

NEOPLASIA DE URETER RESIDUAL
(Tres casos)

Dres. E. Néstor JEANMAIRE
Francisco M. ALVARINHAS

El presente trabajo tiene por objeto presentar tres casos de neoplasia en el segmento de uréter yuxta-vesical, residual a una nefrectomía previa. Esta modalidad nosológica se suele dar con relativa frecuencia cuando la nefrectomía previa se debió a una neoplasia de pelvis renal o histológicamente dependiente de la misma y en el curso de la conducta quirúrgica (nefrectomía) no se llevó la exéresis al término global de la nefroureterectomía total incluyendo el cono de implantación vesical.

Las teorías patogénitas sobre el posible origen de las neoplasias del uréter residual, se encuentran en el concepto de los diversos autores. Hay quienes sostienen su origen descendente a partir de la neoplasia renal y quienes sostienen la posición inversa, considerando como primitivo al tumor ureteral y secundaria a la neoplasia renal. Frente a estas dos posiciones extremas se encuentra el concepto de Ewing quien sostiene la teoría de la simultaneidad de la patología neoplásica en los diversos puntos del urotelio.

La frecuencia con que se encuentra esta entidad comprende tres grupos de patología:

- a) los tumores de uréter residual a una nefrectomía por neoplasia de riñón,
- b) los remanentes de una papilomatosis de pelvis renal, uréter y vejiga, y
- c) tumores del uréter residual en los cuales la nefrectomía se efectuara con anterioridad por una patología no tumoral.

El presente trabajo consta de un caso de cada una de estas formas de patología tumoral del uréter residual.

Sintomatología: la constante es la hematuria, cuadro que de entrada impresiona como la presentación de una neoplasia vesical. La cistografía es similar en líneas generales a la forma de presentación de los tumores vesicales. La cistoscopia en el mejor de los casos nos permite ver la neoformación emerger del meato ureteral y comunmente la invasión vesical ya presente. La infección urinaria suele presentarse sola o acompañada de hematuria y es punto inicial del estudio diagnóstico del paciente que trae el antecedente de su nefrectomía previa. Este es el dato de anamnesis capital para la pesquisa de la posible patología de un muñón ureteral.

Tratamiento: la conducta es siempre quirúrgica y consiste en la ureterectomía residual incluyendo el cono de implantación vesical o la porción de vejiga que se estime conveniente según el grado de propagación de la neoplasia ureteral. Nosotros en el presente trabajo queremos presentar las tres modalidades de abordaje para la misma conducta de exéresis.

En el primero de nuestros casos se optó por la vía extraperitoneal lateral (incisión de Gibson); en el segundo, una incisión mediana extraperitoneal con amplia exposición vesical a los efectos de llevar a cabo la cistectomía parcial (hemicistectomía) y en el tercero de los casos se abordó el problema con una conducta transperitoneal, mediante una incisión mediana que permitió la conducta de exéresis urétero-vesical y simultáneamente de un sector del intestino

delgado involucrado en la neoplasia. Siendo los tres casos de neoplasia de uréter residual derecho, la diversa conducta de abordaje se estimó necesaria por la impicancia de la propagación de distinta magnitud en cada caso.

CASUISTICA

Caso N° 1

M.S. 60 años. Argentino. Casado. H. Cl. 118505

El paciente ingresa por hematuria e infección urinaria crónica. Septiembre de 1973. Antecedentes de nefrectomía derecha por neoplasia renal (tumor de pelvis renal) en 1972 (marzo). Es decir 15 meses de la primera intervención se presenta el cuadro de la patología residual (neoplasia de uréter residual, extremo inferior del mismo).

Operación: 11-IX-73. Cirujano Dr. E.N. Jeanmaire. Ayudante Dr. Alvarinhas.

Abordaje por incisión de Gibson, exposición de vejiga y uréter residual en forma extraperitoneal. Se visualiza el muñón ureteral inferior como una morcila sanguinolenta y la cistostomía longitudinal simultánea permite apreciar el grado de compromiso vesical. Se procede a la ureterectomía y cistectomía parcial adyacente en una sola pieza. Cierre de vejiga en un plano. Sonda vesical por uretra. Drenaje del retroperitoneo por contrabertura. Cierre de pared por planos. Evolución post-operatoria satisfactoria.

Caso N° 2

J.G. 65 años. Argentino. H. Cl. 116446,

Ingresa al servicio con un cuadro de hematuria. Estudio radiológico: el urograma de excreción muestra una imagen presuntiva de tumor renal derecho. El uréter no se visualiza en ningún punto de su recorrido.

Se interviene (20-8-64) con diagnóstico de tumor renal derecho.

Informe anátomo-patológico, protocolo No.

Carcinoma papilífero de pelvis renal derecha.

Reingresa al servicio en 1969 nuevamente con hematuria. Cistoscopia: se detecta la hematuria proveniente del meato ureteral derecho. Con diagnóstico de neoplasia de uréter residual derecho se interviene el 25-7-69. Se practica resección del uréter residual con el cono vesical de implantación ureteral.

Informe anátomo-patológico. Protocolo N°

Carcinoma papilífero de uréter.

El paciente reingresa en 1972 con una neoplasia vesical, motivo por el cual se le practica cistectomía parcial (hemicistectomía derecha). Fallece al mes siguiente con un cuadro de carcinomatosis generalizada.

Caso N° 3. D. F. 55 años. Argentino. H. Cl. 123568. Sala 6. Hospital Fernández.

El paciente ingresa al servicio con un cuadro de hematuria y dolor lumbar derecho. El urograma excretor mostró una imagen renal derecha con dislocación de los cálices y amputación del grupo calicial inferior.

Cistoscopia: vejiga de capacidad normal, mucosa sana. Viene sangre por el meato ureteral derecho. Pielografía ascendente: no se logra caracterizar el uréter derecho. El catéter avanza 3 cm. Un nuevo estudio radiográfico por goteo reitera la imagen anterior, no visualizándose el uréter derecho.

Se interviene practicándose nefroureterectomía con diagnóstico presuntivo de tumor renal derecho.

Informe anatomopatológico: riñón atrófico. Pielonefritis crónica inespecífica.

Es dado de alta asintomático. Tres años después, en 1972, se reinternar por un cuadro de hematuria. El urograma excretor muestra buena función renal izquierda sin modificaciones de su estructura. El cistograma correspondiente da una imagen sospechosa en el área vesical

correspondiente al meato ureteral derecho. Cistoscopia: se ve una formación vegetante, sangrante que emerge del meato ureteral derecho. Se interviene con diagnóstico de tumor de uréter residual derecho.

Operación: 7-12-72.

Laparotomía mediana infraumbilical, transperitoneal. Se aborda el uréter residual decolándolo del área de los grandes vasos, se practica la resección en block junto con un área amplia de vejiga yuxtaureteral. Al practicar la exploración abdominal se encuentra una metástasis tumoral en la pared de la última ansa intestinal. Se practica resección de la misma, restableciéndose la continuidad intestinal con anastomosis enterocolónica latero-lateral. Cierre anatómico de pared dejando drenaje por contraabertura y sonda vesical por uretra. Evolución mediata buena. El enfermo fallece al año por metástasis hepáticas.

Informe anátomo-patológico: protocolo N°

Carcinoma transicional de uréter con infiltración de mucosa vesical.

En intestino delgado: formación neoplásica que invade serosa y muscular con una extensión de 5 cm sin invasión de la mucosa y que responde a las iguales características histológicas de la tumoración del uréter.

CONCLUSIONES

Se presentan tres casos de neoplasia en uréter residual post-nefrectomía que corresponden a las tres variedades de etiopatogenia con que se puede presentar esta entidad nosológica, cada uno de ellos fue resuelto con distinta modalidad en la conducta quirúrgica adaptándose cada una de ellas a la circunstancia anátomo-clínica.
