



GUATEMALA, JUNIO DE 1980

PLAN DE TESIS

- 1) ASPECTOS GENERALES
 - a) Epidemiología
 - b) Etiología
 - c) Patología
 - d) Manifestaciones Clínicas
 - e) Metástasis
 - f) Métodos Diagnósticos
 - g) Clasificación
 - h) Tratamiento
- 2) OBJETIVOS
- 3) HIPOTESIS
- 4) MATERIAL Y METODOS
- 5) PRESENTACION DE DATOS
- 6) DISCUSION
- 7) CONCLUSIONES
- 8) RECOMENDACIONES
- 9) BIBLIOGRAFIA

El Cáncer del Uréter tiene una prevalencia variable en todo el mundo.

En países como Bulgaria, Yوغoeslavia y Rumania son más altas las tasas de ocurrencia de Carcinoma de Uréter y Pelvis Renal.⁹ No así en otras latitudes donde la incidencia es muy baja.

Aberhouse en el Bristol Hospital Reistry, en un estudio de 20 años, encontró solamente 54 pacientes con Carcinoma de Uréter considerando la incidencia baja; si se relaciona con el Carcinoma de Vejiga en el que encontró 2,770 casos.⁹

Ford y Ferrier encontraron que en el hospital de -- Afecciones Urológicas que por cada 3,600 admisiones urológicas había un Carcinoma de Uréter.⁹

En Okland en un período de 17 años se reportaron 5 casos de Carcinoma del Uréter.⁹

Con relación al sexo ataca con más recuencia a los hombres, que a la mujer,^{5,6,9,10}

Acerca de la edad se presentan en grupos de edad avanzada, siendo escasos antes de los 30 años. Pero por lo general se encuentran a partir de los 60 a los 80 años; alcanzando una curva ligeramente alta alrededor de los 70 años.^{5,6,7,10}

Los tumores por lo regular se localizan e implantan en el 1/3 inferior del uréter. Varían desde lesiones papilares delgadas, hasta lesiones sésiles ulceradas. Se observa además pequeños focos de hemorragia al desprenderse pequeños gramos del tumor debido a su fragilidad.

Generalmente se localizan solo en un Uréter; pero se han reportado casos en los cuales el ataque es bilateral y corresponde a un 5 a 7% de todos los casos.^{1,4,5,6,9,10}

ETIOLOGIA

Hasta la fecha no se ha podido determinar aún, la causa exacta que produce el cáncer. Permaneciendo esta desconocida e indeterminada en general para todos los cánceres; aplicándose esta también al carcinoma del Uréter.

A continuación se describen varias teorías que se relacionan con carcinoma del Uréter:

Se ha relacionado que la causa del Cáncer del Uréter de la variedad de Células Transicionales ocurre cuando se ha subrido Nefritis Intersticial y Necrosis Papilar Secundario al abuso de la Fenacetina, debido a que la superficie mucosa del uréter, túbulos renales, cálices renales y pelvis renal tienen un origen común que es el "UROTELIO".

Clínicamente la ingestión prolongada de Fenacetina - derivados anilínicos, han sido asociados con un aumento en la incidencia de Cáncer de la Pelvis Renal y Uréter.

Los productos de la hidroxilación de la fenacetina muestran que son negrotóxicos y carcinógenos. Interesantemente su excreción está favorecida por los fumadores de cigarillos.^{7,9}

Scott y Baglan en 1953 produjeron lesiones proliferativas y neoplásicas de la vejiga y uréter en perros por la administración de Beta Neftilamina.⁹

Teorías de Carcinogénesis han demostrado que agentes directos intervienen en la formación de Carcinoma del Uréter y del Urotelio.⁹

Makar en 1948 describió la relación que existe entre Cistostomías y Carcinoma del Uréter y Vejiga.^{8,9}

Es característico también que estos pacientes, sean afectados por desórdenes renales endémicos y crónicos conocidos como "NEFROPATIA DE BALKAN".⁹

PATOLOGIA

En el Carcinoma de Uréter: el 91% de tumores son de Células Transicionales.^{1,8,9}

Aproximadamente el 20% de estos tumores tienen diferenciación glandular; pero acontece que solamente el 8% de estos presentan células carcinomatosas. El Carcinoma Indiferenciado y Adenocarcinoma son relativamente raros constituyendo solamente el 1% de los tumores del tracto urinario alto.

Bloom y asociados reportaron en 1970 una cruda correlación por medio del grado de anaplasia celular e invasión del tumor siendo esta del 100% para tumores G I y de 85% para tumores G III. Tumores mono-invasivos fueron comparados con el 30% de tumores G III y un 8% de tumores G IV.

Las células neoplásicas pueden originarse de células que proliferan y que no se diferencian por lo que se les conoce con el nombre de Células Anaplásticas. Originándose a consecuencia de varios factores ó estímulos entre los que figuran: físicos, químicos y virales.

Pudiendo permanecer estas células inactivas durante períodos variables de tiempo que van desde meses hasta muchos años; regresando ó desapareciendo algunas de ellas por el tratamiento con hormonas y quimioterapia.

La invasión es esencial y característica particular de los tumores malignos y una estapa preliminar de las metástasis. Estas son más frecuentes en estructuras cubiertas de epitelio como es el Uréter.^{1,4,5,9}

Los tumores del Uréter se dividen en: Primarios y Secundarios; estando los primarios divididos en:

- a) Tumores Epiteliales: son los más comunes.
- b) Tumores Mesódermicos: que son sumamente raros.

Dentro de los tumores epiteliales el más común es el Tumor Epitelial de Células Transicionales y entre los tumores mesódermicos el Leiomirosarcoma es el menos frecuente; del cual solo se encuentra un caso reportado por Aberhouse en 1959.⁹

En exámenes microscópicos el Carcinoma de Células Transicionales G I a G IV se basan en los criterios establecidos por Burders en 1922 y Friedman y Ash en 1952.

El Carcinoma Papilar de Células Transicionales representa la mayoría de Carcinomas de Células Transicionales. Los carcinomas papilares pueden ser distinguidos de los papilomas por un patrón celular de estratificación irregular y centros de polarización.

Los tumores ureterales pueden ser descritos también por múltiples secciones del lumen ureteral y por una adecuada descripción de la invasión; estos estados se basan en las modificaciones de los Criterios de Lewet'S en 1963 siendo similares a los usados para tumores de la Pelvis Renal.

METASTASIS

Cuando las neoplasias son sumamente avanzadas suelen producir metástasis a distancia, por medio de la vía hematogena ó de la corriente linfática. Aberhouse considera la teoría de la extensión hematogena pues en algunos casos se ha presentado ataque del riñon contralateral.³

En los casos con metástasis generalizadas la dissemination hematogena es probable. El sistema linfático también ha sido implicado.^{3,11}

Los sitios donde por lo general se encuentran metástasis son: tejidos perirenales, vejiga, ganglios linfáticos regionales y aórticos; pudiéndose encontrar también en el hígado, pulmones y médula ósea.^{1,4,5,6,9}

Se difunden por los canales linfáticos para dar metástasis a distancia ó cercanas al uréter; difundiéndose estos en forma directa.^{3,9,5,11}

Se pueden encontrar también tumores metastásicos al uréter de carcinomas primarios en: mama, colon y recto, próstata, cervix. Siendo estos sumamente raros; ya que solamente existen 151 casos reportados. Stow en 1909 reportó el primer caso documentado de enfermedad metastásica del uréter. En el año de 1939 Pressman y Eharlich agruparon 35 nuevos casos a la literatura mundial.⁹

En el año de 1978 Richie y asociados listaron los más frecuentes sitios de tumores primarios que luego invadieron al uréter; siendo los sitios en orden de frecuencia: mama, colon y recto, cervix, próstata, vejiga linfomas retroperitoneales y tumores mixtos. Habiendo encontrado la predilección de implantarse en el 1/3 inferior del uréter.

Aunque en el año de 1841 el patólogo francés Rayer - se acreditó la primera descripción de Carcinoma Primario del Uréter.

MANIFESTACIONES CLINICAS

La mayoría de pacientes experimentan hematuria macrocótica e indolora; esta corresponde aproximadamente al 74% de todos los pacientes, dolor en flancos, disuria, masa abdominal palpable que es la menos asociada a los síntomas, hay además anemia debido a la pérdida sanguínea. Estos síntomas por lo regular son similares a los que ocurren en el Carcinoma de Pelvis Renal con la excepción de los síntomas irritativos.^{1,4,5,6,9}

La disuria se encuentra con frecuencia en el 50% de los pacientes con tumores ureterales.⁹

Estos tumores no alcanzan nunca grandes volúmenes ya que se manifiestan tempranamente. La causa de la hematuria es la fragilidad de dichas neoplasias. Se puede presentar también la obstrucción en casi el 50% de los pacientes; esto es debido a dos mecanismos los cuales son:

- 1) Formación de Masa Intraureteral
- 2) Invasión y Engrosamiento de la Pared.

En los tumores ureterales metástasicos por lo regular no existen síntomas urinarios. Ya que estudios efectuados por Grabstald y Kauferman en 1969 en 24 pacientes encontraron únicamente hidronefrosis; siendo el tumor primario en mama.

Aunque en estos tumores ocasionalmente puede presentarse uremia terminal debido a la ureteritis por la compresión e involucramiento del uréter y los túbulos renales.^{1,9}

En tumores mesodermicos el síntoma predominante es el dolor intermitente en flancos. Acompañado también de hematuria, disuria y obstrucción ureteral.

METODOS DIAGNOSTICOS

Para efectuar el diagnóstico temprano del cáncer es necesario, educar a la población ya que este depende; de la edad, signos y síntomas. El método más usado para descubrir el cáncer; es la biopsia insicial ó excisional dado a lo fácil y simple del procedimiento.5

Otros métodos diagnósticos empleados para efectuar el diagnóstico pre-operatorio en tumores retroperitoneales son: la arteriografía selectiva, tomografía y compresión abdominal así como el uso de mejores medios de contraste.5,9

Los métodos más usados para investigar y descubrir el Carcinoma del Uréter son las siguientes:

1. EXAMEN DE ORINA:

En el cual al efectuar el exámen de rutina se pueden encontrar: eritrocitos y cálculos ureterales.

2. CITOLOGIA DE ORINA:

Esta investiga células neoplásicas en la orina. Cuñen en 1972 con el uso de preparaciones filtradas reportó evidencia citológica en 80% de pacientes con tumores de la Pelvis Renal ó del Uréter.9

Características de la citología nuclear indican grado histológico del tumor, pero no una directa correlación del grado citológico e invasión.9

Eriksson y Johansson en 1976 estudiaron 43 pacientes con neoplasias del tracto urinario alto, obteniendo evidencia citológica en dos de cinco pacientes con tumores invasivos G II y en 17 de 24 pacientes con tumores invasivos G II y G IV.⁹

3. PIELOGRAMA:

Llamado también Urograma Retrógrado; es considerado el primer paso en la evaluación diagnóstica de pacientes con hematuria.

Además Aberhouse en 1956 opinó que de los métodos diagnósticos más pequeños y sencillos el pielograma es de un valor incalculable en el diagnóstico del Carcinoma del Uréter.^{8,9}

Almarg en 1973; reporta normalidades ureterales descubiertas por pielogramas intravenosos en 41 pacientes con tumores ureterales en quienes no se había efectuado Negrectomía previa.⁹

La apariencia radiográfica de la lesión ureteral es de dos tipos:

- 1) Lesión Intramural
- 2) Lesión Difusa Generalmente Obstructiva.

La característica de la lesión intramural es la dilatación y crecimiento del uréter. Se pueden observar también defectos de llenado.⁹

El "SIGNO DE BERGMAN" es considerado como patognomónico de los tumores ureterales y consiste en la tendencia

del cáteter ureteral de enrollarse en el espacio dilatado abajo del tumor ureteral.⁹

No siempre los defectos de llenado son signos de tumores ureterales; ya que entre los diagnósticos diferenciales se encuentran: cálculos no opacos, ureteritis crónica y cística, metástasis de pelvis renal ó tumores de vejiga.⁹

En relación al carcinoma primario del uréter los diagnósticos diferenciales incluyen: varicositis del uréter, ureteritis no específica, fibrosis periureteral, uretritis cística, endometriosis y extensión de un carcinoma extrarena dentro del uréter.

Se ha demostrado que en lesiones estrictas del uréter y en el llenado defectuoso sin signos patognomónicos asociados, las neoplasias ureterales son indistinguibles de: cálculos radiolucentes, inflamaciones ureterales ó neoplasias extrínsecas.

El pielograma anterógrado como el desarrollado por Casey y Godwin en 1955 sirve no sólo para delinear los segmentos superiores del uréter sino también para obtener material para exámenes citológicos.⁹

Otro instrumento que se emplea como método adicional de diagnóstico es el Angiograma Selectivo Ureteral para evaluar lesiones estrictamente confinadas al uréter.⁹ En la cual se detecta el patrón vascular del Carcinoma primario del Uréter; pero hay algunas lesiones que presentan la misma apariencia de este patrón vascular y fácilmente son confundidas con el Carcinoma Primario; siendo estas: endometrioides, hemangiomas, hemangiosarcomas y tumores metastásicos.

4. CISTOSCOPIA:

Esta descubre el sangrado del Uréter afectado, así como se pueden identificar los tumores satélites.⁷

CLASIFICACION

Las características histológicas del tumor son bastante regulares; siendo en los tumores bien diferenciados casi idénticos a la mucosa ureteral normal. Pero cuando las lesiones progresan hacia las formas más indiferenciadas y de un grado más alto de malignidad, tienden a que el epitelio de transición se vuelva más anaplástico perdiendo su estructura estratificada; variando además el tamaño y forma de sus células, presentando muchas de estas imágenes mitóticas.

Los tipos histológicos más frecuentes son:

1. Carcinoma de Células Transicionales
2. Carcinoma Epidermoide
3. Carcinoma Escamoso Estratificado

La clasificación que a continuación se describe se basa en los criterios de Lewett'S:

ESTADIO 0:

Carcinoma limitado estrictamente a la mucosa

ESTADIO A:

Los tumores han invadido la lámina propia pero no han progresado a la muscular.

ESTADIO B:

Los tumores han invadido la muscular y están confinados a esta.

ESTADIO C:

Los tumores han invadido la adventicia y producen mtastasis a distancia.

Muchos de estos tumores son intraepiteliales (*insitu*), lesiones que son detectables únicamente por microscopio.

Hewiy en 1972 demostró que sólo el 50% de los pacientes presentan lesiones múltiples y que la mitad de estos son insospechados.^{1,4,9}

TRATAMIENTO

El tratamiento de elección para el Carcinoma del Uréter es el tratamiento quirúrgico. Pudiendo emplearse también la Radioterapia que se usa en los casos inoperables ó como un tratamiento paliativo en los casos resueltos -- por medios quirúrgicos.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

La Nefroureterectomía Radical que incluye el corte de una porción de vejiga ha sido considerado tradicionalmente el tratamiento de elección para el Carcinoma de Células Transicionales del Uréter.

Esta se emplea si el riñon y uréter contralaterales son funcionantes y la lesión es resecable.^{6,9}

La técnica quirúrgica de Nefroureterectomía con remoción de un segmento de vejiga debería consistir en una remoción en bloque del riñon, uréter completo, vejiga y linfáticos circundantes.⁹

Boyarski en 1975 describió un procedimiento quirúrgico que emplea dos incisiones separadas. Una en el flanco y otra en la línea media ó línea paramediana.

En adición la exposición para una linfadenectomía en conjunción con el procedimiento radical es limitada por la técnica de las dos incisiones.

Richie prefiere la técnica quirúrgica que emplea una insición; con el paciente colocado en posición de medio lado y la mesa doblada, como se usa para una Linfadenectomía Radical Retroperitoneal en la extirpación de tumores testiculares.

El aspecto distal de la insición es continuada como una insición paramediana hacia abajo de la sínfisis del pubis; lo que permite una adecuada exposición para remover el uréter distal y un segmento de vejiga. La envoltura peritoneal es removida completamente a través de la línea media, permitiendo así, la exposición del curso completo del uréter para ser resecado y efectuar la linfoadenectomía. Al efectuar este acercamiento las desventajas de la técnica que emplea las dos insiciones son eliminadas.

Es conocido que la mitad de todos los casos de tumores ureterales invaden la capa muscular y tienen implicaciones linfáticas; esta gran insidencia de ambas lesiones patentes hacen que la remoción del segmento ureteral completo sea preferible a la ureterectomía parcial; para efectuar una adecuada remoción del tumor.

Se ha demostrado la persistencia del tumor en el riñon ureteral de más o menos 30% de pacientes que se les efectuó Nefrectomía y Ureterectomía parcial (Strong y Pearse; 1976.9,11

Batata y Grabstald en 1976 reportaron cinco años de sobrevida en 24 pacientes con tumores en estadio B y uno de seis pacientes con tumores en Estadio C quienes fueron tratados por Nefroureterectomía radical.9

Ahora bien conservar el riñon ha sido un procedimiento usado en el tratamiento del carcinoma de uréter desde el año de 1903 por Albaran en 1932 y Vest en 1945.9

Tomando en cuenta el método usado por ellos; los investigadores: Colston y Arcadi 1955; Harvard y Evans 1963; Carroll 1965 y Pethovic 1972; al estudiar y trabajar en áreas geográficas con gran incidencia de negritis endémica con la subsecuente insuficiencia renal y neoplasias --

ureterales ó de la pelvis renal; han defendido el conservamiento del riñon en este grupo de pacientes; en los cuales el tratamiento adecuado sería:

1. Excisión local del tumor
2. Excisión local con reinplantación ureteral
3. Reemplazo del uréter con un pequeño segmento ileal
4. Resección con autotransplante renal.

Para evitar el riesgo de un carcinoma racidivante en las excisiones locales del tumor; es indicado incluir la resección de más de un centímetro al final del tumor; así como se debe emplear la técnica de biopsia congelada para descartar la presencia ó indicios de carcinoma in-situ de los márgenes libres del tumor.3,9,11

El riñon conservado debe mostrarse libre del tumor y tener un funcionamiento adecuado para justificar el riesgo de dejarlo funcionante.1,9

Ya que el uréter ha sido reemplazado por un segmento ileal; la negroskopía deberá practicarse para asegurar la ausencia de placas aterciopeladas que son características del carcinoma in-situ ó bien para descartar la presencia insospechada de otros tumores pélvicos uroteliales.9

Gibson en 1972 argumentó que el empleo del tratamiento quirúrgico conservador para los tumores ureterales de alto y bajo grado de malignidad, como es la excisión local se debe a que ésta puede ser curativa para estos tumores; ya que él estudió tres pacientes en quienes se efectuó excisión local del tumor siendo éste de bajo grado de malignidad; y estos pacientes tuvieron un promedio de so-

brevida, de 8 años después de la operación.

Se refiere también a que en pacientes con un solo riñon en quienes la función renal se encuentra levemente obstruida con lesiones bilaterales ó negropatías endémicas; la conservación del riñon es esencial y el tratamiento de elección deberá ser la ureterectomía con reimplantación ileal.⁹

Aunque el mejor tratamiento es aquel que permita a los pacientes un período largo de sobrevida y libres del tumor; se debe llevar en mente también que el urotelio se extiende desde los túbulos ranales hasta la uretra; por lo que se debe considerar la Nefrourecterotomía radical como el tratamiento de elección.^{4,9}

Se ha encontrado que la incidencia de recurrencia de tumores ureterales de Células Transicionales es significativamente alta cuando se ha empleado como tratamiento la Nefrourecterectomía incompleta.^{9,3}

El clásico trabajo de Kimball y Ferris describe 74 pacientes con carcinoma de ureter en los cuales se encontró recurrencia en el 58%, de 25 pacientes quienes tenían nefrourecterectomía sin remoción del uréter intramural, 68% presentaron tumores recurrentes.^{9,11}

Para evitar esta recurrencia los autores recomiendan la Nefrourecterectomía con remoción del uréter intramural y segunda incisión.⁹

La Nefrourecterotomía completa elimina la recurrencia del tumor en el muñón ureteral.

Hower, Bloom y asociados notaron tumores recidivantes en el muñón ureteral en cuatro de diez pacientes con carcinoma primario de uréter en quienes se había practicado Nefrectomía y ureterectomía parcial.

Aberhouse reporta una tasa de 12% de recurrencia y Newman y asociados reportan una tasa del 20%.^{9,11}

RADIOTERAPIA:

No se ha demostrado aún el control que ejerce ésta sobre el tumor residual ó la enfermedad no resecable.

Brady y colaboradores en 1969 reportaron seis casos de pacientes tratados con radioterapia post-operatoria, de los cuales todos los pacientes vivieron un año libres del tumor y solamente tres lograron una sobrevida de cinco años libres del tumor.

Batata y asociados en 1975 recomendaron el uso de radiación post-operatoria en tumores en estadio B, C ó D -- con una dosis total de 6000 rads.

Aunque otros autores han cuestionado el uso de la radioterapia en el manejo del carcinoma de uréter.

Scott en 1943 y Bergman en 1969 recomendaron el uso de terapia radioactiva únicamente en los enfermos con síntomas de enfermedad metastásica.⁹

Almargad 1973 cree que la dificultad para establecer un diagnóstico exacto y el estadio exacto del tumor; es el mayor disuasivo del uso del tratamiento pre-operatorio.

Así como el gran potencial de las complicaciones abdominales con el uso de la radioterapia es grande.⁹

Ahora bien el uso de la terapia radioactiva post-operatoria es la lógica combinación terapéutica en tumores de alto grado de malignidad e invasión y la extensión de tumores a la vejiga.

QUIMIOTERAPIA:

Del uso de esta modalidad de tratamiento sólo se encuentran reportes esporádicos en el manejo de tumores ureterales; pero no indican ningún beneficio en los pacientes por los resultados obtenidos.

Batata en 1975 reportó un paciente quien recibió quimioterapia post-operatoria con Actinomicina D y otro paciente quien recibió irrigaciones de tiofosfamida en vejiga y uréter; ambos pacientes murieron a los dos años.^{2,9}

Por lo que esta modalidad de tratamiento no es recomendada para el tratamiento y manejo de los pacientes con carcinoma de uréter.

OBJETIVOS

1. Determinar insidencia y prevalencia de Carcinoma de Uréter en la población que se atiende en los servicios de salud.
2. Conocer grupo etáreo y sexo más afectado.
3. Efectuar revisión del diagnóstico y tratamiento del carcinoma de uréter.
4. Detectar tipo histológico más frecuente de cáncer en los uréteres.

HIPOTESIS.

1. "La insidencia de Carcinoma de Uréter en guatemala es alta".
2. El Carcinoma de Uréter afecta tanto a hombres como a mujeres en igual manera".

MATERIAL Y MÉTODO

El material de estudio fueron: "Todos los pacientes - que consultaron a los Servicios de Salud y a los cuales se les efectuó biopsias ó intervenciones quirúrgicas de las - cuales fueron enviados especímenes a patología".

En el período del 10. de Enero de 1960 a el 31 de Diciembre de 1979. Revisándose los protocolos de biopsias - de los cuatro departamentos de Patología existentes en los Servicios de Salud de Guatemala. De los casos detectados los casos de Cáncer de Uréter. Se revisaron los registros clínicos que existían en los archivos de los hospitales -- donde se realizaron el estudio encontrando deficiencias para la obtención total de los mismos.

PRESENTACION DE CASOS

CASO No 1

DG: P. A. pte. masculino de 48a. soltero, alfabeto ladino, empacador, originario y residente de esta capital.

M. C

Masa hemiabdomen de 2 meses de -- evolución.

DATOS CLINICOS

Diarrea frecuente, ardor en flanco izquierdo, polaquiuria y chorro débil.

LABORATORIO

Exámen de orina se reportó po-
sitivo para Infección.

PIELOGRAMA

Leve obstrucción y dificul-
tad para el paso del medio
de contraste.

CASO No 2

DG: E. B. Pte. femenino de 57a. casada, alfabeto ladina, oficios domésticos, ori-ginaria y residente de - esta capital.

Dolor y Piuria - de 3 meses de e-volución.

Hematuria, disuria, dolor en flancos y anorexia.

Exámen de orina se reportó po-
sitivo para Infección.

Defectos de llenado y obs-trucción.

CASO No 3

DG: J. C. Pte. masculino - de 64a. casado, alfabeto, ladino, pirotecnista, ori-ginario y residente de es-ta capital.

Hematuria de 3 - meses de evolu-ción.

Hematuria, dolor -- pélvico y en flan-cos, pérdida de pe-so, chorro débil y sin fuerza.

Exámen de orina se reportó po-
sitivo para Infección.

Masa en uréter derecho y - obstrucción leve.

CASO No 4

DG: V.O. Pte. femenina de 52a. soltera, alfabeto, indígena, oficios domésticos, originaria y residente de esta capital.

Hematuria y masa en hipogastrio - de 2 meses de e-volución.

Disuria, hematuria y dolor pélvico.

Exámen de orina se reportó po-
sitivo para Infección - Urinaria.

METODOS DIAGNOSTICOS

CISTOSCOPIA

Efectuada para extraer muestra

No se practico.

Se encontró masa en el 1/3 inferior del uréter y se tomó biopsia.

Masa en uréter y leve hemorragia, se extrae biopsia.

DX. HISTOLOG.

Carcinoma Transicional Pa
pilar del Uréter.

Carcinoma Transicional Pa
pilar del Uréter G II.

Carcinoma Transicional --
del Uréter.

Carcinoma Transicional --
del Uréter.

METASTASIS

No tenían a su ingre
so.

No presentó al ingre
so.

No presentó al ingre
so.

No presentó a su in--
greso.

TRATAMIENTO

Qx.: Negrectomía Ure
terectomía Cis-
tostomía Parcial.
Rd.: No se aplicó --
por ser caso --
terminal.

Qx: Ureterectomía -
der.

RD: -----

Qx: Resección y Ful
guración del tu
mor.

Rd: Telecobalto 60
dosis de 6000 -
rads total. Usó
como Tx. pali-
tivo.

Qx: Ureterectomía -
der.

EVOLUCION
Presencia de metástasis a vejiga y pelvis y currencia del tumor cual fue comprobado Ureterocistoscopia año después del 1er.

Recurrencia del tumor los 2 años de efectuado el diagnóstico en el riñón ureteral Caso terminal.

Pte. que presentó metastasis a la vejiga 6 meses después del diagnóstico Considerado caso Terminal.

Recidiva del tumor con metastasis a vejiga al del diagnóstico inici

PRESENTACION DE DATOS

En el presente estudio de Cáncer de Uréter, se encontraron un total de siete casos por estudios de patología. Se hace revisión de historiales clínicos encontrándose solamente cuatro, los cuales se presentan a continuación, - no haciéndolos en su totalidad debido a las condiciones deficientes de los archivos de los Servicios de Salud.

TABLA # 1
CANCER DE URETER
ESTUDIO DE 7 CASOS

SEXO

SEXO	No CASOS	%
MASCULINO	3	45
FEMENINO	4	55
TOTAL	7	100

ANALISIS:

Como se puede observar en la tabla # 1 el 55% de la serie estudiada pertenece al sexo femenino y un 45% era del sexo masculino.

TABLA # 2

CANCER DE URETER

ESTUDIO DE 7 CASOS

EDAD

EDAD	No CASOS	%
-20	1	14.28
21-29	0	--
30-39	0	--
40-49	2	28.57
50-59	2	28.57
60-69	1	14.28
70-79	1	14.28
80-	0	--
TOTAL	7	100.0

ANALISIS:

Observamos que la edad donde se encontraron más casos corresponde a las décadas de los 40 a los 60 años aunque también observamos que se puede presentar antes de la primera década de la vida.

DISCUSION DEL TRABAJO

En nuestro estudio encontramos que respecto al sexo de las personas afectadas, en nuestro país es afectado en igual forma el masculino y femenino, no asemejándose a otras latitudes donde el sexo más afectado es el masculino.

Sobre la edad de pacientes afectados observamos que se puede presentar después de la primera década, siendo más frecuente a partir de la cuarta a la sexta década; dis crepando igualmente con la incidencia en otras latitudes en que se presenta a partir de la sexta década; siendo más frecuente en la séptima década.

En lo referente a la sintomatología observada; esta si es igual a la observada en otros estudios y latitudes, ya que los pacientes de los cuales se revisaron los histó riales clínicos presentaron: hematuria, dolor y disuria -- como síntomas principales acompañándose únicamente de otros síntomas como son: anorexia y pérdida de peso.

Los métodos diagnósticos empleados con más frecuencia en el diagnóstico de nuestra serie de estudio comprende el pielograma y la cistoscopia, los cuales fueron positivos - en los cuatro pacientes.

Sobre el tratamiento aplicado fueron la Nefrectomía y Ureterectomía parcial, Ureterectomía, Resección y Fulgura ción del tumor, no encontrándose en ninguno de los pacien tes el tratamiento de elección que citan en la literatura Mundial.

La Radioterapia fue empleada como tratamiento paliati vo únicamente en un paciente.

La evolución de los pacientes en esta serie de estu dio no fue satisfactoria ya que los cuatro pacientes pre-

entaron recidivas y metástasis del tumor poco tiempo después de haber practicado el diagnóstico; no corresponden a esta al pronóstico y evolución de los pacientes de otras latitudes.

CONCLUSIONES

1. La incidencia de Cáncer de Uréter es bajo en los Servicios Nacionales de Salud con ello rechazamos la primera hipótesis.
2. El Cáncer de Uréter se registra en igual proporción con relación al sexo. Comprobándose la segunda hipótesis.
3. Los síntomas encontrados con más frecuencia en todos los pacientes fueron hematuria y dolor pélvico ó en flancos.
4. El tiempo que transcurrió entre los primeros síntomas y la primera consulta fué de 2.5 meses, lo cual hace más difícil su tratamiento y da un pronóstico malo.
5. El Pielograma y Cistoscopía son los más importantes métodos diagnósticos en el Carcinoma de Uréter.
6. El tipo histológico encontrado únicamente fué el Carcinoma de Células Transicionales.
7. El tratamiento aplicado fue paliativo y no curativo lo que indica deficiencia en el diagnóstico temprano del Ca. del Uréter.
8. Debido al tratamiento aplicado los pacientes regresaron por recidivas del tumor que van de 6 meses a 2 años.
9. Complicación más frecuente post-operatoria fueron las metástasis del tumor.
10. Los archivos de Registros Médicos de los Servicios Nacionales de Salud son deficientes ya que no se

contraron las papeletas que se esperaban.

RECOMENDACIONES

- 1) Mejorar la organización de los archivos de Registros Médicos de los Servicios de Salud.
- 2) Tratar de evaluar más detenidamente a los pacientes que consultan en los servicios de salud por hematuria y dolor.
- 3) Evaluar desde un principio si los pacientes con un diagnóstico de Ca. de Uréter presentan metástasis tempranas del tumor.
- 4) Tratar de ofrecer un tratamiento tanto curativo como paliativo a estos pacientes.
- 5) Tomar conciencia de que el problema de Cáncer en nuestro medio no es bien conocido.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Ackerman L. Vaand J. A. del Regato
"Ureteral Tumors", en su Cancer Diagnosis, Treatment and Prognosis. The C. V Mosby Co. Fourth Edition, - St. Louis 1970
- 2) Arduino Lino
"Quimioterapia Urológica", en Goeroge T Mellinger Clínicas Quirúrgicas de Norte América, Cirugía Urológica: Editorial Interamericana Dicembre 1965 pag: 13 -1356
- 3) Bissada K Nabil
"Ureteral Stump Metastases from Renal Adenocarcinoma", The Journal of Urology, Vol 213, No. 8 (August 1977)
pag: 327-328
- 4) Belt Elmer
"Tumors of the Ureter", en John B Field Cancer Diagnosis and Treatment, Little Brown and Company. Boston Toronto 1959. pag: 313-321
- 5) Castro Federico
"Cáncer Genito Urinario", en su Oncología Clínica, - Editorial Hospital San Juan de Dios 1977. pag:
- 6) Grayhack T John
"Aparato Urinario", en David Stanley Sabiston, Tratado de Patología Quirúrgica, Traducido por Dr. Alberto Foch y Dr. Roberto Folch: Editorial Interamericano - México 1976. Tomo II pag: 1443-1482
- 7) Krup Marcus
"Tumores del Uréter", en su Diagnóstico y Tratamiento: Editorial El Manual Moderno, México 1977 pag: 618-619

- 8) Lunker G Donald
"Carcinoma In-Situ de Ureter", en Year Book of Cancer
Year Book Medical Publishers. Chicago. London 1977
pag: 141-143.
- 9) Richie P Jerome
"Management of Ureteral Tumors", en Skinner G Donald:
Genitourinary Cancer: W. B Saunders Company Philadelphia. Londo. Toronto, 1978 pag: 150-163
- 10) Robbins Stanley
"Vías Urinarias Bajas", en su Patología Estructural y Funcional. Traducida por: Dr. Alberto Foch y Dr. - Homero Vela Treviño, México: Editorial Interamericana S. A. México 1976. pag: 1108-1128
- 11) Strong W David
"Recurrent Urothelial Tumors Following Surgery for -- Transicional Cell Carcinoma of the Upper Urinary -- Tract", Cancer, Vol 38 No. 5 (november 1976) pag: 2178-2184.

Br. Mario Angel Vasquez S.

Dr. Pedro Garcia Rinto

Asesor

Hector Alfredo Castro
Hector Alfredo Castro
Revisor.

Dr. Hector Alfredo Wuila
Director de Fase III

Dr. Ramón A. Castillo
Secretario

Vo. Bo.
Ramón A. Castillo
Decano.