

SOBRE LA URETERECTOMIA TOTAL EN EL CANCER PAPILAR DE RIÑON

Por los Dres. RODOLFO I. MATHIS y JUAN A. GOLDARACENA

Volvemos a ocuparnos de la necesidad de ser sistemáticos en la resección del uréter cuando se interviene por cáncer de riñón del tipo papilar, ya sea en un tiempo, si el estado del enfermo lo permite, o bien difiriendo el tiempo ureteral, una vez el enfermo recuperado de la sola nefrectomía.

En esta Sociedad se ha insistido en este tema: Ercole, Rubi, Surra Canard, Itazu y nosotros hemos publicado observaciones de interés, que no hacen sino refirmar las conclusiones del Congreso de Londres de 1934.

Es que la evolución de estos enfermos cuando no se sigue esta conducta, es imprevisible, y si bien puede citarse algún caso de curación después de años sin ureterectomía, debe quedar definitivamente en nuestro espíritu, que ello es la excepción.

Se podrá argüir que es posible esperar la evolución. Que si existen brotes ureterales, ya revelarán su presencia por las hematurias, y que llegado el caso será este momento el indicado para la segunda intervención. Precisamente para no aceptar esta conducta es que traemos la evolución de tres casos en que no se cumplió con las reglas que sostenemos.

CASO N° 1. — S. S. 42 años de edad. Jornalero. Ingresó el 1° de marzo de 1948. En 1939 nefrectomía lado izquierdo por gran tumor de riñón de tipo carcinoma papilar. Se le aconseja volver a los tres meses para efectuar ureterectomía secundaria. No acepta este consejo y 9 años después, en 1948, 5 meses antes de su ingreso, comienza con hematurias totales, hasta llegar a un estado de anemia extrema. A su ingreso se comprueba 1.290.000 glóbulos rojos y 28% de hemoglobina. Se trata con urgencia el estado general y cuando se juzga oportuno se le practican los exámenes endoscópicos y radiológicos que demuestran grandes brotes tumorales en vejiga con regular uretero-ectasia del riñón derecho. Con diagnóstico de recidiva de tumor en uréter y vejiga, y después de mejorar el estado general con transfusiones, etc., se hace el 15 de marzo una implantación del uréter derecho en sigmoide que prende sin ningún inconveniente.

El 17 de mayo se procede a la cistectomía total con ureterectomía del uréter residual. En el acto quirúrgico se encontró el uréter íntimamente adherido al peritoneo que obliga a resecarlo con parte de la serosa. Se encuentran adherencias *casí insuperables* del uréter con los vasos ilíacos en su entrecruzamiento. Se consigue aislar la arteria a punta de bisturí, pero al querer aislar la vena se desgarró obligando a resecarla junto al tumor entre dos ligaduras. Se cierra la pared por planos con buen drenaje del lecho con venda de gasa.

El post-operatorio fué grave pero el enfermo consigue recuperarse del acto quirúrgico.

CASO N° 2. — P. P. 54 años. Italiano. Ingresó el 5 de octubre de 1949, con hematuria total y lumbalgia del lado derecho. Clínicamente gran tumor retroperitoneal de este lado. Los estudios radiológicos comprueban los caracteres de un tumor renal. Lado izquierdo morfológico y funcionalmente normal.

El 21 de octubre nefrectomía.

Estudio histológico demuestra tumor tipo carcinoma vegetante con amplia invasión cortical.

Alta el 5 de noviembre de 1949, aconsejándosele volver a los seis meses. El enfermo, sintiéndose bien, no vuelve sino el 17 de abril de 1951, por hematurias desde 8 meses antes con bloqueo de vejiga por coágulos desde el día anterior. Se evacúa la vejiga por aspiración y el examen endoscópico comprueba que del meato ureteral del lado derecho sale abundante sangre. Lado izquierdo normal y prueba de Voelker y Joseph suficiente.

El 20 de abril de 1951 bajo raqui-percaina se interviene en mostración a estudiantes.

Incisión inguino-abdominal amplia oblicua del lado derecho, con sección muscular. Se investiga el uréter, el que está sumamente dilatado y adherente. Se aísla el extremo inferior sin gran dificultad reseándolo con un collarete de vejiga, previa sección del deferente. Sutura de la vejiga con catgut simple.

Se prosigue la intervención tratando de aislar la parte superior. En el entrecruzamiento es difícil separarlo de los vasos ilíacos pero se consigue con cuidadosas maniobras. En el extremo superior, el uréter se va aproximando a la vena cava con la que contacta en una extensión de 5 centímetros. La vena es muy delgada y en este momento se teme su desgarró. En efecto, al quererlo separar las adherencias son íntimas y la vena se abre longitudinalmente en una extensión de 6 centímetros, con gran inundación del campo operatorio. Se tapona rápidamente y se aísla la vena tomándola con un ansa de catgut por debajo del desgarró, se la liga. Se pasa otro catgut, que se lleva hasta la parte superior, consiguiéndose por tracción hacer hemostasia y visualizar el campo previa "toilette". La vena está invertida con la íntima hacia afuera. No obstante, esta ligadura superior no consigue llevarse hasta el extremo del desgarró, por lo que se ve obligado a dejar un clamp lateral a permanencia con taponamiento con venda de gasa, los que salen por el extremo inferior de la herida. Cierre por planos. Se hace una transfusión de 1.000 grs. de sangre, con lo que el enfermo se recupera y hace un post-operatorio sin incidentes, retirándose el clamp a los 9 días junto con el taponamiento.

El enfermo sale de alta curado el 15 de mayo de 1951, encontrándose actualmente en perfectas condiciones. Como consecuencia de la ligadura persistió un edema y enfriamiento de miembros inferiores durante tres meses.

CASO N° 3. — J. de S. 61 años de edad. Argentino. Casado. Sin antecedentes de importancia es visto tres meses antes de su ingreso por hematurias totales y alguna vez terminal, indoloras y caprichosas. El estudio esdoscópico demuestra dos brotes papilares en vejiga cerca del meato ureteral derecho al que obstruyen en su visualización. Se hace una sesión de electrocoagulación, consiguiéndose ver que del meato ureteral viene eyaculación sanguinolenta.

El estudio radiológico comprueba la presencia de un tumor renal derecho, pero el estado general del enfermo por anemia acentuada, obliga a diferir la operación. No obstante hay mala tolerancia a las transfusiones, y dado que la hemorragia continúa se decide practicar con cierta urgencia una nefrectomía rápida, la que se realiza el 21 de marzo de 1951 bajo anestesia con pentotal en 15 minutos.

El enfermo tarda en recuperarse a pesar de la intensa medicación hemopoyética, saliendo de alta el 14 de abril de 1951, y quedando bajo contralor médico. Una vez recuperado el enfermo no vuelve hasta que nuevas hematurias lo obligan a internarse el 31 de mayo del corriente año. Previa preparación, se interviene el 11 del corriente bajo raqui-percaína.

Incisión umbilico-púbica. Se abre vejiga y se comprueba un tumor del tamaño de una ciruela que ocupa el meato ureteral derecho y otro brote en cuello que se electrocoagula y tapona. Se secciona un rodete de pared vesical yuxta-ureteral hasta el plano peritoneal. Se decola toda la pared derecho de vejiga y se investiga el uréter el que está francamente infiltrado del diámetro de un dedo pulgar. Se secciona el deferente entre dos ligaduras, y se lleva la extremidad inferior del uréter con el collarite vesical hacia arriba suturando la brecha vesical en dos planos de catgut.

Se explora y se comprueba que el uréter es muy adherente sobre todo a los vasos ilíacos, por lo que se decide continuar la intervención por incisión inguino-abdominal oblicua por sección muscular. Por esta vía y bajo el control de la vista se consigue separarlo con sumo cuidado y evidente riesgo, de los vasos, hasta su extremidad superior.

Se deja rubber-dan en el lecho inguinal que sale por la brecha hipogástrica. Drenaje con gasa látero-vesical y cierre de vejiga en dos planos dejando sonda Pezzer hipogástrica. Pared por planos.

Post-operatorio sin incidentes, retirándose los drenajes y puntos al octavo día.

CONCLUSIONES

La nefro-ureterectomía total no es una novedad en el tratamiento de los tumores papilares del riñón. Parece que es Albarran (medicine operatoire des voies urinaires) quien con Le Dentu, practica por primera vez esta intervención y sistematiza la indicación cuando dice "La ureterectomía debe ser la regla en los tumores papilares del bacinete aún cuando el uréter no parezca invadido" (1909). Sobre esto ya la mayoría de los autores se han puesto de acuerdo (Congreso de Londres 1934) Lowsley y Kirwien sostienen "que en todos los casos *este o no invadido* el uréter debe ser resecado junto con la porción de pared vesical conteniendo el orificio ureteral". Procedimientos menos radicales han probado en el pasado ser insuficientes para curar.

Se ha insistido en la necesidad de practicar este tipo de intervención, única manera de curar estos tumores. La discusión clínica puede indicar hacerlo en un sólo tiempo o bien en dos tiempos, cuando el estado del enfermo no permita una operación demasiado prolongada.

Las consecuencias de dejar evolucionar un tumor de este tipo en un muñón ureteral, saltan a la vista en los casos que presentamos. No solamente se verá el injerto de brotes en la vejiga, a veces con los caracteres del papiloma

típico, sino las consecuencias alejadas de la transformación en tipos infiltrantes, cuya evolución será imprevisible.

Debemos insistir en la necesidad de esta conducta en forma sistemática sin esperar que el enfermo tenga hematurias reveladoras de la aparición de los nuevos brotes, porque será tarde para tener éxito o, como hemos pasado en revista, la intervención será de una seriedad que pondrá en grave peligro la vida del enfermo.

CONGRESO PANAMERICANO DE UROLOGIA

a realizarse en la ciudad de Buenos Aires

en Diciembre de 1953

fue en 1956.



TEMAS OFICIALES:

1º) Cáncer de Próstata.

2º) Traumatismos de Riñón.

3º) Incontinencia de Orina,

a) en el hombre; b) en la mujer; c) en el niño.

ASOCIACION MEDICA ARGENTINA

Revista Argentina de Urología

Órgano Oficial de la Sociedad Argentina de Urología

Se hallan a disposición de los señores asociados, colecciones atrasadas de la Revista Argentina de Urología.

Colección completa 1932 a 1951...	\$ 400.—
Volumen anual	» 50.—
Número suelto	» 10.—

*Haga sus Pedidos a la Administración de la Revista:
Charcas 1358, Buenos Aires.*

Sociedad Argentina de Urología

COMISION DIRECTIVA 1952

Presidente Dr. Rodolfo González
Vice Presidente Dr. Ricardo Bernardi
Secretario Dr. Evaristo B. Bottini (h)
Tesorero Dr. Constante Comotto

DIRECTOR

Dr. Leonidas Rebaudi

SECRETARIOS DE REDACCION

Dr. Evaristo B. Bottini (h)
Dr. Alfredo Grimaldi
Dr. Arturo B. Ortiz

COMITE DE REDACCION

Dr. Evaristo B. Bottini (h)
Dr. Natalio Cartelli
Dr. Constante Comotto
Dr. Ricardo Ercole
Dr. Luis Figueroa Alcorta
Dr. Alberto E. García
Dr. Juan Irazu
Dr. Rodolfo I. Mathis
Dr. Alfonso Pujol
Dr. Leónidas Rebaudi
Dr. Rodolfo de Surra Canard

PRESIDENTES DE LA SOCIEDAD DE UROLOGIA
DESDE SU FUNDACION

Dr. Enrique Castaño	Dr. Adolfo Martín López
Dr. Gilberto Elizalde	Dr. Bernardino Maraini
Dr. Luis Figueroa Alcorta	Dr. Francisco E. Grimaldi
Dr. Nicolás M. Gaudino	Dr. Alfonso von der Becke
Dr. Carlos Matta	Dr. Enrique Castaño
Dr. Antonio Montenegro	Dr. Guillermo Iacapraro
Dr. Angel F. Ortiz	Dr. Rodolfo de Surra Canard
Dr. Luis E. Pagliere	Dr. Miguel A. Llanos
Dr. Arturo Serantes	Dr. Alberto E. García
Dr. Ricardo Spurr	Dr. Roberto A. Rubí
Dr. Gerardo Vilar	Dr. Armando Trabucco
Dr. Juan Salleras	Dr. Ricardo Ercole
Dr. Alejandro Astraldi	Dr. Armando Trabucco
Dr. Ubaldo Isnardi	Dr. Rodolfo I. Mathis
	Dr. Juan Irazu

MIEMBROS TITULARES

- Dr. Alsina Gustavo F., F. de Vittoria 2340
Dr. Alvarez Colodrero W. J., Tucumán 843
Dr. Arrues León, Juncal 1283
Dr. Bertolasí Alberto, Billinghamurst 684
Dr. Berri Diego H., Córdoba 1807
Dr. Bernardi Ricardo, Martín García 987
Dr. Bottini Evaristo B. (h.), Canning 2360
Dr. Brea Luis María, Tucumán 1441
Dr. Buzzi Oscar, Juncal 1068
Dr. Cacciatore Claudio, Belgrano 1680
Dr. Cartelli Natalio, Tucumán 863
Dr. Casal José, Charcas 788
Dr. Castaño Enrique, Montevideo 592
Dr. Granara Costa Antonio, Junín 1127
Dr. Dante Julio N., Pasteur 484
Dr. Di Lella Pedro, Tucumán 843
Dr. Delporte Tomás, Paraguay 644, Rosario
Dr. Dotta José S., Paraguay 644, Rosario
Dr. Ercole Ricardo, Paraguay 462, Rosario
Dr. Figueroa Alcorta Luis, Santa Fe 1380
Dr. Firstater Mauricio, Santa Rosa 267, Córdoba
Dr. Grimaldi Alfredo, Arenales 1648
Dr. Galvez Isidoro, 11 de Septiembre 711, San Fernando,
F.C.N.G.B.M.
Dr. Garate Oscar, Sarmiento 2226
Dr. Gaudino Nicolás, Callao 67
Dr. García Alberto E., Paraguay 1352
Dr. Gazzolo Juan José, Santa Fe 3318
Dr. Goldaracena Juan A., Juncal 841
Dr. González Rodolfo, Av. Colón 126, Córdoba
Dr. Gorodner José, Junín 622
Dr. Iacapraro Guillermo, Ayacucho 360
Dr. Irazu Juan, Carlos Calvo 618
Dr. Larroude Juan, Santa Fe 1339
Dr. López Adolfo Martín, Callao 611
Dr. Mathis Rodolfo I., Cangallo 2505
Dr. Matta Carlos, Arenales 1161
Dr. Márquez Fernando José, Díaz Vélez 4253
Dr. Molina Luis Raúl, Tucumán 811
Dr. Monserrat José L., Cangallo 3780
Dr. Ortiz Arturo B., Callao 433
Dr. Pagliere Luis E., R. Peña 161
Dr. Pujol Alfonso, Entre Ríos 510
Dr. Rebaudi Leónidas, Billinghamurst 1547
Dr. Roccatagliata Rodolfo F., R. Peña 452
Dr. Rubí Roberto, Arenales 2468
Dr. Sandro Raúl E., R. Peña 95
Dr. Schiappapietra Tomás, Díaz Vélez 4208
Dr. Serantes Lasserre Aurelio, Solís 1361
Dr. Surra Canard Rodolfo de, Paraná 950
Dr. Sánchez Sañudo L., Gallo 1617
Dr. Trabucco Armando, Rivadavia 1917
Dr. Torroba J. P., T. Yrigoyen 191, S. Rosa, F.C.N.D.F.S.
Dr. Vicchi Mario, Esmeralda 909
Dr. Vilar Gerardo, Suipacha 612

Sumario:

JORNADAS UROLOGICAS DE BAHIA BLANCA

Noviembre de 1952

	Pág.
<i>Roberto A. Rubí y Alfredo A. Grimaldi:</i> Infarto renal post-nefropexia. Nefrectomía. Curación....	183
<i>Oscar A. Fonio y George Sawaya:</i> Marsupialización de epidídimo y actinoterapia en la tuberculosis genital. Comunicación previa	189
<i>Alfredo A. Grimaldi y Juan A. Goldaracena:</i> La vasectomía profiláctica.....	195
<i>Roberto A. Rubí y F. Gustavo Alsina:</i> Antibióticos y tuberculosis renal	198
<i>Roberto A. Rubí y Juan A. Goldaracena:</i> Uretrografía con un nuevo medio de contraste: Umbra-dil U	205
<i>A. Trabucco, F. J. Márquez y R. Borzone:</i> Comentarios sobre siete casos de adrenalectomías por trastornos nefro-hipertensivos	210
<i>Armando Trabucco y Constante Comolto:</i> Plástica en uretra bulbar en las fístulas múltiples peri-neales por estenosis	223
<i>Alfredo A. Grimaldi:</i> El cloramfenicol en la blenorragia aguda	229
<i>Alberto E. García y José Casal:</i> Cáncer papilar de la vejiga. Injerto tumoral en la cicatriz operatoria	232
<i>José M. Gómez:</i> Los antibióticos en urología	237
<i>Rodolfo González y Julio E. Bialek Tizeta:</i> Quiste hidatídico del tejido celular retroperitoneal	247
<i>Alberto E. García y José Casal:</i> Epitelioma endocrinoideo y epitelioma papilar de la pelvis en el mismo riñón. Consideraciones acerca de dos casos..	252