

Sociedad Argentina de Urología

Presidente: Dr. Leonidas Rebaudi

Vicepresidente: Dr. Tomás Schiappapietra

Secretario: Dr. José Casal

3ª. Sesión científica ordinaria - 14 de julio de 1955.

Policlín. Alvear. Servicio de Urología
Jefe: Prof. Dr. Armando Trabucco.

TUMORES PRIMITIVOS DEL TERCIO INFERIOR DEL URETER. CUATRO CASOS

Por los Dres. A. E. TRABUCCO, R. J. BORZONE y F. J. MARQUEZ

En 1878 Wiesing y Blix presentaron el primer caso mundial de tumor primitivo del uréter. Desde entonces, los casos relatados en la literatura médica han pasado, en la fecha, del segundo centenar. En nuestro medio, los primeros antecedentes del tema se remontan a 1924 con un trabajo de Salleras y sucesivamente contribuyen con sus aportes: Castaño (1934), un caso; Dante y Trabucco (1937), un caso; Astráldi y Monserrat (1941), un caso; García y Casal (1947), dos casos; González y Gómez (1951), un caso; Ortiz, Chimenti y Bur (1951), un caso; García y Casal (1952), un caso y Trabucco y Cartelli (1953), dos casos. Se ve, pues, que la afección, sin ser muy frecuente, dista ya de ser una rareza. No es nuestra idea, al relatar hoy cuatro nuevos casos, traerlos como cosa rara o simplemente curiosa, sino que, siendo cada uno de ellos, diferente por su asiento y repercusión anatómica y funcional sobre el riñón correspondiente, nos planteó un problema diagnóstico y terapéutico también diferente: al exponerlos, sintetizaremos, pues, conceptos de táctica en el enfoque y solución de dichos problemas, que serán el sedimento útil de la experiencia vivida.

Caso 1. — J. B., 59 años, masc. Primera consulta: 3-I-53. Enfermedad actual: inicia aparentemente una semana atrás, con profusa hematuria total con coágulos, espontánea, indolora, con trastornos miccionales por los coágulos. La hematuria persiste, decreciendo, en el momento de la consulta. No se palpan ni duelen los riñones. La cistoscopia, que se realiza con facilidad, pues el medio aclara rápidamente y hay capacidad normal, revela normalidad parietal y de los orificios ureterales: el del lado derecho eyacula sangre, en tanto que el izquierdo lo hace con orinas lípidas. El índigo carmín es eliminado del lado izquierdo a los 3 minutos con caracteres normales, en tanto que el lado derecho sigue emitiendo sangre. El estado clínico del paciente es bueno, con ligera palidez. Los exámenes humorales son normales salvo una anemia de 3.950.000. Estudio radiológico: directo, sin particulares. Urograma excretor: función izquierda normal. Del lado derecho hay retardo de eliminación y sólo se ven unos cálices redondeados, cavitarios sin imagen pielica ni ureteral: hidronefrosis derecha.

Pielografía ascendente derecha: el cateterismo ureteral, en plena hematuria, tropieza con un obstáculo infranqueable a los 10 cm.: inyectada la sustancia opaca se obtiene una ureteropielografía que muestra imagen lacunar inmediatamente por encima de la punta del

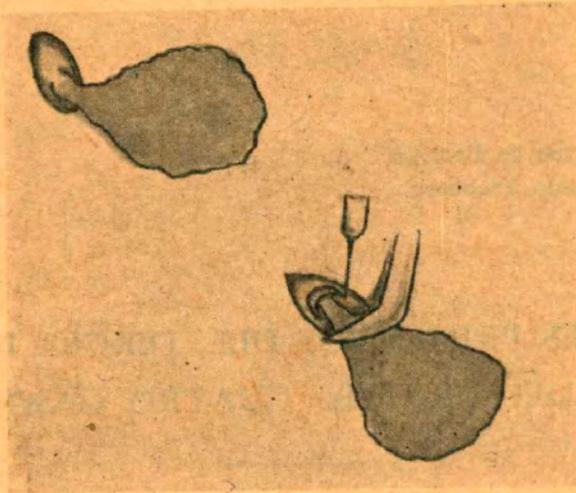


Figura 1

catéter, de contornos irregulares, de 2 cm. de extensión y cálices dilatados, redondeados, de tipo hidronefrótico.

Con diagnóstico de tumor primitivo del uréter derecho, previa preparación del paciente con transfusiones, se lo opera el 3-II-53. Dr. Trabucco y Dres. Borzone y Torres. Anestesia general. Se comienza por incisión paramediana infraumbilical D de Judd. Se explora el uréter, adherente a nivel del estrecho superior de la pelvis, donde está engrosado y deformado, globuloso, del tamaño de una oliva grande, duro a la palpación: por precaución, se lo incinde para examinar el contenido y descartar un cálculo transparente, observándose de inmediato la salida de mamelones tumorales. Se completa la liberación y se lo reseca antes de la entrada en vejiga. Se protege el muñón con gasa, se espolvorea el lecho con sulfamida y se cierra la incisión por planos dejando un rúber-dam. Se coloca entonces al paciente en posición de riñón derecho y se procede a la lumbotomía con resección de la XII costilla. El riñón es grande, alto y con perinefritis esclerolipomatosa. Nefrectomía con el uréter "in toto", que se libera previamente hasta la zona ya libre de la incisión anterior. Cierre por planos con drenaje. El postoperatorio es normal, realizándose transfusiones de sangre y antibióticos y el paciente egresa a los 15 días con las heridas cicatrizadas.

Anatomía patológica: Riñón y uréter derechos: dilatación pielocalicial hidronefrótica. El uréter discretamente dilatado, que presenta a 10 cm. de vejiga una neoformación vegetante, ulcerada e infiltrante, del tamaño de una moneda de 20 ctvs., que respeta sólo la adventicia. Microscopía: epiteloma paramalpighiano infiltrante de grado IV de Broders.

El 24 de agosto del mismo año reingresa el paciente, que está sin trastornos, para tratarse una eventración de su cicatriz paramediana infraumbilical D. Se lo opera el 22-IX-53,

vellosidades por el meato a vejiga. Anatomía patológica. Epitelioma papilífero ureteral. Grado 2 en Broders.

Caso 4. — J. L., 54 años, masc. Entrada: 25-IV-55. Enfermedad actual: hace 7 años le operaron de cálculo ureteral pelviano izquierdo, con extracción del mismo. Desde hace un año comienza nuevamente con cólicos renales izquierdos a repetición 2 ó 3 veces por semana y con diagnóstico de litiasis ureteral izquierda baja, lo intervienen en un hospital privado de la capital, sin poder extraerle el cálculo. Sigue su sintomatología dolorosa, por lo cual se interna para su tratamiento. Estado actual: sin mayores particularidades: no se palpan los riñones y hay puntos costomuscular y ureteral superior izquierdos dolorosos. Cicatriz paramediana infraumbilical izquierda. La cistoscopia es normal y el cateterismo ureteral izquierdo sin inconvenientes, notándose un roce áspero a 8 ó 10 cm del meato. Estudio radiológico: directo: hay dos sombras cálcicas que coinciden con el trayecto ureteral izquierdo en su zona pelviana, de tamaño de dos arvejas. Urografía excretora: lado D función y morfología normal; lado Izq.: ureteropielocaliectasia. Los exámenes de laboratorio están dentro de la normalidad. Se interviene con diagnóstico de litiasis recidivada de uréter izquierdo. Cirujano: Dr. Trabucco; ayudantes: Dres. Marquez y Amendolara. Resección de la cicatriz paramediana infraumbilical izquierda. Se logra amplio campo operatorio, muy laboriosamente por la gran cantidad de adherencias retroperitoneales. Se encuentra el uréter dilatado en la zona iliaca y se lo aísla, siguiéndolo hacia abajo, separándolo de los vasos ilíacos primitivos; 5 cm mas abajo se cae en una zona adherente, dura, fibrosa, que vincula el uréter, sin límites precisos, a los vasos hipogástricos y al plano óseo. No se tiene sensación palpatoria de cálculo en esa zona hasta la vejiga. Se interpreta el proceso como tumoral infiltrante y en vista de la imposibilidad de intentar siquiera su disección se cierra por planos y se decide la nefrectomía, que se realiza en el acto con resección de la XII costilla. El riñón izquierdo extirpado es una glándula esclerosa con gran reacción perinefrítica y dilatación ureteropielocalicial. Evolución postoperatoria sin incidentes: egresa el 18-V-55 en observación.

CONSIDERACIONES

A comienzos de este siglo, Albarrán e Imbert estudiaron en forma completa los tumores de las vías excretoras del riñón, englobando en una comunidad patológica lo que ya era una unidad embriológica y funcional: la pelvis renal y el uréter. Ya entonces postuló Albarrán que el tratamiento correcto de los tumores epiteliales de la pelvis renal era la nefroureterectomía, pues las siembras y recidivas de los mismos se hacían a lo largo del uréter. Este concepto se ha mantenido y preconizado hasta la actualidad, cada vez que se ha tratado el tema. Creemos que los tumores realmente primitivos del uréter son aquellos que asientan en el tercio inferior del mismo y deben separarse netamente de los tumores difusos múltiples que ocupan pelvis renal y uréter, primitivamente o por extensión secundaria de arriba hacia abajo: en este último caso se trata de una complicación evolutiva de tumores propios de la pelvis renal, que por su patología y su clínica se asemejan a los tumores de riñón, en su etapa de comienzo. Es sólo para su tratamiento que debe recordarse la vía de propagación y recidiva, por lo cual se reseca el uréter aunque esté indemne, según el postulado de Albarrán. En cambio, los tumores primitivos del uréter, cuya frecuencia estadística da un 60 % para los de localización en el tercio inferior, verán condicionada su terapéutica quirúrgica a la situación, infiltración parietal, repercusión sobre el resto de la vía excretora y estado funcional y anatómico del riñón de ese lado y también del homólogo.

Así, nuestro primer caso, se trató con nefroureterectomía, pues, asentando en la porción iliopelviana, siendo de carácter infiltrante, con ureterectasia marcada y neta disminución funcional de la glándula correspondiente, no podía

pensarse en una intervención conservadora. Comenzamos la intervención por vía baja, pues aunque la imagen lacunar del ureteropielograma retrógrado más la sintomatología clínica —hematuria total indolora— eran típicos del tumor, quedaba una lejana probabilidad de tratarse de un cálculo transparente: en esa forma nada impedía realizar la ureterolitotomía. Confirmado el tumor ureteral, y liberado el uréter, se realizó la lumbotomía y la nefrectomía sin inconveniente alguno.

En el segundo enfermo, como se tratara de un epiteloma papilífero que aparecía y desaparecía por el meato ureteral derecho, sin mayor alteración del mismo a la cistoscopia, ni del árbol urinario alto al urograma excretor, se realizó la intervención conservadora por vía transvesical, con lo cual se solucionó el problema. El caso es similar al de Astraldi y Monserrat (1941). Si el proceso hubiese comprometido la implantación del uréter en la vejiga, se hubiera podido reseca dicha implantación con reimplantación del uréter en un punto más alto, tal como procedieron García y Casal en 1947.

El tercer caso con su larga evolución de hematuria y dolor renal concomitantes, la anulación funcional del riñón y la exteriorización de brotes epiteliomatosos por el meato a la cistoscopia, que impedían la entrada del catéter ureteral, no nos permitía suponer la magnitud de la extensión tumoral a lo largo del uréter ni el grado de compromiso mecánico de la vía principal; por esa razón se abordó por vía mediana, con exploración extravesical del uréter enfermo. Ella permitió reconocer la gran dilatación del mismo y la extensión de la masa tumoral. Una vez bien liberado el uréter pelviano, se abrió la vejiga y se reseca la implantación del uréter tumoral. Terminado el tiempo bajo se hizo la nefrectomía por la vía habitual.

El último caso, con antecedente de dos operaciones anteriores una con extracción de cálculo y la segunda infructuosa en ese sentido, con imágenes cálcicas endoureterales a la radiología no nos permitía sospechar la existencia de un tumor ureteral, que fué un hallazgo operatorio. Podría pensarse en una intensa periureteritis litíásica y postoperatoria cicatrizal; pero la magnitud de la infiltración periureteral y su vinculación a los planos óseos y a los vasos hipogástricos, que hicieron abandonar todo intento de extirpación, nos obligan al diagnóstico de tumor propagado a la vecindad. Se practicó la nefrectomía por la alteración marcada del riñón correspondiente con riñón opuesto sano y por los dolores reiterados de tipo cólico que invalidaban al paciente.

RESUMEN

Presentamos cuatro casos más de tumor primitivo del uréter, de distinta modalidad clínica y patológica. Dos de ellos se trataron con nefroureterectomía, por la extensión y tipo tumoral, y la repercusión anatómica y funcional sobre el riñón correspondiente. Recalamos que la nefroureterectomía se efectúa por doble abordaje: inferior y superior y no una incisión única. Uno se trató en forma conservadora, por vía transvesical, por la pequeñez del tumor y su falta de repercusión alta. El cuarto fué un tumor inoperable, que se trató por nefrectomía, como paliativo por los dolores persistentes de tipo cólico.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) *Astraldi A. y Monserrat J. L.* — Rev. Arg. Urol. X, 16, 1941.
- (2) *Castaño E.* — Rev. Arg. Urol. III, 66, 1934.
- (3) *Dante J. N. y Trabucco A. E.* — Rev. Arg. Urol. VI, 18, 1937.
- (4) *García A. E. y Casal J.* — Rev. Arg. Urol. XVI, 193, 1947.
- (5) *García A. E. y Casal J.* — Rev. Arg. Urol. XXI, 31, 1952.
- (6) *González R., Firsiroti M. y Gómez J. M.* — Rev. Arg. Urol. XX, 125, 1951.
- (7) *Legueu F.* — Tratado Médico-quirúrgico de las Vías Urinarias. II, 209, 1927. Salvat. Barcelona.
- (8) *Lowsley O. S. y Kirwin T. J.* — Clinical Urology. II, 1252, 1944. Williams & Wilkins. Baltimore.
- (9) *Ortiz A. R., Chimenti A. y Bar G. S.* — Rev. Arg. Urol. XX, 168, 1951.
- (10) *Trabucco A. E. y Cartelli N.* — Rev. Arg. Urol. XXII, 169, 1953.