

Tumores del tracto urinario superior. Experiencia en nuestro servicio entre 1980 y 1991

DRES: GIUDICE, C. R., DENES, E.D., CRESPO, J.I., DAMIA, O., SCHIAPPAPIETRA, J.H.

RESUMEN

Se presenta a continuación un análisis retrospectivo de la experiencia del Servicio de Urología del Hospital Italiano de Buenos Aires acerca de un grupo de 45 pacientes portadores de neoplasias primitivas de la pelvis renal y el uréter tratados entre 1980 y 1991.

(Rev. Arg. de Urol Vol. N° 59, Pag. 19, Año 1994.)

Palabras clave: Tumores del Tracto Urinario superior. Experiencia personal de 10 años.

INTRODUCCION

Las neoplasias primitivas de la pelvis renal y el uréter constituyen una entidad relativamente infrecuente. Los tumores que se originan en la pelvis renal comprenden solamente el 5 al 10% de las neoplasias renales y el 5 al 6% de las neoplasias uroteliales. La incidencia de los tumores ureterales resulta 3 a 4 veces inferior a la de los tumores pielocaliciales, comprendiendo alrededor del 2% del total de las neoplasias uroteliales.(1)

Algunos reportes han considerado independientemente a los tumores pielocaliciales y a los tumores ureterales; sin embargo, la íntima correlación existente entre ellos tanto en cuanto a su origen anatomopatológico como en cuanto a su historia natural y comportamiento clínico justifican el establecimiento de pautas comunes para su investigación. (2)

Se ha reportado además un ligero incremento en la incidencia de estos tumores en los últimos 10 años, desconociéndose aún la razón de este hecho.(3)

Servicio de Urología
Hospital Italiano de Buenos Aires
Buenos Aires - Argentina

MATERIAL Y METODOS

Se consideraron para esta evaluación retrospectiva un total de 45 pacientes portadores de neoplasias del tracto urinario superior, tratados entre el 1º de abril de 1980 y el 1º de abril de 1991.

Todos ellos recibieron como única terapéutica el tratamiento quirúrgico, excluyendo de la serie a aquellos pacientes que hubieran realizado terapias adyuvantes o neoadyuvantes.

La edad promedio fue de 63,8 años con un rango entre 38 y 83 años. Treinta y cinco pacientes con un promedio de 63 años fueron de sexo masculino lo que corresponde a un 77,8%.

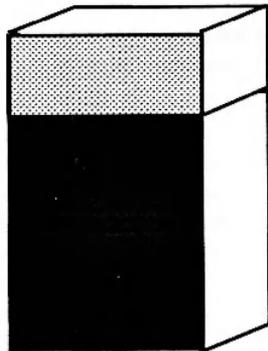
Diez fueron de sexo femenino (22,2%) con una edad promedio de 66,6 años, reflejando una predominancia de 3,5 a 1 a favor del sexo masculino. (fig 1)

Cinco pacientes presentaron al momento del diagnóstico antecedentes de neoplasias transicionales de vejiga (11,1%).

El protocolo de diagnóstico y la estadificación clínica incluyeron anamnesis y examen físico completos, análisis de laboratorio de rutina, urograma excretor, tomografía computada de abdomen y pelvis, citología urinaria y

DISTRIBUCION POR SEXO

n=45



FEMENINO 22%
10 PAC

FEMENINO 78%
35 PAC

Fig. 1

cistofibroscopía, agregando en algunos casos pielografía ascendente con citología urinaria.

Para la estadificación anatómico-clínica en estadios y grados de diferenciación histopatológicos, a los efectos del estudio, la clasificación unificada para los tumores de la pelvis renal y el ureter, propuesta en 1988 por la International Union Against Cancer (UICC) y el American Joint Committee on Cancer (AJCC) basada en el sistema TNM.

Esta se compone de cinco estadios anatómicos (del cero al cuatro), y de tres grados de diferenciación histológica (del uno al tres). (4) (fig 2 y 3)

El tiempo promedio de seguimiento de los pacientes fue de 31,3 meses con una mediana de 24 meses, un mínimo de 6 y un máximo de 90 meses.

Para la estimación de la significancia estadística se utilizó la prueba del chi cuadrado, tomando en cuenta una $p < 0,05$. La estimación de la supervivencia actuarial por período desde el momento del diagnóstico fue calculada según el método de Kaplan-Meier.

RESULTADOS

Del total de 45 pacientes evaluados, 29 presentaron tumores localizados del lado izquierdo (64,4%) y 16 del lado derecho (35,6%), esto representa una proporción de 1,8 a 1, siendo las diferencias estadísticamente significativas.

Solamente un paciente presentó tumor en riñón único, no habiéndose registrado ningún caso de tumor bilateral sincrónico.

Los portadores de tumores pielocaliciales primitivos fueron 38 (84,4%), mientras que 7 pacientes presentaron tumores de localización ureteral (15,6%). Se demostró la presencia de tumores vesicales sincrónicos al momento

MOTIVO DE CONSULTA

n=45

SINTOMAS -

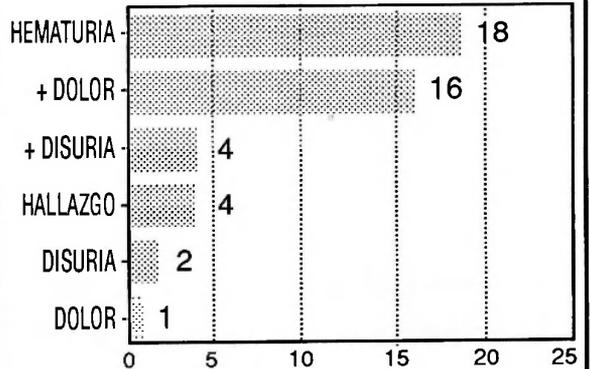


Fig. 2

TUMOR PRIMARIO (T)

- Ta Carcinoma no invasor.
- Ta Carcinoma in situ.
- T1 Infiltra la lámina propia.
- T2 Infiltra la musculatura.
- T3 Infiltra tejido graso o parénquima renal.
- T4 Infiltra órganos adyacentes

GANGLIOS REGIONALES (N)

- NO Sin metástasis gangliolares.
- N1 Mts única menor de 2 cm.
- N2 Mts única entre 2 a 5 cm. o Mts múltiples.
- N3 Mts única o múltiples mayores de 5 cm.

Fig. 2

METASTASIS A DISTANCIA (M)

- **MX** No pueden detectarse
- **MO** Sin Mts a distancia
- **M1** Con Mts a distancia

ESTADIOS AJCC-UICC, 1988

ESTADIO 0	Ta NO MO Tis NO MO
ESTADIO I	T1 NO MO
ESTADIO II	T2 NO MO
ESTADIO III	T3 NO MO
ESTADIO IV	T4 NO MO cualquier N1, 2 o 3 cualquier M1

Fig. 4

de diagnóstico en 4 pacientes (8,9%). Fig. 4
El tratamiento quirúrgico inicial en 34 pacientes consistió en la nefroureterectomía total con la resección de un manguito periureteral ipsilateral de la mucosa vesical, llevada a cabo a través de dos incisiones consecutivas en el mismo acto operatorio: un acceso lumbar extraperitoneal amplio para realizar la nefrectomía y un acceso anterior pararectal infraumbilical para la ureterectomía. En los 4 pacientes portadores de tumores vesicales crónicos, se efectuó concomitantemente la resección endoscópica correspondiente. En ocho casos se efectuó inicialmente una nefrectomía radical por vía anterior transperitoneal como si se hubiera tratado de un adenocarcinoma renal en razón de no haber habido sospecha clínica de tumor de urotelio, completándose la ureterectomía total en un segundo acto operatorio, una vez conocido el diagnóstico histopatológico.

Cuatro de esos ocho pacientes fueron sometidos a nefrectomía sin la remoción total del uréter, la que se juzgó innecesaria por el hallazgo intraoperatorio de enfermedad localmente avanzada.

En dos de los tres casos que presentaron tumores localizados en el uréter inferior se efectuó ureterectomía segmentaria y ureteroneocistostomía. El único paciente monorreno de la serie fue sometido a una nefrectomía parcial.

El análisis histopatológico de las piezas operatorias

LOCALIZACION n=45

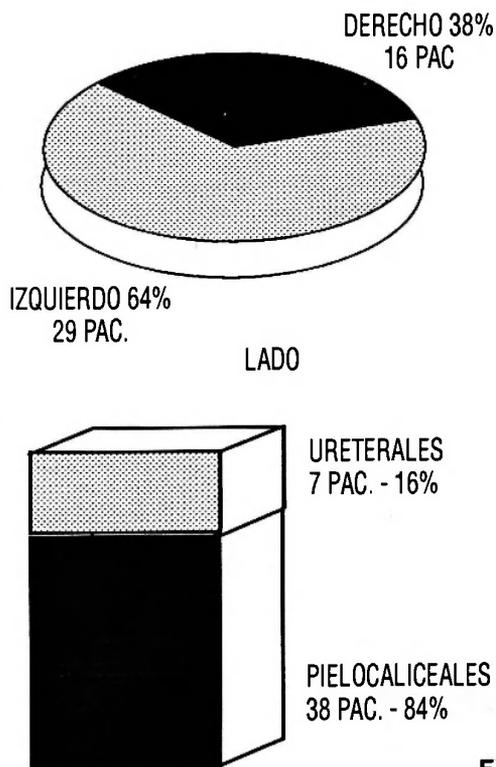


FIG. 5

DISTRIBUCION POR GRADO Y ESTADIO

	GRADO I	GRADO II	GRADO III	TOTAL
EST 0	13	5	0	18
EST 1	0	7	1	8
EST 2	0	1	1	2
EST 3	0	2	3	5
EST 4	0	5	7	12

ADENOPATIAS REGIONALES 10 PAC. - 26.2% - N = 38

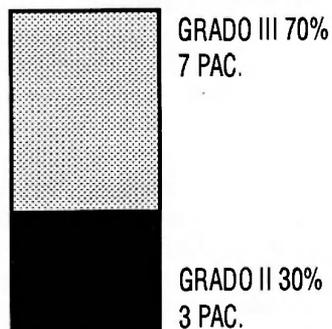
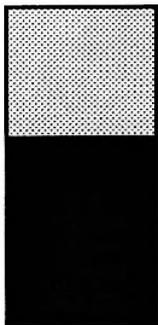


FIG. 6

**NEOPLASIAS VESICALES
SECUNDARIAS =45
MEDIANA DE APARICION = 18 M**



PRESENTES 40%
18 PAC.

AUSENTES 60%
27 PAC.

**CONSERVACION DE GRADO
Y/O ESTADIO N= 18 PAC**



IGUAL O MENOR
6 PAC. 33%

MAYOR
12 PAC. 67%

FIG. 7

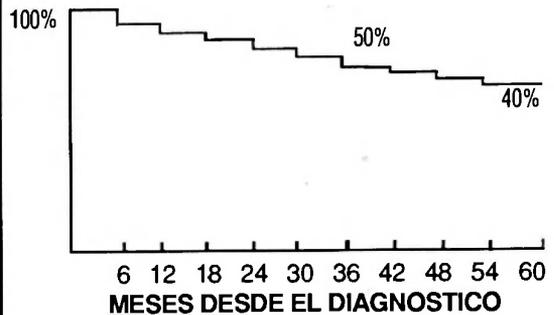
demonstró el predominio de los carcinomas de origen transicional (89,9%), el resto correspondió a carcinomas epidermoides (8,9%) que se presentaron en estadios avanzados y con presencia de adenopatías regionales; en ningún caso la supervida de estos pacientes superó los 6 meses. Un paciente presentó concomitantemente un adenocarcinoma de células renales y un carcinoma transicional pielocalicial.

La distribución de los casos registrados por grado y estadio se expone en la figura 5.

Se observa que la totalidad de los tumores grado 1 fueron estadio 0, es decir que se limitaron al epitelio transicional y no presentaron adenopatías. Contrariamente, la totalidad de los tumores de alto grado tuvieron por lo menos algún tipo de invasión de la pared del órgano donde se localizaron; el 90% fueron infiltrantes de la capa muscular y el 58% presentaron adenopatías metastásicas regionales. Estas fueron anatomopatológicamente demostradas en un total de 10 enfermos de la serie de 38 pacientes linfadenectomizados.

Siete de ellos correspondieron a metástasis de tumores de alto grado mientras que los tres restantes, a tumores de moderado grado de anaplasia.

**SOBREVIDA ACTUARIAL
GLOBAL**



**SOBREVIDA ACTUARIAL
POR GRADO**

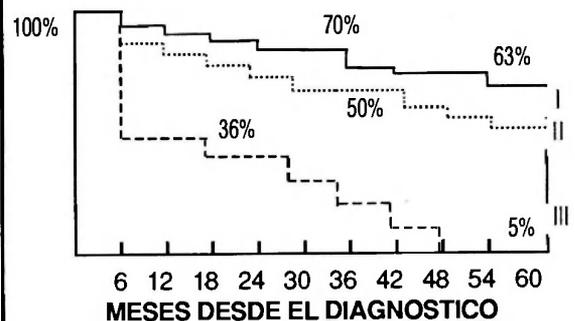


FIG. 8

Sobre un total de 38 casos de tumores pielocaliciales, se descubrió la presencia de enfermedad neoplásica extendida al uréter, no sospechada en los estudios de estadificación clínica, en 9 enfermos (24%) mediante el estudio histopatológico de las piezas de nefroureterectomía.

Ningún paciente presentó tumor contralateral durante el

**SOBREVIDA ACTUARIAL
POR ESTADIO**

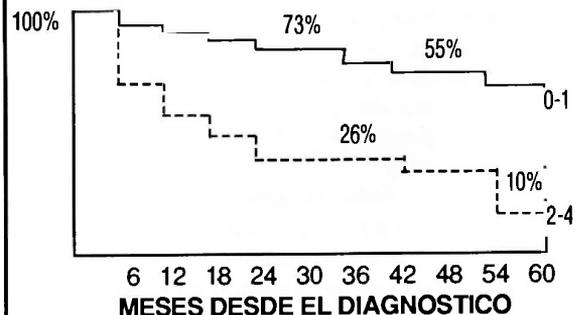


FIG. 9

SOBREVIDA ACTUARIAL SEGUN ADENOPATIAS

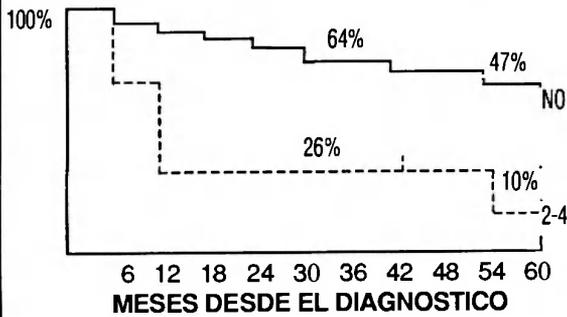


FIG. 10

transcurso de su evolución posoperatoria; contrariamente 18 pacientes, lo que equivale al 40% de la serie, desarrollaron ulteriormente neoformaciones vesicales secundarias. El intervalo que medió entre el diagnóstico de la neoplasia urotelial primitiva y la aparición de la localización vesical secundaria fue de 24,1 meses como promedio, con una mediana de 18 meses, un mínimo de 2 y un máximo de 70 meses. El 84% de estos pacientes (15 en total) habían presentado tumores primitivos de grado bajo a moderado y sin infiltración de la capa muscular. Aproximadamente un tercio de los tumores vesicales secundarios fueron de mayor grado y/o estadio que el tumor urotelial primitivo. Fig. 6

La supervivencia media global desde el momento del diagnóstico con independencia de la terapéutica realizada fue de 31 meses con una mediana de 24 meses y una supervivencia actuarial global estimada del 56% a los 3 años y del 40% a los cinco años. La supervivencia actual estimada fue del 79% y del 63% para el grado I, del 50% y del 36% para el grado II y del 36% y del 5% para el grado III, a los 3 y 5 años desde el momento del diagnóstico respectivamente. Fig 7

Las diferencias encontradas entre los tres grupos de pacientes son estadísticamente significativas para los valores de p considerados.

Por los estadios 0 y I (tumores que no infiltran la túnica muscular) fue del 73% y del 55% a los 3 y a los 5 años. Mientras tanto fue del 26% y del 10% a los 3 y 5 años respectivamente para el conjunto de enfermos con tumores estadios II, III, y IV.

Las diferencias entre ambos grupos resultan estadísticamente significativas. Fig 8

Lo propio ocurre al comparar la supervivencia actuarial estimada para el grupo de pacientes portadores de adenopatías metastásicas regionales, la cual fue del 26% y del 13% contra el 64% y el 47% a 3 y 5 años que presentó el grupo de pacientes libres de metástasis ganglionares. Fig 9

DISCUSION

El carcinoma de células transicionales de la pelvis renal es el responsable de solamente el 7% de todos los tumores renales y del 5% de todos los tumores uroteliales. La incidencia de los tumores ureterales primitivos es aún más rara, responsable de sólo el 1% de todos los tumores del urotelio. La incidencia de esta enfermedad aumenta entre la sexta y séptima década de la vida y predomina en el sexo masculino. (5). En nuestra recopilación, la edad promedio fue de 63,8 años y el predominio a favor del sexo masculino de 3,5 a 1, habiendo observado además casi dos veces de tumores del lado izquierdo que del lado derecho, (1,8 a 1), hecho no reportado en la literatura. La hematuria como único síntoma, o asociado a otros, constituyó la forma habitual de presentación clínica.

Los conceptos que son útiles para comprender la historia natural de las diferentes formas de cáncer vesical, pueden ser extrapolados en la caracterización de los tumores del tracto urinario superior. Los diferentes sistemas de estadificación de estos tumores se basan en la consideración de esta historia natural. Aunque puedan compararse en algunos aspectos a los descriptos para los tumores de vejiga, las características anatómicas particulares de la pared de la pelvis renal y el uréter en cuanto a su menor espesor, han conducido a algunas diferencias. La estadificación clínica preoperatoria llevada a cabo mediante los estudios radiológicos permite un cierto grado de exactitud, a los que se agregan potencialmente las técnicas endourológicas. Sin embargo, se requiere del estudio histopatológico del espécimen operatorio para confirmar el estadiaje. El pronóstico de los pacientes con tumores del tracto urinario superior se correlaciona estrechamente con el estadio y grado tumoral. (6)

La revisión de los diferentes reportes está caracterizada por la utilización de criterios no uniformes de estadificación. Grabstald y col. en 1971 aplicó la primera clasificación basada en la magnitud de invasión tumoral de la pared y el grado de anaplasia celular. En 1975 Bennington y Beckwith propusieron otra clasificación propuesta por Jewett para los tumores transicionales de vejiga. (7 y 8) Sin embargo, la fina capa muscular de las estructuras correspondientes al sistema colector en contraste con la de vejiga obligaría a establecer diferencias.(5)

Una de las claves en el diagnóstico y tratamiento de los tumores del tracto urinario superior es la determinación de su grado, estadio y de la existencia de multicentricidad. En un esfuerzo por proveer una clasificación estándar, que resulte particularmente útil para efectuar comparaciones y paralelismos entre los resultados de diferentes modalidades terapéuticas, el AJCC y la UICC han adoptado desde 1988 una clasificación basada en el sistema TNM, que ha demostrado excelente correlación

con manguito vesical, dado que como surge de esta revisión, existe un alto porcentaje de tumor no detectado en el ureter distal y no han encontrado en la evolución alejada, tumores contralaterales, lo que avalaría tratamientos más conservadores.

Solo merecería considerarse la ureterectomía segmentaria o la nefrectomía parcial, en pacientes monorrenos o en aquellos que presenten condiciones generales o nefrológicas que lo impongan.

Congratulo a los autores por el esfuerzo efectuado en esta relevante revisión y lamento no haber podido aclarar las dudas mencionadas, pero considero que el tema merece una nota complementaria, al ser publicado, que nos brinde la posibilidad de extraer conclusiones adicionales.

Dr. Oscar G. Bellora

RESPUESTA DE LOS AUTORES

Estamos absolutamente de acuerdo con el comentario, Dr. Bellora, en que en la figura 7 existe un error de impresión y que donde dice mayor debe decir menor y viceversa.

Con respecto al porcentaje de recidivas tumorales sobre el total de enfermos, es verdad que no es del 40% ya que como lo dice el comentador no todos los tumores son transicionales.

El porcentaje correcto de recidivas vesicales es del 37,21%.

Por último deseamos agradecer al Dr. Bellora las observaciones realizadas y poder aclararlas oportunamente.

Los autores.

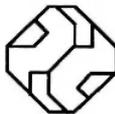


inmed srl

ELECTROMEDICINA

Representante exclusivo y service oficial en Argentina de:

Kretz ultrasound AUSTRIA
TECHNIK



Pie Medical

Leading Independent Specialist in Diagnostic Ultraaound

HOLANDA



AUSONICS AUSTRALIA

Especialistas en Ultrasonido Urológico

AZCUENAGA 797 3º "D" • (1029) • CAPITAL FEDERAL • ARGENTINA
TEL.: 951-4528 953-5253 FAX.: 054 -1 - 952-2774

ONCOTAXINA 20

E X P E R I E N C I A Y A L T A
C O N F I A B I L I D A D E N
L A Q U I M I O T E R A P I A
I N T R A V E S I C A L



Area
Oncológica



RONTAG

Suprefact[®] Depot

Acetato de Buserelina



En cáncer avanzado
de próstata

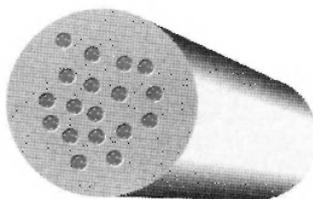
Es administrado sólo
una vez cada 2 meses



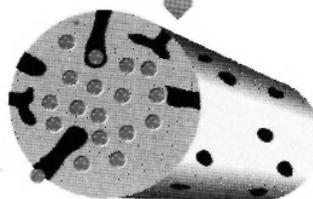
El primer agonista de 2 meses en cáncer avanzado de próstata

Suprefact® Depot es presentado en una jeringa cómoda, lista para usar

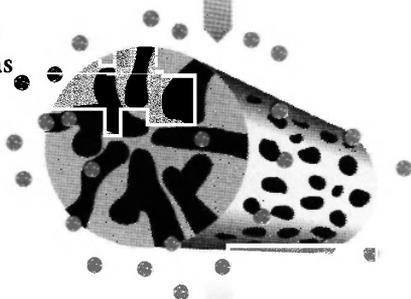
- 1 Buserelina es dispersada en forma homogénea en bastoncitos cilíndricos de copolímeros lactoglicolíticos biocompatibles y biodegradables, similar en su composición a las suturas quirúrgicas reabsorbibles



- 2 Una vez en contacto con los fluidos orgánicos, se forman microporos y microcanales, que en forma continua disuelven y extraen Buserelina, primero de la superficie...



- 3 ...luego de las capas más profundas del implante.



- 4 El polímero sólo se reduce en forma considerable cuando se ha completado la liberación de Buserelina: al finalizar el segundo mes. El resto del polímero se degrada totalmente al estado natural, produciendo monómeros lácticos y ácidos glicolíticos, subsecuentemente metabolizados y excretados.



Mayor información disponible a petición.

Hoechst Argentina S.A.
Instituto Behring
Int. Tomkinson 2054
1642 San Isidro
Pcia. de Buenos Aires
Tel. 742-3036/7/8



Hoechst



