

TUMORES DEL UROTELIO DEL APARATO URINARIO SUPERIOR

Dr. De Marco, José María - Dr. Rochman, Elías José

Introducción

El aparato urinario, desde los cálices menores hasta cerca de la uretra distal, se halla tapizado por un epitelio paramalpighiano, lo cual constituye un solo sistema anatómico; es por ello que el desarrollo de un tumor en cualquier segmento de la vía urinaria que aparezca se lo debe considerar como una enfermedad del urotelio.

Existe una clara relación para establecer el pronóstico de estos tumores entre el grado de infiltración y el grado de diferenciación celular, no importando que el órgano afectado sea la vejiga, la pelvis o el uréter.

Otra de las características de los blastomas de urotelio es que tienden a ser: múltiples, multicéntricos y recidivantes.

Material

Se presentan 16 casos de tumores de vía excretora en un periodo comprendido entre los años 1970-1981.

En el momento de presentación, 8 presentaron tumores únicos, 5 en pelvis y 3 en uréter, mientras que los 8 restantes tenían una localización.

Datos clínicos

Sexo. Quince correspondieron al sexo masculino y tan solo 1 al femenino. Esto no está de acuerdo en general con la relación de 2 a 1 ó 3 a 1 que figura en la mayoría de las publicaciones.

Edad. El promedio de edad en el momento del diagnóstico fue de 60 años. El más joven de la serie fue de 48 años y el más anciano de 72.

40-50 años: 2
51-60 años: 6
61-70 años: 6
71-80 años: 2

Lado. Todos fueron unilaterales, correspondiendo:

Lado derecho: 9
Lado izquierdo: 7

Clasificación y anatomía patológica

Para clasificar los tumores de la pelvis renal, según su estadio y grado de diferenciación celular (Broders), tomamos la clasificación seguida por el Centro de Cancerología *Memorial Sloan Kettering* (CCMSK) que los divide en:

Grupo I: papiloma histológicamente benigno.

Grupo II: carcinoma de etapa baja. Tumores por lo general de grado bajo y sin invasión demostrable, o con una invasión dudosa microfocal, o bien papiloma con carcinoma *in situ* dentro del papiloma o en otra parte de la mucosa de la pelvis renal.

Grupo III: carcinomas de etapa alta por lo general de grado alto o infiltrados en la pelvis o parénquima renal, pero sin llegar más allá del riñón propiamente dicho.

Grupo IV: cánceres de etapa alta que invaden el exterior del parénquima renal, inclusive la grasa peripélvica y perirrenal, ganglios linfáticos, vasos sanguíneos biliares u órganos adyacentes o distantes.

A su vez se subdividen a cada uno de los grupos en:

A: sin otros tumores en vejiga urinaria y/o uréter.
B: con otros tumores en vejiga urinaria y/o uréter.

Grupo		G. malignidad celular
Grupo I (pap. ben.)		—
A	—	
B	—	
Grupo II (O-A-B1)		
A	4	I-II-III
B	1	
Grupo III (B2)		
A	3	II-III
B	3	
Grupo IV (C-D1-D2)		
A	—	
B	—	

Para los tumores ureterales seguimos la misma clasificación del centro anteriormente citado, que los divide en:

Etapa A: infiltración submucosa.

Etapa B: invasión muscular.

Etapa C: compromiso de la grasa periureteral.

Etapa D: propagación fuera del uréter hacia estructuras adyacentes, ganglios linfáticos regionales o metástasis a distancia.

Etapa		G. malignidad celular
A	2	I-II
B	1	II-III
C	2	II-III
D	—	

Anatomía patológica

Todos fueron carcinomas transicionales.

Sintomatología

El intervalo entre síntoma y diagnóstico depende fundamentalmente del estadio y el grado de diferenciación tumoral; es decir, los intervalos más largos corresponden a papilomas o carcinomas de baja malignidad histológica y bajo estadio, siendo más cortos los intervalos en aquellos tumores de marcada indiferenciación celular y elevado estadio.

Síntomas y signos	Total	%
Hematuria	16	100
Disuria - Polaquiuria	2	12,5
Lumbalgia	5	31,25
Tumor abdominal	2	12,5

Métodos diagnósticos

Se practicaron los siguientes exámenes:

Procedimiento	Total	%
<i>Urograma descendente</i>	16	100
Riñón no funcionante	3	18,75
Hidronefrosis	2	12,5
Urétero-hidronefrosis	3	18,75
Defecto de relleno	10	62,5
<i>Urograma ascendente</i>	5	100
Defecto de relleno	4	80
Obstrucción ureteral	1	20
<i>Cistoscopia</i>	16	100
Tumor vesical conjunto	2	12,5
Tumor sobresaliente a través del orificio ureteral	3	18,75
<i>Citología urinaria</i>	4	100
Positiva	1	25
Negativa	3	75

Podemos citar otros métodos diagnósticos, tales como:

- 1) Tomografía axial computada.
- 2) Brushing retrógrado.
- 3) Biopsia con canastilla de Dormia.

No los practicamos en ninguna oportunidad.

Tratamiento

En los 16 casos se realizó tratamiento quirúrgico, de acuerdo con técnicas descritas en el cuadro siguiente. En 3 pacientes se complementó con cobaltoterapia.

Tratamiento inicial	Total	%
Nefroureterectomía total que incluye rodete de vejiga periorificial	10	62,5
Nefroureterectomía parcial con resección en un segundo tiempo del uréter remanente y rodete periorificial	3	18,75
Nefroureterectomía total con cistectomía ampliada	2	12,5
Ureterectomía parcial con reimplante ..	1	6,25
Cobaltoterapia	3	18,75

Bibliografía

1. Clínicas Urológicas de Norteamérica: Tumores uroepiteliales, año 1976.
2. Werth, Darrel D.; Weigel, John W., y Mebust, Winston K.: "Primary neoplasms of the ureter". *J. Urol.*, 125:628, 1981.
3. Heney, Niall M.; Nocks, Barry N.; Daly, James J.; Bitzer, Peter H., y Parkhurst, Edward C.: "Prognostic factors in carcinoma of the ureter". *J. Urol.*, 125:632, 1981.
4. Strong, D. W.; Pearse, H. D.; Tank, E. S., Jr., y Hodges, C. V.: "The ureteral stump after nephroureterotomy". *J. Urol.*, 115:654, 1976.
5. Mazza, O. N.; Ghirlanda, J. M., y Mazurski, F.: "Neoplasias de la vía excretora, localización supravescical". *Rev. Arg. Urol.*, vol. 47, n° 4, pág. 15, año 1981.
6. Grabstald, Harry; Whitmore, Willet F., y Melamed, Myron R.: "Renal pelvic tumors". *JAMA*, vol. 218, n° 6, nov. 8, 1971.
7. Petkovic, Sava D.: "Conservation of the kidney in operations for tumors of the renal pelvis and calyces: A report of 26 cases". *Brit. J. Urol.*, 44:1.8, 1972.
8. Batata, Mostafa A.; Whitmore, Jr., Willet; Hilaris, Basil; Nobuhikotokits y Grabstald, Harry: "Primary carcinoma of the ureter: A prognostic study". *Cancer*, 35:1626-1632, 1975.

Le damos especial importancia a la resección del uréter en forma total con una porción de pared vesical yuxtameática para evitar recidivas. Strong y asociados reportan 30 % de incidencia de recurrencia en el muñón ureteral en una revisión de 70 casos de carcinoma a células transicionales en el aparato urinario alto.

Evolución

De los 16 pacientes actualmente se encuentran vivos 10 y de éstos 5 sobrepasan los 5 años de sobrevida.

De los 6 fallecidos, 4 lo hicieron por causas inherentes al tumor y referente a los dos restantes, uno falleció debido a un accidente vasculocerebral a los 7 años y medio de la operación inicial y el segundo a los 6 meses por un infarto de miocardio, en ninguno de los dos hasta el momento de su fallecimiento se presentaron signos de enfermedad neoplásica.

Desde el momento que aparece el tumor en pelvis renal o uréter el lapso aproximado para el desarrollo de una nueva localización es de 24 meses. Es por ello que en todo paciente nefroureterectomizado el período de mayor riesgo de desarrollar una neoformación vesical se encontraría en los primeros dos años, y dentro de este tiempo se lo debe controlar con exámenes endoscópicos repetidos (cada 6 meses), como asimismo exámenes citológicos.

Por el contrario cuando existe un tumor vesical, la aparición de un tumor en pelvis tarda aproximadamente 86 meses.

Resultados

Paciente	Localización			Sobrevida	Recidiva
	Pelvis	Cáliz	Uréter		
A. V.	0		0	+ 10 años	—
R. V.	0			+ 7 años	—
S. J.	0			+ 2 años	—
R. S.			1/3S	1 año	—
P. S.	0			F 6 meses infarto	—
S. A.			01/3I	F 1½ años	vejiga
P. E.			01/3I	F 2 años	vejiga
T. P.	0		0	F 1 año	—
I. V.	0	0		4,5 años	—
P. A.	0	0		F 7,5 años ictus	—
M. R.	0	0	0	8 años	—
S. L.	0			F 2 años	—
L. J.			01/3I	6 meses	—
W. N.	0			6 años	—
V. J.	0			7 años	muñón ureteral
V. P.			01/3I	1 año	—

9. García, A.; Casal, J.; González Martín, G.; Solari, J. S., y Monserrat, J. M.: "Tumores de la pelvis renal". *Rev. Arg. Urol.*, vol. 38, 115, 1969.
10. Metz, L. N.: "Pielectomía parcial". *Rev. Arg. Urol.*, vol. 38, 192, 1969.
11. Lo Moro, J.; Mendoza, M., y Levin, U.: "Tumor localizado de pelvis renal". *Rev. Arg. Urol.*, vol. 38, 274, 1969.
12. Bermúdez, J.; Largaía, A.; Ghirlanda, J. M., y Gottlieb, D.: "Tumor primitivo del uréter". *Rev. Arg. Urol.*, vol. 38, 54, 1969.
13. García, A. E.; González Martín, G., y Marzio, F.: "Melanoma del uréter". *Rev. Arg. Urol.*, vol. 38, 66, 1969.
14. Mocerlini Iturralde, J., y Losa Cornejo, C.: "Cirugía conservadora en el cáncer de uréter". *Rev. Arg. Urol.*, vol. 38, 172, 1969.
15. Artigas, R. J., y Rubi, R. A.: "Epitelioma renal. Tres casos". *Rev. Arg. Urol.*, vol. 39, 58, 1970.
16. Tobalina, A. E.; Leonardelli, C.; Alliano, J. C., y Celener, O.: "Epitelioma pavimentoso de pelvis renal". *Rev. Arg. Urol.*, vol. 40, 379, 1971.
17. Prokopik, J.: "Tumor de uréter". *Rev. Arg. Urol.*, vol. 40, 364, 1971.

-
18. Anuario de la Unidad de Urología y Nefrología del Hospital General de Méjico: "Carcinoma de la pelvis renal". Vol. 2, 38, 1972.
 19. Casal, J.; Solari, J. J.; Marzio, F., y May, E.: "Tumor primitivo en un megauréter segmentario". Rev. Arg. Urol., vol. 41, 1972.
 20. Castría, M. A.; Bellosi, O. R.; Ramírez, E. A., y Piegari, N. S.: "Carcinoma epidermoide de pelvis renal". Rev. Arg. Urol., vol. 42, 30, 1973.
 21. González Martín, G.: "Un signo radiológico patognomónico de ciertos tumores de uréter". Rev. Arg. Urol., vol. 42, 82, 1973.
 22. Cartelli, R. J.; Scorticatti, C., y Celeste, F.: "Tumor metastásico del uréter". Rev. Arg. Urol., vol. 42, 117, 1973.
 23. Alberro, J. M.; Scorticatti, C.; Cartelli, E.; Zalis, D., y Celeste, F.: "Tumor primitivo de uréter residual post nefrectomía por adenocarcinoma renal". Rev. Arg. Urol., vol. 44, 113, 1974.
 24. Jeanmarie, E., y Alvarinhas, F.: "Neoplasia de uréter residual (3 casos)". Rev. Arg. Urol., vol. 44, 64, 1974.