

TUMOR PRIMITIVO DEL URETER

Dres. Arturo Sergio Rebaudi, Juan Carlos A. Speranza, Medardo Jorge Ocariz.

Este trabajo tiene por objeto aportar un caso más a la casuística nacional recientemente enriquecida por los trabajos de los Dres. Ghirlanda y Vichi y colaboradores, estando la bibliografía puesta al día en el trabajo del primero presentado en el volumen septiembre diciembre de 1966 de la Revista Argentina de Urología y en la mesa redonda del 9º Congreso Argentino de Urología presidida por el Dr. A. García.

Lleva como segunda intención la de mantener el ánimo dispuesto a pensar en dicha afección ante una hematuria de origen desconocido.

Con este nuevo aporte suman 31 las publicaciones nacionales.

H. C.

B. V. 60 años

ANTECEDENTES: Broncoenfisematoso, infarto de miocardio hace 2 años.

Se observan tofos uricemicos y dilataciones varicosas en miembros inferiores. Apendicectomizado hace 10 años. Niega venereas.

ENFERMEDAD ACTUAL: Comienza hace 3 semanas con ardor, polaquiuria, hematuria terminal. Tratado con antibióticos cede esta sintomatología.

ESTADO ACTUAL: Habito pícnico, peso: 115 Kg. Buen estado gral. La palpación resulta infructuosa dado lo voluminoso de abdomen.

No hay puntos dolorosos renoureterales.

ORINA: Cristalina con algunos filamentos mucosos.

TACTO RECTAL: Prostata achatada, bien limitada y fija.

ESTUDIO RADIOLOGICO: Rx. simple: litiasis prostática.

UROGRAMA: R. D: buena eliminación y dibujado del árbol pielocalicial. R. I: anulación funcional.

CISTOGRAMA: Se observa pequeña falta de relleno en hemivejiga izquierda.

ENDOSCOPIA: Vejiga buena capacidad, medio límpido; sobre el meato izq. se ve tumoración sesil tamaño garbanzo. No se puede deslindar ni cateterizar orificio meático.

LABORATORIO: Eritrosedimentación: 1ra. hora 12, 2da. hora 28.

Resto normal.

Con diagnóstico de tumor vesical obstructivo se decide la intervención quirúrgica. Parte quirúrgico: Con enfermo en decúbito dorsal se inicia la intervención mediante incisión mediana infraumbilical; liberado el espacio laterovesical izq. y localizado el ureter se aprecia el engrosamiento del mismo en un trayecto de unos 10 cm; presentándose a la palpación, macizo y de consistencia aumentada. Se procede a su liberación llegando hasta su entrada en vejiga, abierta la misma se constata lo descrito en endos-

copía efectuando cistectomía parcial perimeática.

Hacia arriba el ureter se secciona en tejido sano.

A continuación se efectúa cierre de la vejiga y de la pared dejando en la primera sonda Baxter tipo nelaton por uretra.

Seguidamente disponemos el cambio de posición del enfermo al decúbito lateral y mediante incisión siguiendo el trayecto de la XII costilla y resecaando la misma logramos campo para efectuar la liberación de un riñón hidronefrótico. A pesar del tamaño del mismo que se asemejaba a una cabeza de adulto, pudimos realizar sin mucha dificultad el pedículo completando la ectomía. Hemostasia satisfactoria, drenaje del lecho, cierre por planos.

Anatomía Patológica: Epitelioma papilífero grado 3.

Resumen: Se presenta un caso de tumor primitivo de ureter en el cual se realizó nefrourecterectomía con cistectomía parcial perimeática.