

BRITIS MEDICAL INFORMATION SERVICE. — 3, HANOVER STREET
LONDON, W. 1

Autores: Moore, T. Revista British Journal of Surgery. Abreviación Brit. J. Surg. Tomo 29. Páginas 371-377. Fecha Abril, 1942.

TUMORES DEL URETER

Los métodos modernos de investigación han sacado a luz muchos casos de tumores uretéricos que anteriormente no hubieran podido ser identificados. No obstante, la afección todavía no se reconoce a veces de no fijarse en cada síntoma indicador y llevar a cabo un examen meticuloso hasta hallar la causa.

En este trabajo procedente del Servicio Urológico de la Manchester Royal Infirmary, el autor pasa revista a la afección y da cuenta de 2 casos más.

Se presentan neoplasmas benignos y malignos, pero los últimos son mucho más comunes. Rayer (1841) dió cuenta del primer caso de carcinoma del ureter y desde entonces se han registrado un total de 150 casos. El primer tumor benigno fué comunicado por Lebert (1861), y en la actualidad se han registrado un total de 40 casos.

Los tumores pueden ser de origen epitelial o de tejido conjuntivo. Los tumores epiteliales pueden ser sencillos o malignos, y los últimos pueden ser primarios o secundarios. Un simple papiloma tal como el que se presenta en la vejiga también puede verse en el ureter. Es más común en el tercio inferior. Puede ser único o ir acompañado de múltiples metástasis en el ureter y pelvis renal. También se presentan los llamados pólipos. Estos últimos son tumores fibrosos sólidos cubiertos de epitelio. Son de origen inflamatorio. Los carcinomas uretéricos pueden ser papilares o no papilares en tipo. También se presentan adenocarcinomas. Todos son más corrientes en el tercio inferior del ureter. Cualquier edad puede verse atacada, pero son más comunes en la última parte de la vida.

El ureter puede verse invadido por tumores epiteliales extendiéndose desde las estructuras vecinas, por ejemplo, desde el cuello del útero. Los depósitos metastásicos que se extiendan mediante la sangre —o corriente linfática— son mucho más raros. Metástasis de papilomas en el ureter, secundarias a papiloma maligno de la pelvis renal son muy corrientes. La patología de estos casos no se entiende bien. De vez en cuando, metástasis secundarias malignas llegan al ureter por emigración transcelómica. Los tumores no epiteliales son muy infrecuentes. Se citan algunos casos.

Los efectos de los tumores uretéricos pueden ser: (1) Obstrucción uretérica, (2) Formación de fístulas, (3) Resultados mecánicos.

Lesiones concomitantes. Se han registrado neoplasmas uretéricos asocia-

dos con todas las anomalías congénitas corrientes de las vías urinarias. Algunas veces van asociados con cálculos.

Etiología. La causa exacta es desconocida. A veces, la irritación crónica de cálculos conduce al neoplasma. Del mismo modo que los tumores de vejiga, también se presentan en obreros que trabajan en tintes de anilina.

Sintomatología. Los síntomas más comunes son hematuria, dolor y tumor palpable. El dolor puede ser de uno de estos tres tipos: (1) cólico uretérico debido a obstrucción uretérica o coágulos de sangre que pasan por el ureter, (2) dolor renal debido a distensión uretérica y pélvica, (3) dolor referido debido a la complicación de las estructuras circundantes.

Diagnóstico. Puede palparse el riñón aumentado de volumen y obstruido o, rara vez, el mismo neoplasma. A veces dicha palpación puede hacerse mediante examen rectal o vaginal. Es importante examinar la orina. La hematuria puede ser macroscópica o microscópica. De vez en cuando pueden verse células tumorales. El examen radiológico es siempre necesario para excluir cálculos opacos. La urografía intravenosa puede descubrir defecto de relleno del ureter o una obstrucción del mismo. En los casos tardíos existe pérdida de función del riñón en el lugar afectado. La cistoscopia es muy importante. Puede ser posible ver sangre procedente del ureter afectado o el tumor prolapsado a través del orificio. Debe pasarse un catéter uretérico por el lado sospechoso de no poder hacerse el diagnóstico con cistoscopia solamente. Esto puede provocar hemorragia cuando se tropieza el tumor. Deberá hacerse un cuidadoso urograma retrógrado. Después de llenar la pelvis del riñón con el medio opaco, deberá retirarse el catéter de modo que sólo la punta quede en el interior del ureter. Entonces se administrará una nueva inyección obteniéndose un excelente ureterograma. Los hallazgos diagnósticos importantes son hematuria unilateral, obstrucción uretérica o defecto de relleno.

Pronóstico. En el papiloma simple el pronóstico es bueno si se tiene cuidado de no infectar otros tejidos al hacer la operación. En el carcinoma el pronóstico es muy malo. El tumor se halla de ordinario muy avanzado cuando se va a consultar al médico. Muy pocos casos han sobrevivido más de dos años después de la operación.

Tratamiento. El tratamiento racional es completa ureteronefrectomía. Esto puede realizarse generalmente sin riesgo bajo raquí-anestesia en un sólo tiempo. A veces puede ser necesario conservar el riñón en el lado afectado. Entonces puede ser necesaria una nefrostomía permanente.

Historias clínicas. Caso I. Varón de 25 años; dolor renal en el lado izquierdo por espacio de 15 meses. Hematuria de vez en cuando. Papiloma de ureter diagnosticado mediante urografía intravenosa y cistoscopia. Uréteronefrectomía total practicada en un sólo tiempo. Excelente restablecimiento. En dos años transcurridos desde la operación no ha habido recaída. El examen de la pieza demostró papiloma simple en el tercio inferior del ureter.

Caso II. Varón de 57 años; 8 semanas de hematuria intermitente, frecuente micción, dolor en la fosa ilíaca izquierda y pérdida de peso. Riñón izquierdo aumentado de tamaño, palpable obstrucción del ureter al nivel del borde inferior de la articulación sacro-ilíaca izquierda demostrada por ureterograma retrógrado. Uretero-nefrectomía llevada a cabo en un tiempo. Se vió que el riñón se hallaba completamente sustituido por un carcinoma indiferenciado y que había metástasis en el tercio inferior del ureter. El paciente falleció 4 meses después de la operación a pesar de terapéutica profunda con Rayos X.

Referencias:

- Lebert, (1861), *Anat. Pathol.*, 1, 269; 2, 372.
Rayer, P. F. O., (1841), *Traité des Maladies des Reins*, Paris.

Autores: Hutchison, J. H. Revista Glasgod Medical Journal. Arbrevia-
ción Glasgow med. J. Tomo 19. Páginas 33-42. Fecha febrero, 1942.

REUMATISMO NO ARTICULAR EN EL EJERCITO. SINTOMATOLOGIA, ETIOLOGIA, TRATAMIENTO.

El autor no pretende presentar hechos o cifras nuevos; no obstante, da cuenta clara y concisa de una incapacidad que reclama con frecuencia la atención del Oficial médico militar.

El reumatismo no articular de que se trata, se divide en fibrositis y ciática, correspondiendo a la primera el 77 por ciento de los 60 casos del autor. Al discutir los caracteres clínicos de la fibrositis, el autor mantiene que existen tres signos objetivos predominantes: sensibilidad bien definida, espasmo y formación de nódulo. Para hacer el diagnóstico necesita por lo menos dos de dichos signos. Los síntomas son más vagos y como consisten en dolor y rigidez, dejan campo abierto a los simuladores. La verdadera ciática es una afección menos común pero más seria, y puede diferenciarse del dolor ciático debido a fibrositis, por ausencia o disminución del reflejo maleolar, agotamiento, hipotonía y, de vez en cuando, analgesia.

Al discutir la etiología, el autor admite que cualquier sugestión relacionada con aquella debe ser en la actualidad sólo especulativa. Se dan cinco causas posibles, y más de una pueden hallarse presentes en el mismo caso. En el tratamiento de estos casos, el reposo y la fisioterapia se considera lo más eficaz. El empleo de inyecciones de un anestésico local se discute ampliamente dándose la técnica exacta; el autor cree, sin embargo, que se ha dado demasiada importancia a este método de tratamiento y ha observado que el empleo de dichas inyecciones no elimina la necesidad de la fisioterapia.

Todos sus 60 enfermos con reumatismo no articular se incorporaron de nuevo al servicio, siendo de 20 días el promedio de tiempo en el hospital para los casos de fibrositis y de 39 para la ciática. El autor conviene en que los casos de ciática en su serie fueron leves, y que la afección puede conducir a incapacidad prolongada.

(Resumen adaptado del Bulletin of War Medicine 2, 493, Julio, 1942).