

TUMOR PRIMITIVO DE URÉTER

Dres. JUAN GOLDARACENA, JUAN GHIRLANDA y HÉCTOR G. BERRI

Las neoplasias del uréter es conveniente dividir las en 2 grandes grupos:

Un 1er. grupo, formado por los tumores primitivos del uréter, que por lo general asientan en el tercio inferior del mismo.

Y un 2do. grupo, más frecuente, compuesto por los tumores múltiples del uréter que pueden ocupar asimismo la pelvis renal y que la mayoría de las veces se deben a una siembra secundaria de un tumor epitelial, genéricamente llamados uroteliomas.

La casuística mundial de los tumores primitivos de uréter, que según Celle, Foord y Ferrier, y Taylor representa el 1,1 % de todas las neoplasias del aparato urinario, es iniciada en 1842 por Rayer al publicar el 1er. caso el cual fue confirmado luego por el estudio histológico de secciones microscópicas en 1878, por Wiesing y Blix. En 1879 Davey publica la segunda observación.

En 1910 Chevassu y Mock presentan el primer caso de tumor de uréter con diagnóstico preoperatorio, efectuado gracias al cateterismo ureteral. Diversos autores con el correr de los años y con la aparición de los medios auxiliares de diagnóstico, efectúan aportes y en 1954 Bacon y Green logran reunir 262 observaciones de tumores primitivos de uréter, efectuando un aporte de 11 más.

En 1959 los Dres. Trabucco A, Borzone R. y Saubidet J. recopilan 17 casos nacionales de los cuales 10 fueron de observación propia. Con posterioridad los Dres. Mallo y Comotto publican sendos casos, y los Dres. A. García y J. M. Monserrat en el Congreso Argentino de Urología efectuado en Tucumán en el año 1962, publican 4 nuevas observaciones.

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

Historia clínica: C. C. V. 49 años, casado, español.

Antecedentes familiares, hereditarios y personales: s/p.

Enfermedad actual: Comienza hace dos meses con hematuria final, discreto dolor al finalizar la micción, ardores, polaquiuria.

Estado actual: Examen físico s/p.

Aparato urogenital: Orina: hematuria total; uretra: libre al explorador número 20; residuo: 0; vejiga: indolora a la palpación de hipogastrio; puntos ureterales: indoloros; riñones: no se palpan, indoloros a la palpación y puño percusión; genitales externos: s/p.; tacto rectal: próstata de tamaño, forma y consistencia normales.

Cistoscopia: Capacidad 200 cc.; cuello cóncavo s/p.; mucosa vesical sana en toda su extensión; uréteres bien implantados; meato ureteral derecho entreabierto con tumor de aspecto papilomatoso aflorando a través del mismo; meato ureteral izquierdo s/p.

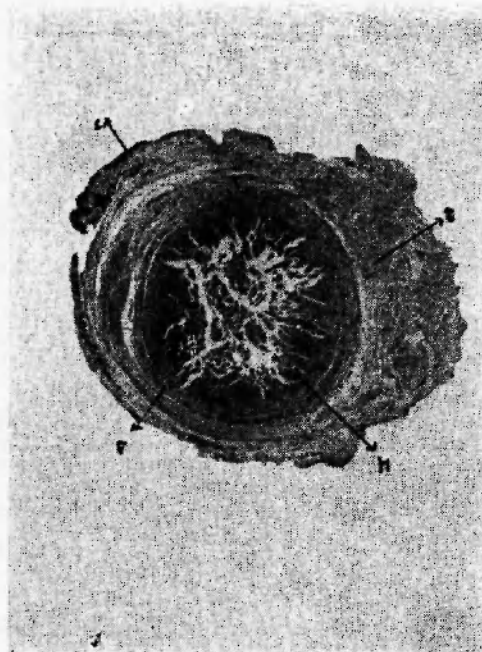
Exámenes de laboratorio: Azoemia: 0,44 g‰; glucemia: 0,70 g‰; eritrosedimentación: 1ra. hora: 27 mm, 2ª hora: 50 mm; glóbulos rojos: 4.790.000 mm³, blancos: 8.000 mm³; orina: sedimento: escasas células epiteliales planas, regular cantidad de leucocitos, regular cantidad de hematies, escasos glóbulos de pus, abundantes cristales de oxalato de calcio.

Estudio radiográfico: Preoperatorio: radiografía simple s/p.

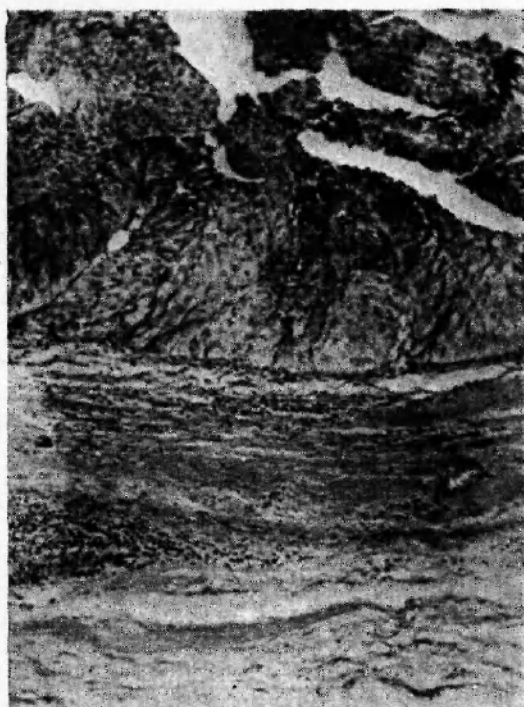
Urograma: se observa dilatación uréteropiélica derecha con stop yuxtavesical. Árbol urinario izquierdo s/p.



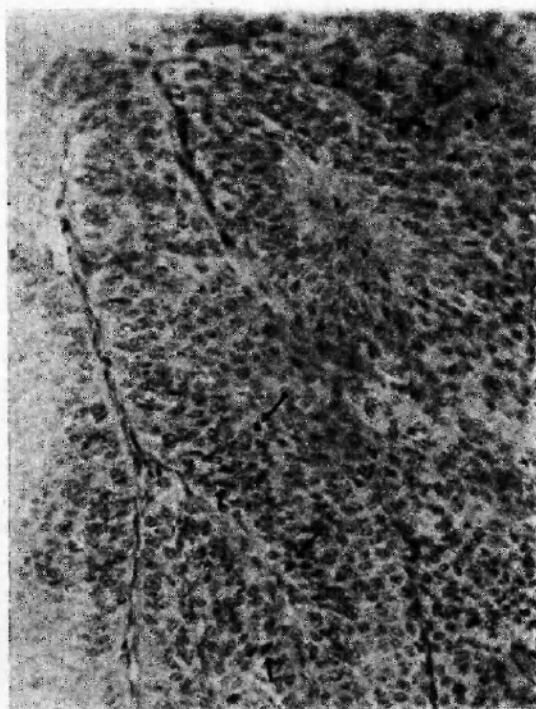
Fotografía 1. — Pieza operatoria.



Fotografía 2. — Microfotografía panorámica mostrando corte transversal de la lesión. 1) mucosa vesical; 2) pared muscular; 3) pared ureteral; 4) proliferación tumoral relleno la luz.



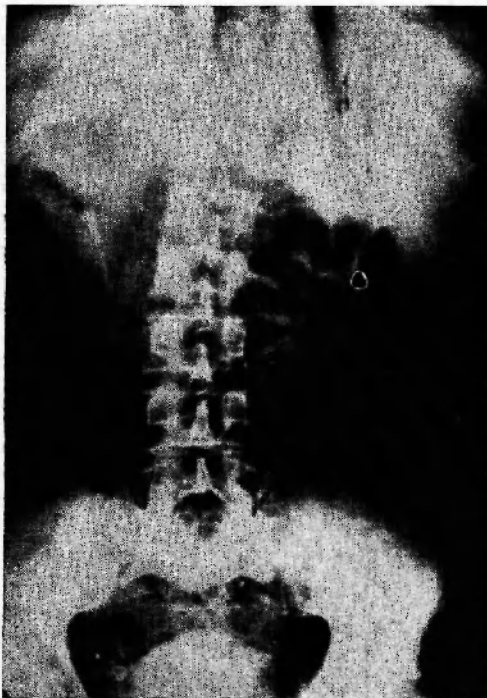
Fotografía 3. — Microfotografía mostrando porción de la pared ureteral y proliferación tumoral de la mucosa.



Fotografía 4. — Microfotografía de la estructura del tumor. Delgados ejes conjuntivos-vasculares, revestidos por manto denso celular. Las flechas señalan algunas mitosis.



Fotografía 7.— Radiografía de urograma efectuado dos meses después de operado.



Fotografía 8.— Radiografía efectuada un año después de operado.

Parte quirúrgico: Incisión mediana infraumbilical. Se libera vejiga separando peritoneo y celular paravesical. Se investiga uréter derecho, el que se repara. Se abre vejiga observando que por meato ureteral derecho aflora masa papilomatosa. Se efectúa sección del uréter a unos 4 cm de su desembocadura en vejiga y cistectomía parcial de zona adyacente a dicho meato.

Se efectúa abocamiento de uréter en región de bóveda vesical según método de Boeminghaus. Se cierra vejiga, dejando sonda ureteral. Cierre de pared por planos.

Post-operatorio: Transcurre sin particularidades.

Estudio radiográfico post-operatorio: A los dos meses de operado: se observa pelvis normal con discreta dilatación ureteral; al año de operado: árbol urinario derecho s/p.

Estudio anatomopatológico: Se recibe para su estudio masa formada al corte por zona central gris blanquecina con estructura papilar circunscripta por gruesa pared muscular.

Microscopia: El estudio histológico muestra pared ureteral con proliferación tumoral endoureteral de crecimiento papilar exofítico ocupando toda la luz del órgano; la estructura está caracterizada por delgados ejes conjuntivos muy vascularizados sobre los cuales asientan infinito número de capas de células muy apretadas entre sí, con disposición desordenada y morfología irregular atípica, siendo frecuentes las mitosis del mismo tipo. Por fuera de la pared fibro muscular del uréter se encuentra una gruesa porción muscular de la pared vesical y en algunos sectores porción de submucosa y mucosa vesical conservada.

Diagnóstico: Epitelioma papilar semidiferenciado exofítico de la porción intramural del uréter.

Como sabemos, desde el punto de vista anatomopatológico son varias las clasificaciones que tratan estas neoplasias y si bien ellas encasillan a las diversas variedades histológicas en precisas ubicaciones, desde el punto de vista clínico todos se reúnen bajo el común denominador ureteral que con sus consecuencias lógicas de dilatación, infección y destrucción renal, hacen que clínica y terapéuticamente todos deban ser considerados como malignos.

El trípode sintomatológico, hematuria, dolor y tumor lumbar se presenta con rara frecuencia. Es la hematuria el signo capital y más frecuente (según Herbut, citado por Barillari se presenta en el 77 al 96 % de los casos). Esta circunstancia hace que ante una hematuria de origen desconocido debamos tener presente a esta afección cada día más frecuentemente diagnosticada, debido en gran parte al advenimiento de nuevos métodos de estudio; estando obligados a usar de esos métodos para no pasar por alto, lesiones que diagnosticadas en determinado momento, no sólo pueden deparar un pronóstico favorable sino puedan también hacernos adoptar un criterio más conservador en determinadas circunstancias.

Urograma, cistoscopia, cateterismo ureteral, pielografía retrógrada, pielografía anterógrada por punción, son todos medios que nos permitirán llegar a ese fin.

El dolor con todas sus variedades y el tumor lumbar se presentan con mucha menos frecuencia.

La conducta quirúrgica es el tratamiento aconsejado en forma unánime en toda la literatura consultada, siendo la radical, esto es la nefroureterectomía y cistectomía parcial la que cuenta con mayor cantidad de adeptos. Los menos, y entre ellos encontramos a Bachrach y Vest, aconsejan la extirpación de la neoplasia con reimplante del uréter en la piel, intestino o vejiga.

Los partidarios de la nefroureterectomía divergen entre los que efectúan la operación en 1 o en 2 tiempos, con una o dos incisiones, y abordando el riñón o el uréter en primera instancia.

Creemos que es difícil definirse por una conducta determinada, sin considerar cada caso en particular.

Es diferente la situación planteada entre una neoplasia epitelial de la pelvis renal en donde está indicada la nefroureterectomía total, por la facilidad con que se presentan brotes neoplásicos en el trayecto ureteral, a la de un epiteloma de tercio inferior de uréter en donde previos los exámenes necesarios pueda

comprobarse la conservación del árbol urinario alto y en donde el problema se resolvería aceptablemente con una ureterectomía parcial con abocamiento de uréter a vejiga.

Es por eso que nos identificamos con la opinión de los Dres. García y Casal quienes en una publicación de la "Revista Argentina de Urología" (1947/XVI), se muestran partidarios de la "conducta conservadora en los casos de tumores del tercio inferior de uréter sin otra lesión grave supra o subyacente", teniendo en cuenta además como premisas inobjetables la seguridad de la inexistencia de otro implante tumoral alto y el estado del uréter.

En los casos de riñón funcional o anatómicamente único es obvia la conducta a seguir.

Las razones expuestas en el trabajo de los Dres. García y Monserrat, avalarían dicha conducta. Nos permitimos enumerar algunas de ellas por su importancia y objetividad:

1º) La infrecuencia de la multiplicidad de los tumores ureterales.

2º) La aparición de tumores sucesivos se hace por lo general siguiendo el curso de la orina y no en sentido contrario.

3º) La ubicación de los tumores, por lo general, en el extremo inferior del uréter, lo que facilita considerablemente la ureterocistoanastomosis.

La radioterapia y radiumterapia parecen nulas sobre la evolución de estos tumores. Estaría justificada no obstante su aplicación en los casos inoperables o a continuación de exéresis incompletas.

Para Schillings y Sondervost, citados por J. Jomain éstas serían útiles para la sedación de los dolores intolerables producidos por metástasis vertebrales.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Barillari, Franco*: Dos casos de tumor de uréter. Urología, oct. 1959, pág. 504.
2. *Jomain, J.*: Tumeurs de l'uretere. Encyc. Médico Chirur., pág. 18166 A 10.
3. *Torresi, Salvador y Guevara, C.*: Tumor de uréter, nefroureterectomía total. Anales de la Sociedad de Cirugía de Córdoba, 1952, págs. 221-26.
4. *Trabucco, A. y Cartelli, N.*: Sobre dos casos de tumores primitivos de uréter. Rev. Arg. de Urol., 1953, XXIV, págs. 169-73.
5. *Trabucco, A., Borzone, R. J. y Márquez, F.*: Tumores primitivos del tercio inferior del uréter. Cuatro casos. Rev. Arg. de Urol., 1955, XXIV, págs. 347-52.
6. *Trabucco, A., Borzone, R. y Saubidet, J.*: Tumores primitivos del uréter. Rev. Arg. de Urol., 1959, 28. nos. 10-12, págs. 164-71.
7. *Vilar, A.*: A propósito de dos casos de tumores del uréter. Rev. Arg. de Urol., 1947, XVI, pág. 209.
8. *Dante, J. y Trabucco, A.*: Tumor de extremidad inferior de uréter. Rev. Arg. de Urol., 1937, VI, pág. 18.
9. *Delporte, Tomás*: Presentación de enfermos: tumores de las vías excretoras. Tumores primitivos del uréter. Boletines de la Sociedad de Cirugía de Rosario, 1954, XXI, págs. 218-19.
10. *García, A.*: A propósito de "Tumor de extremidad inferior de uréter". Rev. Arg. de Urol., 1937, VI, pág. 31.
11. *García, A.*: A propósito de "Nefroureterectomía subtotal por tumor pieloureteral". Rev. Arg. de Urol., 1945, XIV, 227.
12. *García, A. y Casal, José*: Dos casos de tumores del uréter. Consideraciones sobre la terapéutica quirúrgica. Rev. Arg. de Urol., 1947, XVI, 193.
13. *García, A. y Monserrat, J.*: Tumores primitivos del uréter. Congreso Arg. de Urol., Tucumán, 1962.
14. *González, R., Firsiroti, M. y Gómez, J.*: Tumor de uréter. Nefroureterectomía y cistectomía parcial. Rev. Arg. de Urol., 1951, XX, págs. 125-30.
15. *Marafini, B.*: A propósito de "Tumores de extremidad inferior del uréter". Rev. Arg. de Urol., 1937, VI, pág. 31.

16. *Ortiz, A., Chimenti, A. y Bur, G. S.*: Consideraciones sobre un caso de tumor primitivo de uréter. *Rev. Arg. de Urol.*, 1951, XX, págs. 168-71.
17. *Salleras, Juan*: A propósito de "Tumor de extremidad inferior de uréter". *Rev. Arg. de Urol.*, 1937, VI, pág. 31.
18. *Sánchez Sañudo, L. y Lebrón, P.*: Tumores del riñón. Pelvis renal y uréter. *El Día médico*, 1950, XXII, págs. 3387-95.
19. *Mallo, N.*: Carcinoma papilar de uréter. *Rev. Arg. de Urol.*, 29, 126-8.
20. *Comotto, C.*: Carcinoma primitivo del uréter. *Rev. Arg. de Urol.*, 29, 45-8.
21. *Oldford, Jr., Stewart, M.*: Primary ureteral carcinoma. *JAMA* 174. 1324-7/60.
22. *Chaurin, E. and Cerati*: Les tumeurs épithéliales primitives de l'uretere. *Arch. d. mal. de reins.* 5. 631-711. 1931.