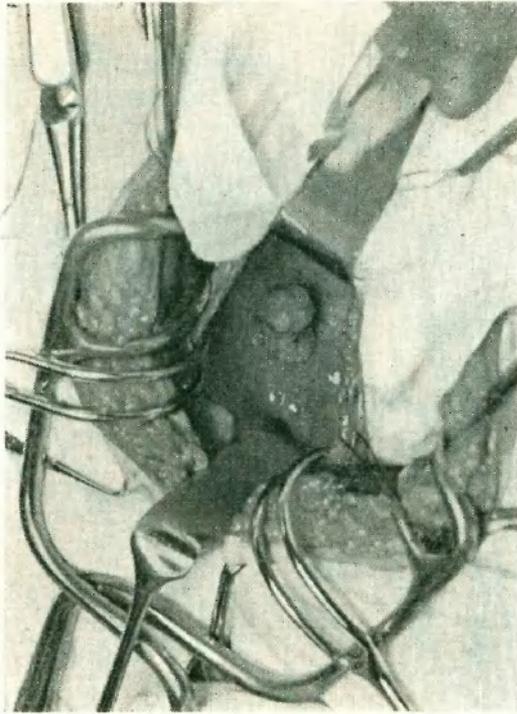


Figura 14

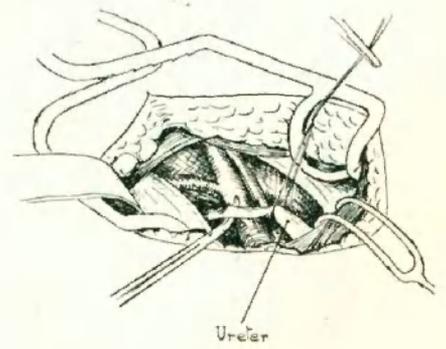
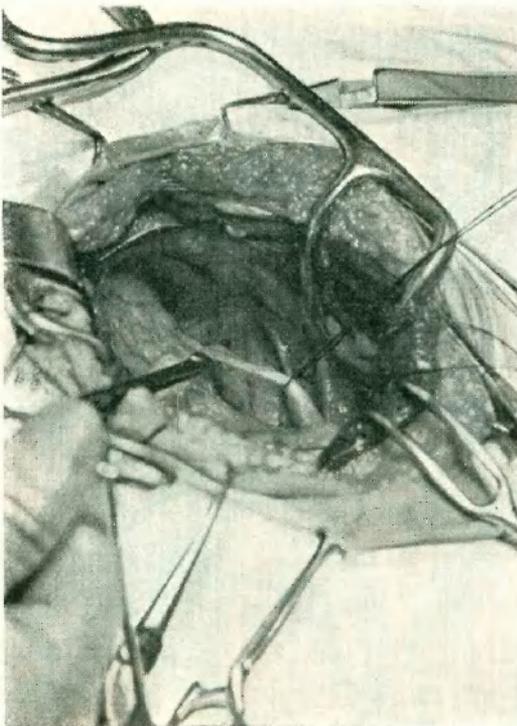


Figura 15

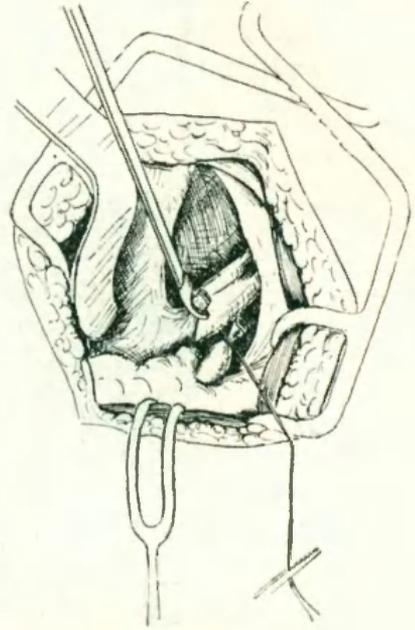
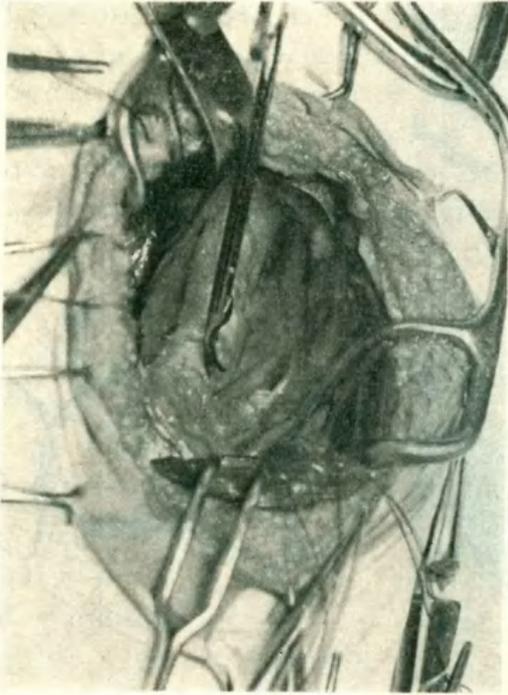


Figura 16

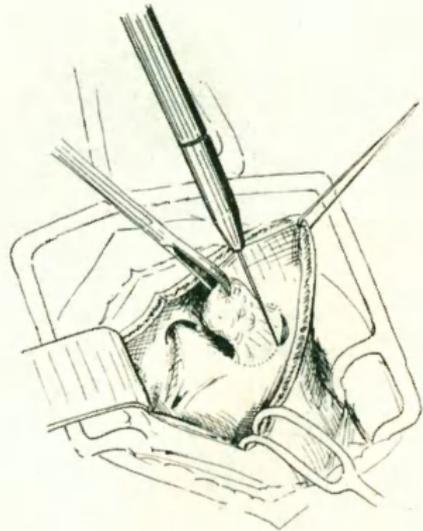


Figura 17

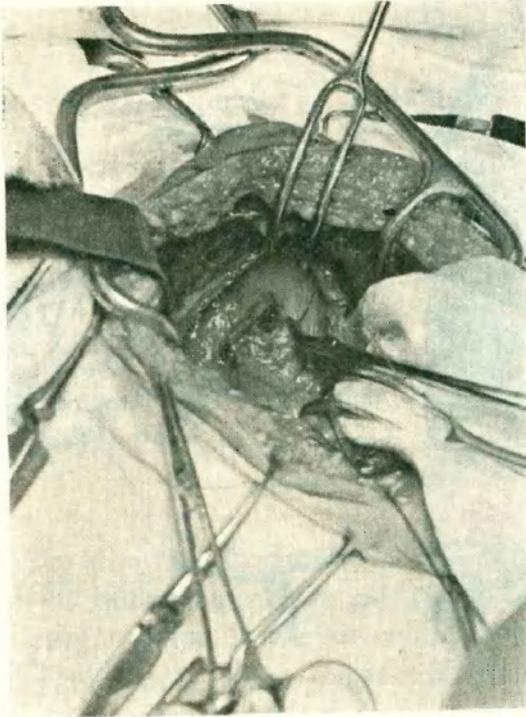


Figura 18

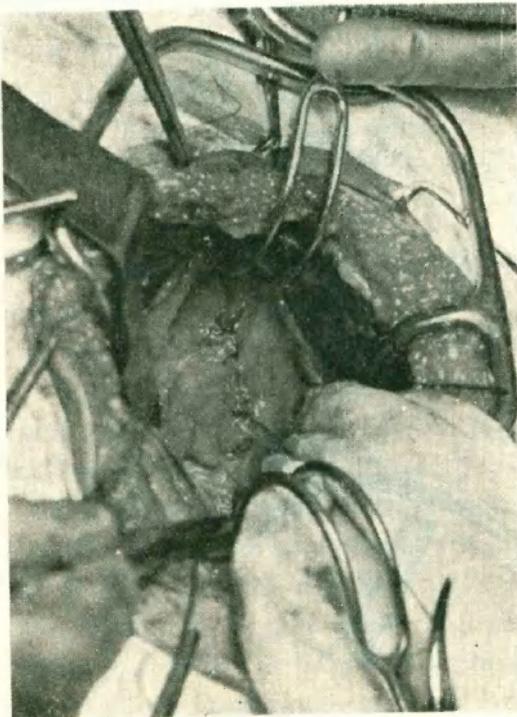
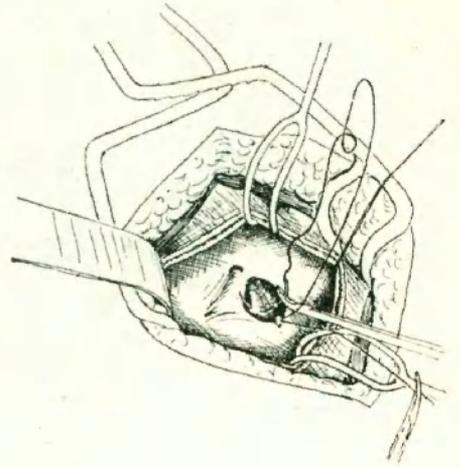
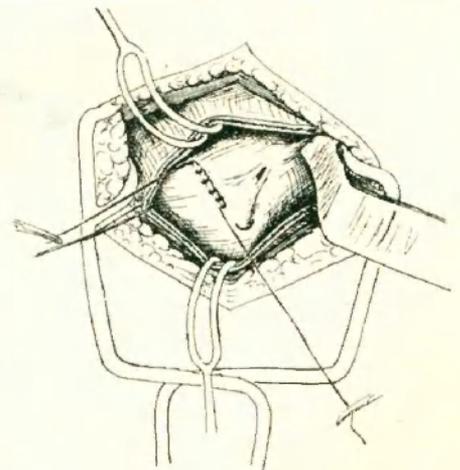


Figura 19



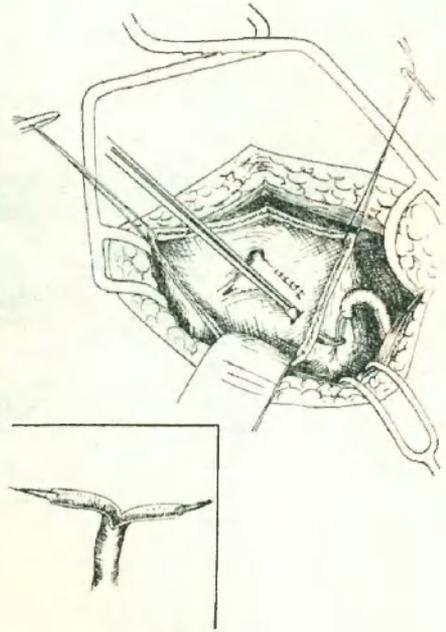
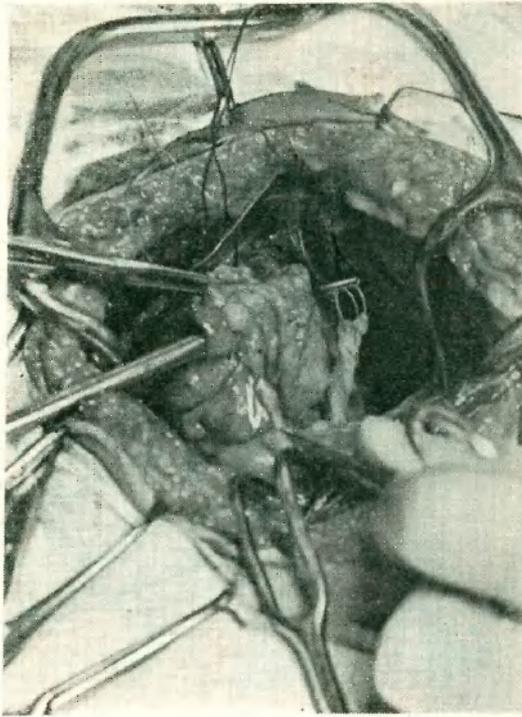


Figura 20

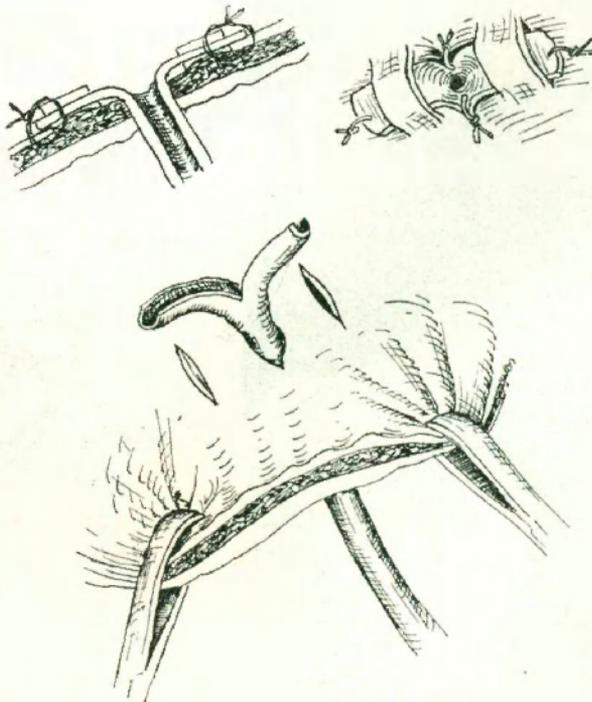


Figura 21

BIBLIOGRAFIA

- Eisendrath y Schutz (citados por Astraldi y Monserrat).
 Scott, W. W., J. Urol. 50: 45 - 1943.
 Reagan, J. R.: J. Urol. 50: 304 - 1943.
 Gounseller, V. S., Cook, E. N. y Seefeld, P. H.: J. Urol. 51:606 - 1944.
 Coonet, Ch. J.: J. Urol. 47:651 - 1942.
 McClelland, J. C.: J. Urol. 52:522 - 1944.
 Foordy Ferrier, J. A. M. A. 112:596 - 1939.
 Dante y Trabucco: Rev. Arg. Urol. pág. 18, enero 1937.
 Astraldi y Monserrat: Rev. Arg. Urol. pág. 16, enero 1941.
 Bachrach, R.: Zeitschrift f. Urol. chir. 28:2 - 1929.
 Vest, S. A.: J. Urol. 53:97 - 1945.

DISCUSIÓN

Dr. Vilar. — *Con respecto a la doble incisión para la uréterectomía total, nosotros hemos encontrado que para llegar a la última porción del uréter, por tumores de vejiga, basta la incisión de Israel. Traccionando el uréter por el riñón, colocando valvas y haciendo una disección obtusa, se llega a la vejiga. lo que acorta considerablemente el acto operatorio. Los primeros casos nos parecían de difícil técnica, pero nos hemos familiarizado tanto con ello, que en ocasiones nos vemos tentados a seguirla, contra la idea que teníamos antes de implantar el uréter a piel, en los casos de nefrectomía por tuberculosis.*

En la uréterectomía total, que es la operación de elección, no tenemos dificultad en llegar por la incisión de Israel a la vejiga; se coloca la ligadura, lo que puede hacer fácilmente, siendo ésta una operación menos mutilante que la doble incisión.

Dr. García. — *Discrepo fundamentalmente con el Dr. Vilar en la apreciación del factor mutilante*

Nosotros hacemos lumbotomías muy reducidas. En ese sentido, nos hemos contagiado de Heckenbach. Este, discípulo de von Lichtenberg, viendo los malos resultados alejados de las lumbotomías de su maestro, la frecuencia de las eventraciones, reaccionó y se fué al extremo opuesto.

La lumbotomía que hacemos nosotros es la anatómica o la tipo Heitz Boyer; son lumbotomías muy reducidas con excelente campo. Estoy de acuerdo con el Dr. Vilar que con la incisión de Israel, es posible llegar en individuos que son obesos, a la porción terminal del uréter, pero en muchos pacientes hay que prolongar tanto la incisión que la lumbotomía resulta traumatizante. En realidad, es una lumbolaparotomía. La ligadura del uréter se puede hacer con un poco de habilidad quirúrgica, a través de un trayecto de valvas, pero la re-

sección de la porción terminal de la vejiga exige un campo operatorio algo más amplio.

La uréteronefrectomía con doble incisión es absolutamente económica. En estos casos, son riñones fácilmente delimitables, despegables y exteriorizables, es decir, con una lumbotomía que no va más allá de 12 a 14 cms. Hacemos la lumbotomía, y despegamos, casi por tacto el uréter, maniobra de habilidad digital. Una incisión para mediana baja, que se reconstruye perfectamente, da un amplia campo para la liberación del uréter y para cualquier cirugía ulterior de la vejiga.

En nuestro segundo caso, el problema de si se va a hacer cirugía conservadora, ya ha sido planeado en otro sentido.

El primero, ya planteado para una uréteronefrectomía, lo llevamos a cabo. Estamos muy satisfechos y podemos presentar distintos enfermos para que aprecien los detalles de la intervención. Son lumbotomías tan reducidas que la operación es muy bien tolerada.

Puedo afirmar que en los enfermos en que se hace una uréteronefrectomía o una nefrectomía común con doble incisión, el acto quirúrgico es perfectamente tolerable, con la única diferencia de que se prolonga 10 o 15 minutos más que siguiendo la otra técnica, porque ese es el tiempo que demanda la sección de la porción inferior del uréter. Creo que esta operación es más conservadora en el sentido del respeto de la pared.
