

TUMORES PRIMITIVOS DEL URETER

Dr. Juan Ghirlanda

Hospital Alvear
Sala 6 - Urología
Jefe: Dr. R. Mathis.

La casuística mundial de los tumores primitivos del ureter fue iniciada en el año 1842 por Rayer, al publicar el primer caso, confirmado por Wiesing y Blix al efectuar el estudio histológico de secciones microscópicas en 1878.

Chevassu y Mock presentan en 1910 el primer caso de tumor de ureter con diagnóstico preoperatorio, efectuado merced al cateterismo ureteral.

Bacon y Green en 1954 reúnen 262 observaciones, efectuando un aporte de 11 casos. En nuestro país los Dres. Trabucco A., Borzone R., y Saubidet I., recopilan en 1959 17 casos nacionales de los cuales 10 fueron de observación personal.

En el año 1960 los Dres. Mallo y Comotto publican sendos casos.

En 1964, los Dres. Barneche, Lamela, Berstein-Hahn y González presentan a esta Sociedad 7 nuevos casos.

Pretendemos con los siguientes 3 casos tan solo contribuir a dicha casuística.

CASO 1: A. S. de G. 28 años, argentina, casada.

Antecedentes hereditarios y familiares: S/p.

Antecedentes personales: "congestión pulmonar a los 15 años, controlada en repetidas oportunidades no reveló secuelas.

Amigdalectomizada y apendicectomizada a los 16 años.

Enfermedad actual: refiere la enferma que comienza a notar lumbargias derechas aproximadamente 1 año antes de la consulta, permanentes, con una intensidad que no le impedian la realización de sus tareas habituales y con irradiación hacia epigastrio.

Poco tiempo después tiene 2 episodios de hematurias totales, que ceden espontáneamente a la 2a. o 3a. micción.

Consulta a un facultativo quien le efectúa un estudio radiográfico que demuestra: radiografía simple: sin particularidades.

urograma de excreción: buena función secretora y evacuadora bilateral (Foto N° 1) aconsejándole controles periódicos.

Continúa con idéntica sintomatología, presentando a los 6 meses hematuria total que dura 1 día, remitiendo así mismo sin tratamiento.

6 meses después ante la aparición de una nueva hematuria concurre para su estudio y tratamiento con el siguiente:

Estado actual: lúcida, eupneica, decúbito indiferente, piel y mucosas húmedas y rosadas.

El examen físico no demuestra nada fuera de lo normal.

Tensión arterial: Mx. 120 Mn. 60 mm Hg.

Pulso: 80 por minuto, igual, regular, amplio, tenso.

TUMOR PRIMITIVO DEL URETER

Estudios de laboratorio:

Eritrosed. 1 h. 3 mm. 2 h. 6 mm Hto. 41%.

Glucemia 0,90 gr. % uremia 0,30 gr. %.

Glóbulos rojos: 4.260.000. Blancos: 6.000 fórmula s/p.

Orina: D 1010 ácida, turbia.

Examen directo cultivo e inoculación al cobayo negativas.

T. C. 4' T. S. 1'.

Estudios radiográficos:

radiografía frente de tórax s/p

radiografía directa del árbol urinario: a la altura de la 4ta. apófisis transversa derecha y sobre ella se observa sombra radioopaca irregular.

Urograma de excreción: buena función secretora bilateral.

Buena función evacuadora izquierda.

Ectasia ureteral superior y pielocalicilar por stop ubicado a la altura de la 4ta. apófisis transversa derecha, lo que se demuestra por exposiciones a tiempos retardados luego de dar doble dosis (Foto N° 2).

Examen endoscópico: cistoscopia: uretra libre, no hay residuo, capacidad 250 cc., mucosa sana, ureteres bien implantados eyaculan orina clara.

Con el diagnóstico de litiasis ureteral se decide la intervención quirúrgica.

Parte Quirúrgico:

Incisión lumbar derecha por debajo de la 12 costilla.

Se abre fascia renal y se investiga pelvis, la que se encuentra dilatada, el ureter también dilatado y de consistencia muy aumentada hasta 5 cm. de la unión pieloureteral, donde se palpa formación calculosa.

Se efectúa ureterotomía longitudinal comprobándose que al efectuar la misma se produce hernia de la mucosa con aspecto papilar, edematoso.

Se efectúa extracción del cálculo y se reseca mucosa herniada para examen anatomopatológico.

Se afronta con catgut 00 simple el periureter y dejando tubo de drenaje pararenal se cierra por planos.

Informe anatomopatológico:

macroscopía: trozo de 3 mm de diámetro, irregular.

microscopía: pólipo tapizado por epitelio tipo de transición con 6 a 8 capas celulares constituyendo papilas, con escasa atipia celular. Edema submucoso con infiltrado inflamatorio, constituido por linfocitos, polinucleares y eosinófilos (Fotos N°3 y 4).

La enferma moja en el post-operatorio por herida lumbar.

Pese a haber decidido la nefroureterectomía se efectúa pielografía ascendente derecha que revela falta de relleno del sistema pielocalicilar y salida de la substancia de contraste al espacio perirrenal.

Efectuada la ectomía renoureteral el post-operatorio se desarrolla en forma normal siendo dada de alta en perfecto estado de salud.

Informe anatomopatológico:

Macroscopía: Riñón de 14 por 7 por 4 cm., muestra al corte una moderada dilatación pielocalicilar.

En ureter zona con proliferación papilífera por encima de la cual se constata dilatación ureteral.

Microscopía: Ureter con restos de pólipo y proceso inflamatorio crónico bajo el epitelio de la pelvis renal.

Controles posteriores clínicos y cistoscópicos demuestran normalidad de los mismos.

CASO 2: R. Y. 53 años, argentino, casado, empleado.

Antecedentes hereditarios y familiares: s/p.

Antecedentes personales: no revelan nada de particular.

Enfermedad actual: refiere el enfermo que un mes antes de la consulta presenta hematuria total que se mantiene durante un día y que remite espontáneamente sin aparición de otra sintomatología.

20 días después presenta nueva hematuria total que lo decide a consultar con el siguiente:

Estado actual: lúcido, eupneico, decúbito inditerente, piel y mucosas húmedas y rosadas.

El examen físico no demuestra nada de particular.

Tensión arterial Mx. 140 Mn. 80 mm Hg.

Pulso: 85 por minuto, igual regular, amplio, tenso.

Estudios de laboratorio: Glóbulos rojos: 5.700.000; blancos: 7.000. Fórmula: s/p. Eritrosedimentación 1 h. 5mm 2h. 11 mm glucemia 0,90 gr. %.

Uremia: 0,40 gr. %.

Orina: D 1025 ácida límpida.

T. C. 4' T. S. 1'20'.

Estudios radiográficos:

Radiografía directa del árbol urinario: Sin particular.

Urograma de excreción: Buena función secretora bilateral.

Buena función evacuadora izquierda.

Discreta uroectasia derecha con stop y falta de relleno del ureter terminal (Foto N° 5).

Examen endoscópico: Cistoscopia: Uretra libre, no hay residuo, capacidad 250 cc., cuello sin particularidades.

Mucosa vesical sana en toda su extensión, meatos ureterales bien implantados, el izquierdo eyacula orina clara, el derecho también pero produciendo la salida de una tumoración papilar a través del mismo.

Con el diagnóstico de tumor de extremidad inferior del ureter derecho se decide la intervención quirúrgica.

Parte quirúrgico:

Incisión mediana infraumbilical, se efectúa liberación de bóveda y de cara lateral derecha de vejiga e investigación del ureter homólogo, el que se encuentra dilatado.

Cistotomía, se secciona pared lateral derecha de vejiga y se efectúa cistectomía parcial perimeática.

Se efectúa sección del ureter a 2 cm. por encima de la zona tumoral.

Reimplante uretero-vesical a lo Boeminghaus, con cateter.

Cierre de vejiga por puntos separados de catgut 0 simple, dejando sonda por uretra y Petzer por hipogastrio, haciendo salir junto a ella el cateter ureteral.

Cierre por planos dejando drenaje paravesical derecho.

Post-operatorio: sin inconvenientes, sacando el drenaje a los 6 días, el cateter a los 14, a los 15 la sonda de Petzer y 5 días después la sonda de uretra.

Informe anatomopatológico:

Macroscopia: zona vegetante de 2,5 cm. por 0,5 cm. blanquecina y que produce obstrucción del meato ureterovesical (Foto N° 6).

Microscopia: Histológicamente se observan áreas de células atípicas con numerosas mitosis, de núcleo hiper cromático que se disponen con aspecto pseudo estratificado y polipoideo.

TUMOR PRIMITIVO DEL URETER

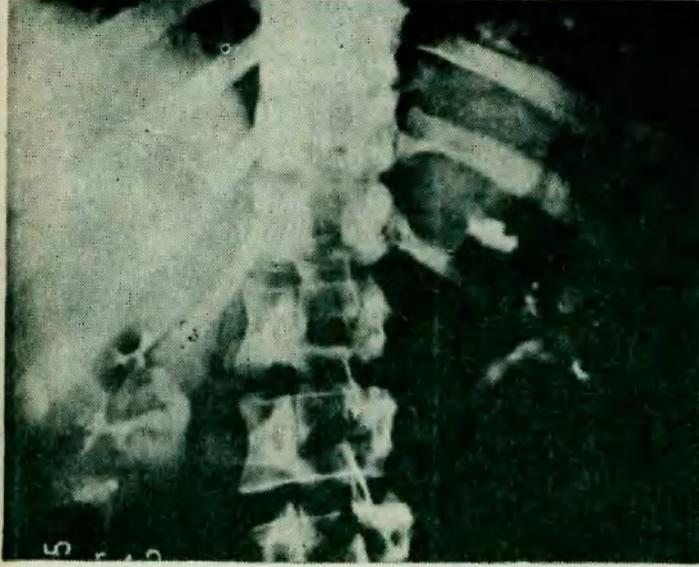


Fig. 1

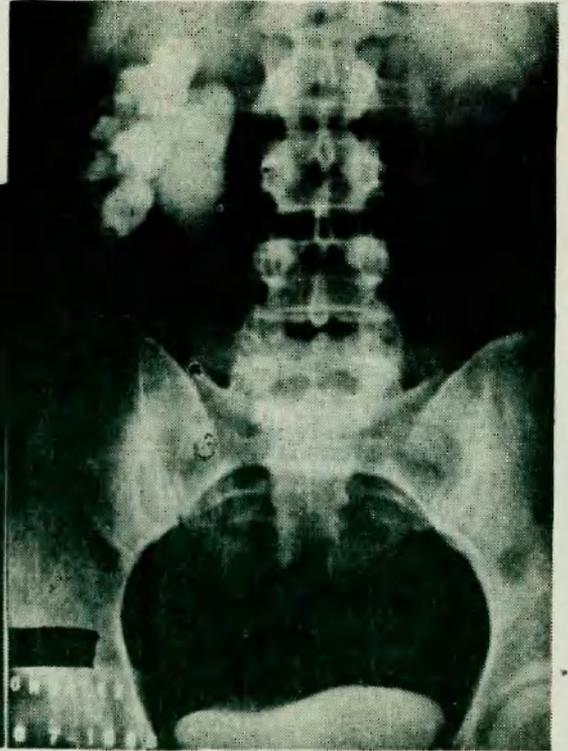


Fig. 2



Fig. 3

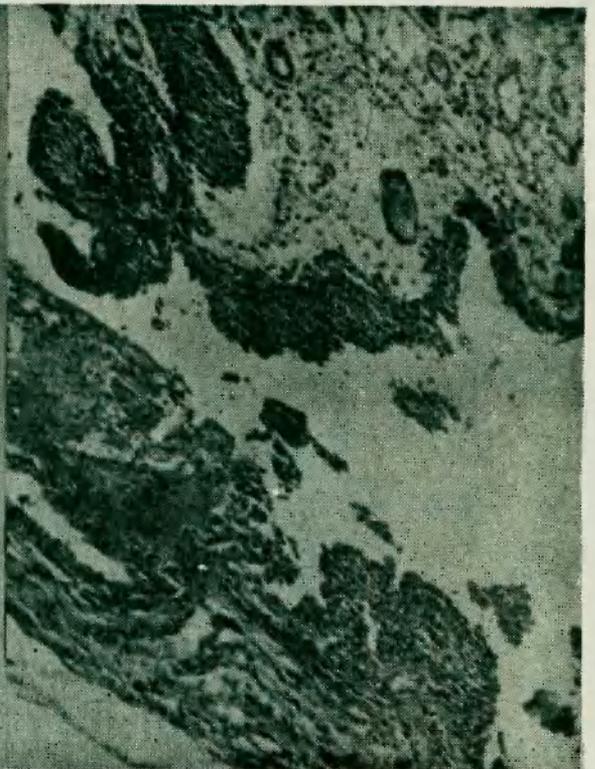


Fig. 4

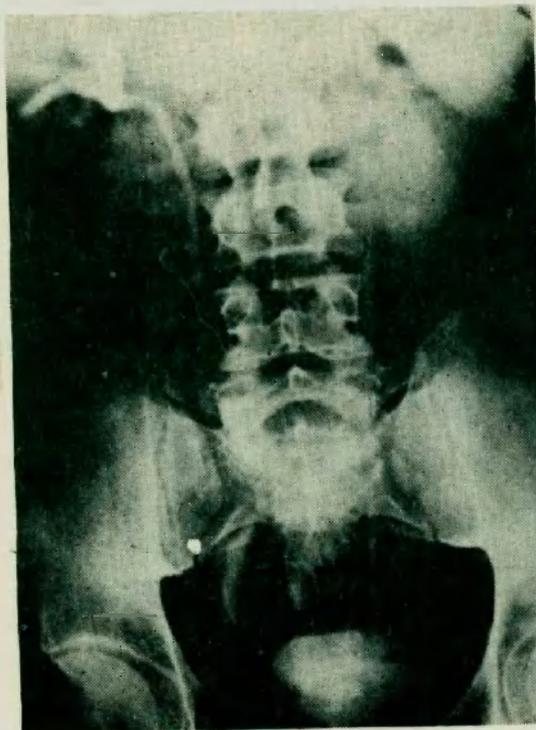


Fig. 5

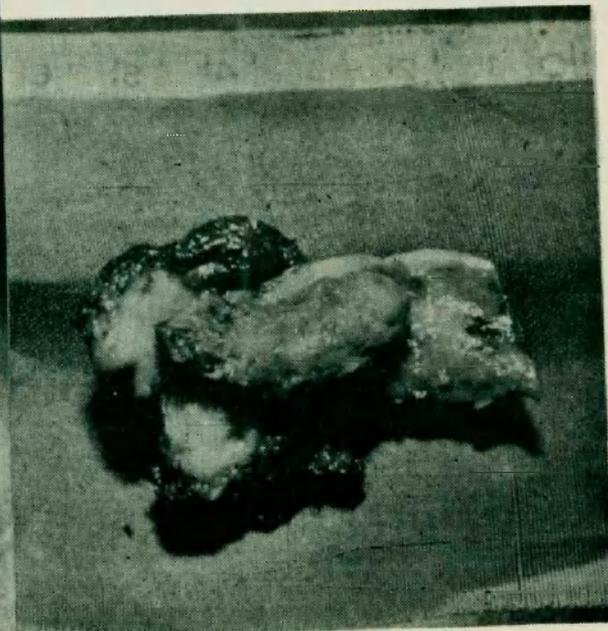


Fig. 6

Se observa infiltración del eje conjuntivo del tumor mientras que las estructuras subyacentes no muestran infiltración tumoral pero sí un proceso inflamatorio crónico constituido por linfocitos y muy escasas células plasmáticas. (Foto N° 7).

Diagnóstico: Epitelioma paramalpighiano.

Control radiográfico a los 4 meses de la intervención:

Radiografía directa del árbol urinario: sin particularidad.

Urograma de excreción: Buena función secretora y evacuadora bilateral (Foto N° 8).

Cistografía: Se observa vejiga de bordes regulares y ausencia de reflujo vésico-ureteral (Foto N° 9).

Control cistoscópico: Uretra libre, no hay residuo, capacidad 250 cc. Mucosa vesical normal. Meato ureteral izquierdo normalmente implantado eyacula orina clara, lo mismo que el derecho, que se encuentra implantado por adentro y algo por encima de su posición normal.

A los 9 meses los controles radiográficos y endoscópicos demuestran perfecto estado de salud.

CASO 3: H. L. S. 38 años, argentino, casado, empleado.

Antecedentes hereditarios y familiares: s/p.

Antecedentes personales: no revelan nada de particular.

Enfermedad actual: Refiere el enfermo que 15 días antes de la consulta presenta hematuria total que se mantiene durante 3 micciones, remitiendo espontáneamente sin acompañarse de otra sintomatología.

Por tal motivo consulta para su estudio con el siguiente:

Estado actual: Lúcido, eupneico, decúbito indiferente, piel y mucosas húmedas y rosadas.

TUMOR PRIMITIVO DEL URETER

El exámen físico no demuestra nada de particular.

Tensión arterial Mx. 130 mm. Mn. 70 mm. Hg.

Pulso: 75', igual, regular, amplio, tenso.

Estudios de laboratorio:

Glóbulos rojos: 5.200.000; blancos: 7.000. Fórmula s/p.

Eritrosedimentación 1h. 7mm 2h 12mm.

Glucemia: 0,85 gr. ‰ uremia: 0,45‰.

Orina: D 1022 ácida límpida.

T. C. 3' T. S. 1'.

Estudios radiográficos:

Radiografía directa del árbol urinario s/p.

Urograma de excreción: Buena función secretora y evacuadora del árbol urinario izquierdo.

Discreta ectasia pielocalicilar derecha con stop pieloureteral (Foto N° 10).

Pielografía ascendente derecha:

Se confirma la presencia de la masa proliferativa que produce un desfiladero en uréter superior.

Con el diagnóstico de tumor pieloureteral se decide la intervención quirúrgica.

Parte quirúrgico:

Incisión lumbar derecha, por debajo de la 12a. costilla. Se investiga unión pieloureteral comprobándose en el interior del uréter superior que se encuentra aumentado de tamaño, la existencia de una tumoración que se extiende hacia la pelvis renal.

Se efectúa ectomía renal sin inconvenientes, liberando el uréter hasta la vecindad del entrecruzamiento con los vasos ilíacos, donde se liga y secciona.

Cierre por planos.

Se coloca al enfermo en decúbito dorsal y por incisión paramediana derecha se efectúa ectomía del uréter yuxtavesical y cistectomía parcial perimeática.

Post-operatorio sin inconvenientes.

Informe anatomopatológico:

Macroscopía: Riñón de 12 por 6 por 3 cm. con discreta dilatación pielocalicilar, que muestra en uréter yuxtapiélica una lesión vegetante de alrededor de 2 cm. de diámetro.

Microscopía: Lesión vegetante de aspecto papilífero de alrededor de 14 a 15 células de espesor que muestran a gran aumento núcleos con cromatura vesiculosa y extraordinaria cantidad de mitosis, pese a lo cual no se observa infiltración.

Diagnóstico: Epitelioma papilífero paramalpighiano no infiltrante.

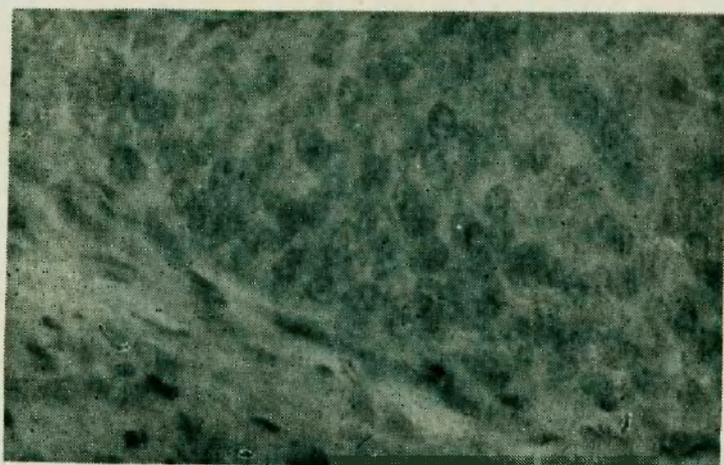


Fig. 7

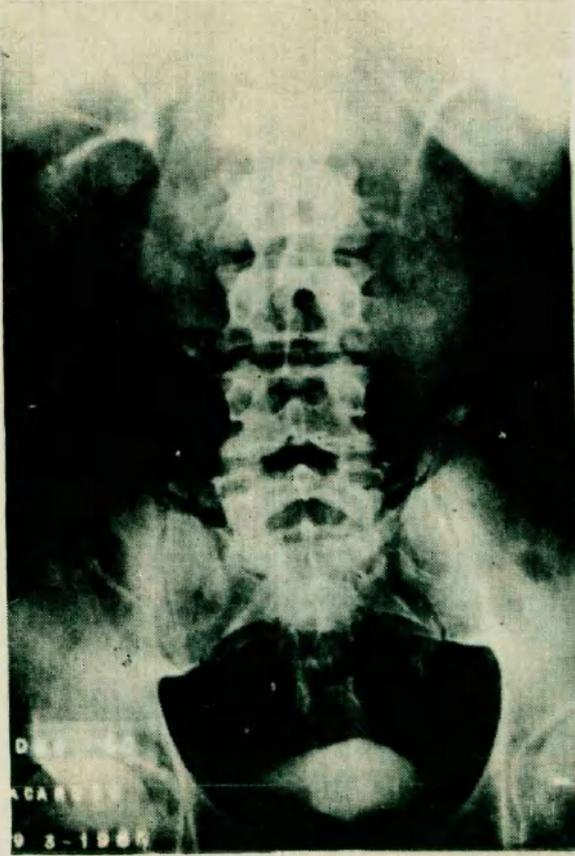


Fig. 8

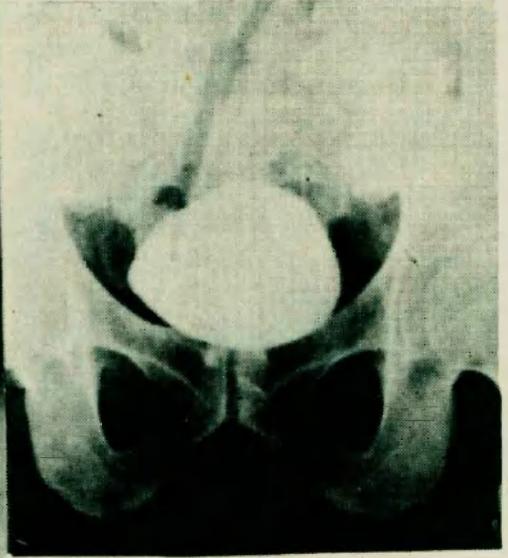


Fig. 9

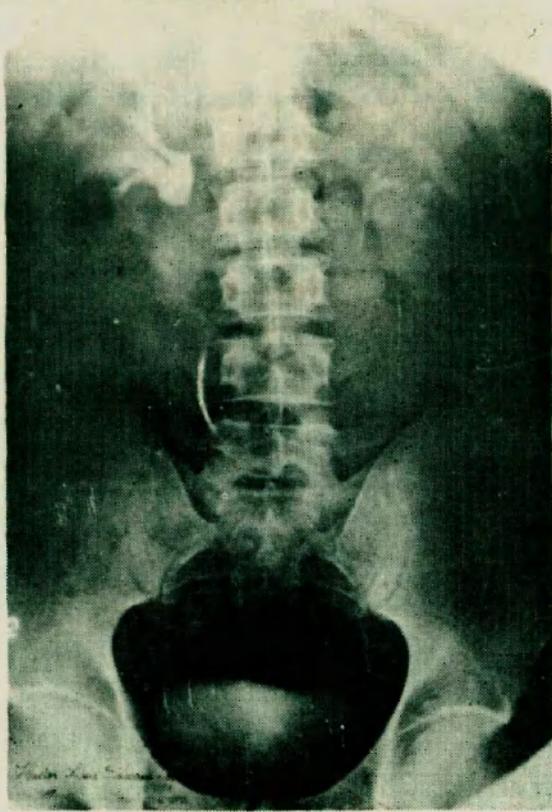


Fig. 10

TUMOR PRIMITIVO DEL URETER

Según Celle, Foord y Ferrier y Taylor, las neoplasias primitivas del uréter representan el 1,1% de todas las neoplasias del aparato urinario.

Es conveniente, desde el punto de vista del estudio de su origen y con respecto a las posibilidades de su tratamiento dividir a las neoplasias del ureter en 2 grandes grupos. El primero formado por los tumores primitivos del uréter, que en general asientan en su tercio inferior, y el segundo más numeroso, producto de una siembra secundaria de un tumor de la pelvis o del riñón mismo.

Si bien con respecto a sus características anatomopatológicas, ellos son encasillados en precisas ubicaciones según las diversas variedades histológicas y diferentes estadios evolutivos, desde el punto de vista clínico todos se reúnen bajo el común denominador de su sintomatología, dentro de la cual las hemorragias frecuentemente anemizantes y la obstrucción ureteral, con sus consecuencias de dilatación, infección y destrucción renal, hacen que clínica y terapéuticamente todos deban ser considerados como malignos.

Del trípode sintomatológico, hematuria, dolor y tumor lumbar, que no se presenta con frecuencia, la hematuria es el signo capital y más frecuente, presentándose según Herbut, citado por Barillari en el 77 al 96% de los casos.

Tal circunstancia nos obliga a tener presente ante una hematuria de origen desconocido esta afección, cada día más frecuentemente diagnosticada, gracias a la aplicación de los nuevos métodos de estudio.

El diagnóstico oportuno de tal patología no sólo deparará un pronóstico más favorable sino que nos permitirá en determinadas circunstancias adoptar soluciones más conservadoras.

La nefroureterectomía total con cistectomía parcial es el tratamiento aconsejado por la mayoría de los autores.

Creemos sin embargo que el estudio de cada caso en particular decidirá la conducta a seguir.

Es así que si bien ante la presencia de una neoplasia epitelial de pelvis renal o de uréter superior, está ciertamente indicada la nefroureterectomía total por la frecuencia con que se presentan brotes tumorales en el trayecto ureteral, en los tumores de la extremidad inferior del uréter, en donde se compruebe la indemnidad del árbol urinario superior, puede decidirse la conservación renal efectuando una ureterectomía parcial con cistectomía parcial y reimplante ureteral en vejiga, tal entre otras, la opinión de los Dres. García y Casal, quienes en un trabajo presentado al seno de esta Sociedad aceptan "la conducta conservadora en los casos de tumores del tercio inferior de uréter, sin otra lesión supra o subyacente".

RESUMEN

Se presentan 3 tumores primitivos de uréter.

Se efectúan breves consideraciones sobre su tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Barillari, Franco. 2 casos de tumor de uréter. *Urología*. Oct. 1959. pág. 504.
- 2) Jomain, J. Tumeurs de l'uretère. *Encyc. Médico Chirur.* pág. 18166 A 10.
- 3) Torresi, S. y Guevara, C. Tumores de uréter, nefroureterectomía total. *Anales de la Sociedad de Cirugía de Córdoba*. 1952, pp. 221.
- 4) Trabucco, A. y Cartelli, N. Sobre 2 casos de Ts. primitivos de uréter. *Rev. Arg. de Urología*. 1953. XXII. pág. 169-73.
- 5) Trabucco A., Borzone R. y Márquez F. Tumores primitivos del tercio inferior del uréter. 4 casos. *Rev. Arg. de Urol.* 1955. XXIV. 347-52.
- 6) Trabucco A., Borzone R. y Saubidet J. Tumores primitivos del uréter. *Rev. Arg. de Urología*. 1959. XXVIII. pág. 164-71.
- 7) Vilar, A. propósito de 2 casos de Ts. del uréter. *R. A. de Urol.* 1947. pág. 209.
- 8) Dante J. y Trabucco A. Tumor de extremidad inferior de uréter. *Rev. Arg. de Urol.* 1937. VI. 18.
- 9) Delporte, T. Presentación de enfermos. Tumores de las vías excretoras. T. primitivos del uréter. *Boletines de la Sociedad de Cirugía de Rosario*. 1954. XXI. 218-19.
- 10) García A. A propósito de Tumores de extremidad inferior de uréter. *Rev. Arg. de Urol.* 1937. VI. 31.
- 11) García A. A propósito de nefroureterectomía subtotal por tumor pieloureteral. *Rev. Arg. de Urol.* 1954. XIV 227.
- 12) García A. y Casal J. 2 casos de tumor del uréter. Consideraciones sobre la terapéutica quirúrgica. *Rev. Arg. de Urol.* 1947. XVI. 193.
- 13) González R., Firstater M. y Gómez J. Tumor de uréter. Nefroureterectomía y cistectomía parcial. *Rev. Arg. de Urol.* 1951. XX. 125.
- 14) Maraini, B. A propósito de Tumores de extremidad inferior de uréter. *Rev. Arg. de Urol.* 1937. VI. 31.
- 15) Ortiz A., Chimenti A. y Bur G. Consideraciones sobre un caso de tumor primitivo de uréter. *Rev. Arg. de Urol.* 1951. XX 168-71.
- 16) Salleras J. A propósito de Tumores de extremidad inferior de uréter. *Rev. Arg. de Urol.* 1937. VI. 31.
- 17) Sánchez Sañudo L., Lebron P. Tumores de riñón, pelvis renal y uréter. *Rev. El Día Médico*. 1950. XXII. 3387-95.
- 18) Mallo, N. Carcinoma papilar de uréter. *Rev. Arg. de Urol.* XXIX. 126-8.
- 19) Comotto C. Carcinoma primitivo de uréter. *Rev. Arg. de Urol.* XXIX. 1960. 45-53.
- 20) Oldford J., Stewart M. Primary ureteral carcinoma. *JAMA*. 174. 1325-7/60.
- 21) Chauvin E. and Cerati. Les tumeurs épithéliales primitives de l'uretère. *Arch. d. mal. de reins*. 5. 631. 711. 1931.
- 22) Barneche L., Lamela L., Berstein-Hahn L. y González R. Tumores primitivos de uréter. *Rev. Arg. de Urol.* XXXIII. pág. 150-55.

¿hipertensión?

STOP



*Lasix -
Reserpina*

*regula la hipertensión
como el vigilante
regula el tránsito*



Fabwerke Hoechst A.G.
Frankfurt/Main, Alemania Occ.
Representante exclusivo:
QUIMICA HOECHST S.A.
Corrientes 222, Buenos Aires

Congreso Panamericano de Urología

CARACAS (Venezuela)

2 al 10 de diciembre de 1967

Concurre al Congreso Panamericano de Urología a realizarse en la ciudad de CARACAS, beneficiándose con las siguientes tarifas Aéreas de Excursión:

ITINERARIO (A)

Buenos Aires - Miami - Nueva York - CARACAS - Lima -
Buenos Aires..... U\$S 450.- (1)

ITINERARIO (B)

Buenos Aires - Panamá - México - Dallas - Nueva York -
Washington - Miami - CARACAS - Lima - Buenos
Aires..... U\$S 550.- (2)

ITINERARIO (C)

Buenos Aires - Lima - Panamá - México - San Francisco -
Nueva York - CARACAS - Buenos Aires..... U\$S 703.- (2)

- (1) Tarifa de excursión estadía mínima 14 días, máxima 21 días, válida para grupos de 10 personas o más viajando juntas, tanto a la ida como de regreso.
(2) Tarifas de excursión validas por 30 días.

CONSULTE NUESTROS PLANES DE CREDITO

Envíe este cupón:

ROSARITUR VIAJES - TURISMO

Rodríguez Peña 231 - 4º Piso - Buenos Aires - Tel. 35 - 7313

Tengo previsto ASISTIR AL CONGRESO PANAMERICANO DE UROLOGIA en CARACAS y desearía se me anotara provisoriamente sin compromiso. Al mismo tiempo deseo me envíen folleto con los precios de la estadía terrestre.

APELLIDO Y NOMBRE: Dr.

DIRECCION: LOCALIDAD:

TELEFONO: VIAJARIA ACOMPAÑADO POR:

.....