

Univ. Nac. de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas.
Cát. de Clín. Génito-Urinarias. Prof. Dr. Rodolfo González

TUMOR DE URETER NEFROURETERECTOMIA TOTAL Y CISTECTOMIA PARCIAL

Por los Dres. R. GONZALEZ, M. FIRSTATER y JOSE M. GOMEZ

Dentro de los tumores de la vía excretora, magistralmente descriptos a comienzos de siglo por Albarrán e Imbert, las neoplasias ureterales son particularmente interesantes. Aunque señaladas como poco frecuentes, la progresiva referencia que se registra en la literatura en los últimos años, significaría, más que un aumento en su número, una más exacta y cuidadosa discriminación diagnóstica.

La mayor parte de los tumores ureterales son secundarios a otros de la pelvis renal y menos frecuentemente, a la progresión de un tumor papilar de la vejiga. Su carácter secundario puede ser debido, por otra parte, a metástasis neoplásicas de otros órganos.

El uréter puede ser, además, asiento de tumores primitivos, siendo éstos los que nos interesan particularmente, por los problemas de diagnóstico y terapéutica que plantean. Dentro de estos tumores se han descripto como menos frecuentes los benignos, especialmente pólipos y papilomas: hasta 1945, Ottley había registrado sólo 27 casos de papilomas primarios. Más numerosos serían los malignos, carcinomas y sarcomas. En 1945, Lázarus y Marks reúnen 183 casos de carcinomas primarios del uréter, y en cuanto a los sarcomas, las referencias son muy escasas.

Llama la atención el reducido número de casos de tumores ureterales primitivos relatados en nuestro país. En 1934, Enrique Castaño refiere una observación de papiloma primitivo del uréter diagnosticado pielográficamente y tratado por nefroureterectomía. Julio Dante y Armando Trabucco comunican, en 1936, un caso de tumor en la extremidad inferior del uréter, carcinoma sólido simple, en el que practican la extirpación del riñón, uréter y parte correspondiente a la vejiga. Cinco años más tarde, Alejandro Astraldi

y José L. Monserrat, hacen conocer un caso de epiteloma primitivo del orificio ureteral, que por el examen macro, microscópico y por la clínica, parecía

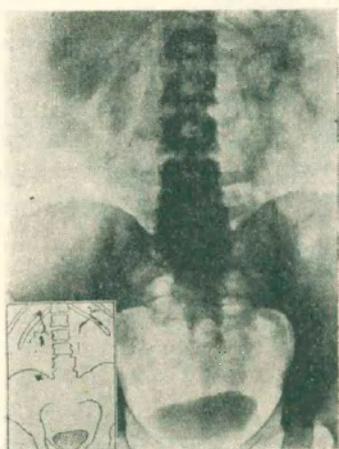


Figura 1

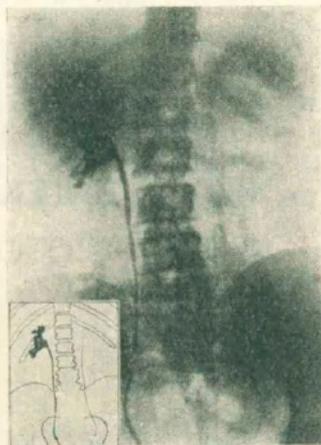


Figura 2

tratarse de un tumor nacido en el meato ureteral y que, en su crecimiento, hubiera prolapsado el uréter a la cavidad vesical; se siguió una conducta con-

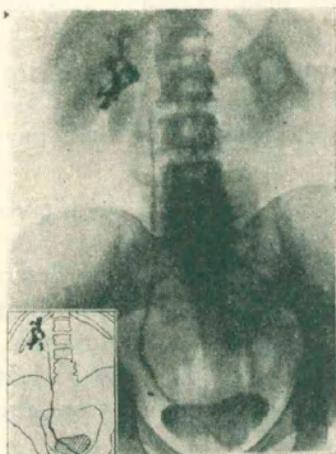


Figura 3



Figura 4

servadora. extirpándose solamente el tumor por vía vesical. En 1947, Alberto E. García y José Casal nos refieren dos casos de tumor de uréter: uno era un blastoma epitelial para-malpighiano, que ocupaba su porción terminal,

con proliferación vegetante que invadía la mucosa vesical adyacente; se le practicó una nefroureterectomía total con escisión parcial de la vejiga. El otro, un carcinoma de la extremidad inferior del uréter, pero con conservación de la función y con una moderada urétero-ectasia; se le efectuó una intervención conservadora, por abordaje transvesical del tumor.

A estos casos, agregamos nuestra observación. Se trata de:

L. G., argentino, de 59 años y que ingresa al Servicio de la Cátedra, el 5-X-50, refiriendo que desde hace 4 meses viene sufriendo de hematurias a repetición, casi siempre totales indoloras, caprichosas, y sin relación con el decúbito o la actividad física. Además aquejaba

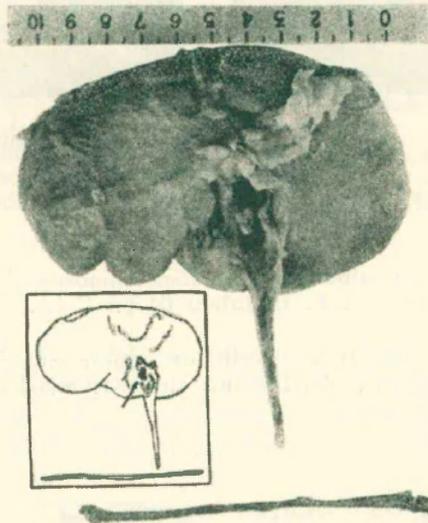


Figura 5

discreta polaquiuria diurna y nocturna pero sin disuria. Refiere además presentar, desde hace un año, disnea de esfuerzo, que fué tratada con reposo y medicación cardiotónica. No obstante de todas estas molestias, se sentía bien, con fuerzas y apetito conservado, sin pérdida de peso.

Examinamos un enfermo de buen estado general, apirético. En su aparato cardiovascular encontramos un ligero apagamiento de tono y una discreta hipertensión (170-90), comprobándose electrocardiográficamente un ligero déficit miocárdico.

En el aparato respiratorio, se registran rales diseminados en ambos campos pulmonares, expresión de su antigua bronquitis.

El estudio de su sistema urinario revela:

Uretra: Permeable. *Vejiga:* Nada al examen externo. No hay residuo. Capacidad, 250 cc. *Riñóns:* Nada al examen físico.

Examen cistoscópico: Capacidad vesical: 850 cc. Buena tonicidad. Orinas claras. Discreta columnización. Cuello engrosado. Meato ureteral izquierdo normal. La zona del meato derecho está ocupada por un pequeño tumorcito vegetante, cuya exacta relación con el meato no es posible determinar pero que impresiona como si saliera del orificio uretral. Inyectando índigo carmín no se observa eliminación por el meato derecho. Se intenta el caterismo de este lado, lográndose sólo introducir la punta de la sonda, refluyendo totalmente, a vejiga. la sustancia de contraste inyectada, fracasando por ello, la pielografía retrógrada.

Examen urográfico: Funcionalismo normal en el lado izquierdo, con integridad anatómica del sistema excretor y la exclusión funcional derecha (fig. 1). Cistografía de eliminación: imagen sensiblemente normal (Fig. 2).

Análisis: Se observa una ligera disminución de los glóbulos rojos, 4.410.000 con integridad de la fórmula blanca; un índice de Katz de 40; orina ácida, de una concentración

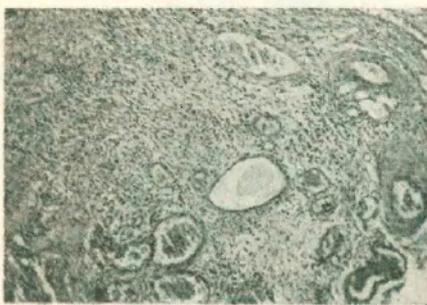


Figura 6



Figura 7

de 1016, con gr. 1,5: 1000 de albúmina, hematias, cilindros hialinos y leucocitos granulosos en número mayor que el normal; úrea sanguínea de gr. 0,37: 1000; glicemia normal. Wassermann y Kahn, negativas.

Biopsia endoscópica: Se toma un trocito del tumor meático, para estudio histo-patológico, cuyo informe N° 1028/1950, del Instituto de Anatomía Patológica de la Facultad, dice:

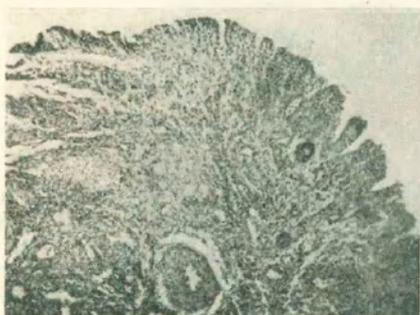


Figura 8



Figura 9

"Carcinoma basocelular; moderada atipia celular. Escasas figuras de mitosis". En la microfotografía (Fig. 3), se observa una proliferación epitelial que se torna irregular, notándose algunos alvéolos empotrados en los ejes conectivos edematosos. A mayor aumento, se evidencia (fig. 4), elementos celulares atípicos y algunas figuras de mitosis, que prueban la existencia de un carcinoma basocelular.

Con el diagnóstico de carcinoma del meato uretral derecho causante de la exclusión

renal de ese lado, se interviene al enfermo con el plan de una nefroureterectomía total y cistectomía parcial. Anestesia general. Lumbotomía de Guyón. Resección costal. Se comprueba un riñón aumentado de tamaño con una marcada uréterouronefrosis. La presentación de un accidente respiratorio obliga a acortar el acto operatorio, por lo que se practica solamente la nefrectomía con ureterectomía parcial.

El post-operatorio, se vió perturbado por un cuadro broncopléjico con intensa disnea, cediendo a la medicación impuesta y a la carpa de oxígeno. Once días después, el paciente estaba lo bastante restablecido como para abandonar el lecho. Tan solo persistió, aunque poco tiempo, una cifra de gr. 0.80: 1000 de urea en sangre, la que descendió con régimen y medicación apropiada.

Después de una adecuada preparación preoperatoria, el enfermo es reintervenido con fecha 28-XII-50. Bajo raquianestesia se efectúa la cistectomía parcial y la extirpación de la porción restante del uréter: previa cistostomía se circunscribe con bisturí eléctrico la base del tumor vesical, interesando todas las tunicas, y con disección roma se libera la porción vesical correspondiente y el muñón ureteral, que se hallaba engrosado, violáceo y distendido. Cierre de la brecha vesical en dos planos. Drenaje látero vesical. Sonda de Pezzer en vejiga.

El uréter se encontró ocupado en su tercio terminal, en una extensión de 6 a 7 cm. por un conglomerado de tumores polipoideos, que llenaba totalmente su luz. El informe histopatológico mostró que se trataba de: "pólipos con epitelio de transición, que acusan acentuados fenómenos proliferativos y algunas mitosis, pero sin ofrecer todavía las características de un proceso neoplástico maligno". Fig. 5.

El paciente hace un post-operatorio sin incidentes y es dado de alta en buenas condiciones generales y locales, el 24-I-51.

Hemos controlado recientemente el paciente, el que se encuentra totalmente recuperado y en excelente estado. Ha aumentado de peso; se siente bien y orina cada 4-6 horas sin disuria. La endoscopia ha mostrado la zona reseca perfectamente cicatrizada.

COMENTARIO

Indudablemente nuestro caso se trata de una papilomatosis múltiple de la extremidad inferior del uréter con transformación maligna de los pólipos situados en la porción meática. Muestra elocuente de esta transformación son, además, las figuras de mitosis que se han observado en otras secciones y que evidencian su tendencia a la degeneración.

El proceso neo-formativo descrito explica, por otra parte, la exclusión funcional del riñón correspondiente a la marcada urétero-hidronefrosis que presentaba. Los pólipos llenaban completamente la extremidad inferior del uréter, haciendo así completamente imposible la urétero pielografía retrógrada.

Decidimos la terapéutica quirúrgica radical, porque debía aceptarse que para llegar a excluir el riñón, el obstáculo tumoral a nivel de la zona meática tenía que ser importante. Por ello comenzamos por la lumbotomía, que nos permitió comprobar la gran ectasia de la vía excretora y la acentuada destrucción del parénquima renal.

Efectuamos la operación en dos tiempos, por las circunstancias anotadas, lo que nos impidió cumplir nuestro propósito de efectuar la nefroureterectomía y cistectomía parcial en la misma sesión. La fig. 6 muestra la pieza operatoria: riñón lobulado, uronefrótico, dilatación y tumor ureteral.

RESUMEN

Presentamos un caso de papilomatosis múltiple primitiva, de la extremidad inferior del uréter derecho, con transformación maligna en la zona meática, y tratado por la nefroureterectomía y cistectomía parcial. Con el

nuestro, suman 6 los casos de tumores primitivos de uréter registrados en la literatura nacional.

BIBLIOGRAFÍA

- Astraldi y Monserrat*: Revista Argentina de Urol. X: 16, 1941.
Castaño: Revista Argentina de Urol. III: 66, 1934.
Dante y Trabucco: Revista Argentina de Urol. VI: 18, 1937.
García y Casal: Revista Argentina de Urol. XVI: 193, 1947.
Lazarus y Marks: Journal of Urol. LIV: 140, 1945.
Otteley: British J. Surgery XXXII: 531, 1945.