

# NEFROURETERECTOMÍA Y CISTOPROSTATECTOMÍA RADICAL CON CONDUCTO ILEAL.

1. Dr. Heriberto Castañeda Sánchez.
1. Dr. Justino Lopezchente Casado.
2. Dra. Zulema Guadalupe Avechuco Carrillo.
2. Dr. Alberto Blas Reina.
3. Dr. José Albérico Solis Rodriguez.
3. Dr. Favio Salinas González.
- 4 Dr. Jesús Delgadillo Vázquez.
5. Dr. Carlos Armando Leos Acosta.
5. Dr. Juan Arriaga Aguilar
6. Dr. Roberto Antonio García Vásquez.

## RESUMEN

Los tumores de las vías urinarias superiores se pueden definir como todo crecimiento neoplásico que afecta el revestimiento de las vías urinarias, desde los cálices hasta la porción inferior del uretero<sup>(1)</sup>.

Son relativamente poco comunes y siempre existe cierto porcentaje de posibilidad de que estos tumores puedan invadir la vejiga.

Este artículo trata del reporte de un caso y revisión de la literatura de un paciente con tumor urotelial izquierdo, con tumoración vesical subsecuente a quien se le realizó nefroureterectomía y cistopostatectomía radical con conducto ileal.

## ABSTRACT

Neoplasm of the upper urinary tract can be defined as every neoplastic growth involving the lining of the urinary tract from the calyces to the distal ureter. This is a rare entity that can affect the bladder subsecuently.

This article is a case report and literature revision about one patient with a neoplasm of the upper urinary tract with subsecuente bladder cancer with a Nephroureterectomy and radical cystoprostatectomy with ileal conduit as surgical treatment.

Los tumores de las vías urinarias superiores se pueden definir como todo crecimiento neoplásico que afecta el revestimiento de las vías urinarias, desde los cálices hasta la porción inferior del uretero<sup>(1)</sup>.

Son relativamente poco comunes y representan del 5 al 7% de todos los tumores renales y 5 % de todos los tumores uroteliales.<sup>(1)</sup>

El hábito tabáquico parece ser el más importante de los factores de riesgo. Se incluyen además el abuso de analgésicos, incluyendo a la fenacetina como el más implicado en esta etiología<sup>(1)</sup>.

Los tumores uroteliales ocurren más a menudo en el uréter inferior (70%) que en el superior y el medio (5%)<sup>(1)</sup>.

Los pacientes con tumores de las vías urinarias superiores corren el riesgo de desarrollar cáncer vesical, con una incidencia estimada entre el 15 y 70%, por lo que está indicado realizar control vesical sistemático con cistoscopia<sup>(1)</sup>.

Las teorías de la patogénesis de los tumores vesicales posterior a la aparición de neoplasias en el tracto urinario superior incluyen la siembra "corriente abajo" y mayor tiempo de exposición de carcinógenos en la vejiga<sup>(1)</sup>.

1. Residentes de cuarto año de Urología HGE Sonora.
2. Residentes de tercer año de Urología HGE Sonora.
3. Residentes de segundo año de Urología HGE Sonora.
4. Médico Adscrito del Servicio de Urología HGE . Fellow de Endourología .
5. Médico Adscrito del Servicio de Urología HGE.
6. Jefe de Servicio Urología HGE.

Este tipo de tumores se asocian con un mal pronóstico; varios estudios sugieren que los tumores de la pelvis renal poseen mejor pronóstico que los ureterales<sup>(1)</sup>.

La gran mayoría de estos tumores son cánceres transicionales (90%), así como de células escamosas (0.7% al 7%) y adenocarcinomas (menos del 1%), siendo de 55 a 75% tumores de bajo grado<sup>(1)</sup>.

En la actualidad, el estadio es el factor más importante como pronóstico de supervivencia en pacientes con tumores uroteliales de las vías superiores<sup>(1)</sup>.

La urografía excretora intravenosa ha sido el medio tradicional para el diagnóstico de las lesiones de las vías superiores, aunque en la actualidad es creciente el uso de tomografías, con una sensibilidad del 100 % y especificidad del 60% para este último método de imagen<sup>(1)</sup>.

La citología urinaria tiene una sensibilidad de 20 % para tumores de grado I y 45 a 75% tumores de grado II y grado III.

La estadificación de estas neoplasias se realiza en base a la clasificación de TNM.

## CLASIFICACION DE TNM

<b>Tx</b>	No se puede evaluar
<b>T0</b>	No hay evidencia
<b>Tis</b>	Carcinoma in situ
<b>Ta</b>	Carcinoma papilar no invasivo
<b>T1</b>	Tumor que invade el tejido conjuntivo subepitelial
<b>T2</b>	Tumor que invade la capa muscular
<b>T3</b>	<b>Pelvis renal:</b> Tumor que atraviesa la capa muscular invadiendo la grasa peripelvica o el parénquima renal <b>Uréter:</b> Tumor que atraviesa la capa muscular invadiendo la grasa periureteral.
<b>T4</b>	Tumor que invade los órganos adyacentes o la grasa perirrenal a través del riñón.
<b>Nx</b>	No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales
<b>N0</b>	No se demuestran metástasis ganglionares regionales
<b>N1</b>	Metástasis en un único ganglio linfático, de diámetro máximo menor o igual a 2 cm.
<b>N2</b>	Metástasis en un único ganglio linfático, de diámetro máximo mayor de 2 cm pero menor o igual a 5 cm o en varios ganglios linfáticos, ninguno de ellos mayor de 5 cm de diámetro máximo.
<b>N3</b>	Metástasis en un ganglio linfático de diámetro máximo de 5 cm.
<b>Mx</b>	No se puede evaluar metástasis.
<b>M0</b>	No metástasis a distancia.
<b>M1</b>	Metástasis a distancia.

El tratamiento es quirúrgico, con nefroureterectomía radical con resección de un manguito vesical<sup>(1)</sup>. Se reserva la ureterectomía segmentaria con uretero-ureterotomía o reimplantación vesical en tumores no invasores de grado I o de grado II del uréter proximal, ya que son demasiado grandes para el tratamiento endoscópico<sup>(1)</sup>.

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 56 años de edad, jornalero, con antecedente de tabaquismo intenso por aproximadamente 30 años a razón de una cajetilla diaria; cirugía no especificada de tibia, rótula y peroné derecho por trauma automovilístico, seis años previos a su consulta como los más importantes.

Enviado a Consulta Externa de Urología por cuadro clínico de hematuria macroscópica total con coágulos de tres meses de evolución, aparentemente intermitente con un periodo máximo de duración de aproximadamente 10 días, por lo que requirió colocación de sonda transuretral sin haberse acompañado de síntomas obstructivos ni irritativos urinarios previos.

Se presenta en consulta con ultrasonido renal en el cual se aprecia riñón izquierdo con masa sólida ocupativa a nivel de su pelvis renal, generando moderada ectasia; además de lesión sólida intravesical de base amplia y vascularidad al rastreo doppler, sugestiva de actividad neoplásica. La vía urinaria derecha indemne.

Además, con urograma excretor en el cual se aprecia sistema colector izquierdo con cálices abombados y aparente defecto de llenado a nivel de su pelvícula renal izquierda sin más alteraciones.

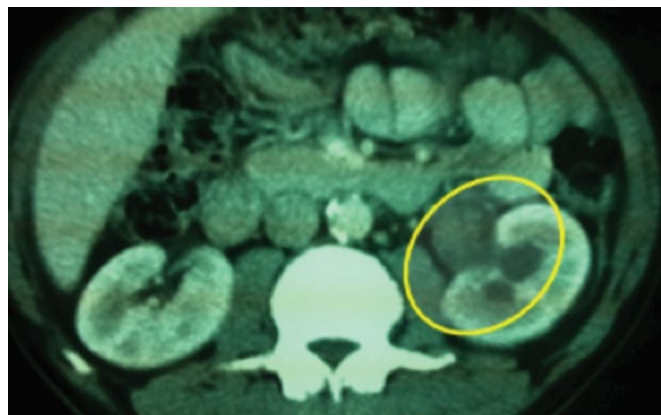


Urograma excretor que muestra dilatación de cavidades intrarenales y defecto de llenado en pelvícula renal izquierda



Acercamiento de imagen previa en la cual se aprecia con mayor detalle el defecto de llenado de la pelvícula renal izquierda

Se decide su ingreso con el propósito de realizar resección transuretral vesical (RTUV), además de tomografía abdominopélvica con contraste, en la cual se documenta lesión sólida que refuerza posteriormente la administración de medio de contraste de aproximadamente 2x5 cm en tercio proximal del uréter izquierdo.



TAC contrastada en la cual se aprecia riñón izquierdo con dilatación de su pelvícula, además de defecto de llenado dentro de la misma

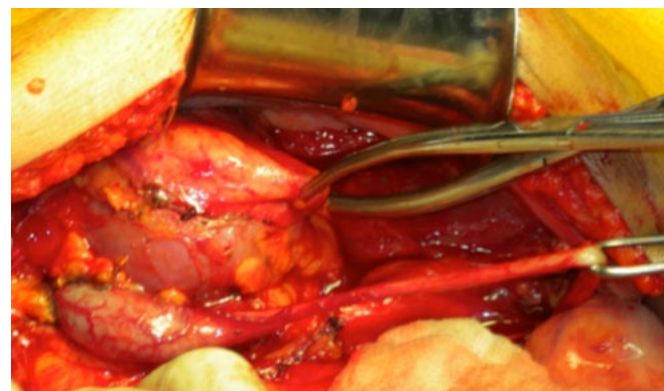
A su ingreso con: Hb de 10.6 HTO 33 TP 14 TPT 26 Plaquetas 401 000 Glucosa 89 Urea 26 Cr 1.03 Hemotipo A positivo.

Se realiza RTUV sin complicaciones encontrando zonas de eritema y cambios inflamatorios, así como lesiones pediculadas menores de 1 cm en la pared posterior de la vejiga, desde su sección media hasta el domo de la misma, las cuales fueron reseadas y enviadas para su estudio histopatológico.

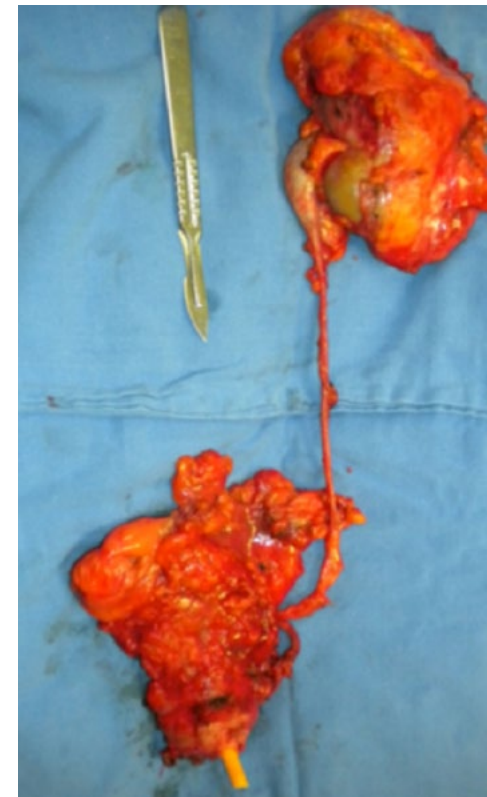
Patología reporta carcinoma de células transicionales infiltrante a la lámina propia de las lesiones pediculadas, además de carcinoma de células transicionales in situ en trigono, cuello y pared posterior, por lo que se decide nefroureterectomía izquierda con cistoprostatectomía radical y derivación urinaria mediante conducto ileal.

Se realiza evento quirúrgico sin complicaciones, requiriendo el paciente estancia en Unidad de Terapia Intermedia por dos días, reiniciando dieta al séptimo día con previo apoyo con nutrición parenteral total. El estoma urinario con gasto inmediato.

Patología reporta riñón izquierdo con carcinoma urotelial papilar infiltrante de bajo grado en uréter proximal, pielonefritis, cistitis y uretritis crónica. Próstata con hiperplasia adenomatosa, vesículas seminales libres de tumor.



Riñón, pelvícula renal y uréter en campo quirúrgico



Pieza Quirúrgica (Riñón izquierdo, uréter, vejiga, próstata y vesículas seminales)

**DISCUSIÓN**

La rareza de la neoplasia pélvica renal bilateral sincrónica, la baja incidencia de desarrollo asincrónico de tumores contralaterales del tracto superior y el mayor riesgo de recidiva de tumores en el uréter ipsilateral distal al tumor pélvico original, justifican realizar una nefroureterectomía total con manguito de la vejiga. En el caso de este paciente, por contar con histopatológico positivo en vejiga para cáncer músculo invasor, se decidió realizar cistoprostatectomía radical (CPR) y conducto ileal.

Actualmente la CPR representa el patrón de oro en el tratamiento del carcinoma infiltrante de vejiga.

El cáncer de vejiga es una enfermedad heterogénea de una gran diversidad clínica que hace difícil la toma de decisiones terapéuticas en forma genérica. Uno de los mayores desafíos en el manejo es lograr identificar aquellos tumores que, siendo superficiales en su presentación inicial, van a progresar, haciéndose invasores, por lo que la derivación urinaria a elegir continúa siendo un desafío para el urólogo.

En nuestro Hospital consideramos que mientras exista una adecuada función renal y no haya compromiso de tumor en cuello vesical o uretra, las neovejigas ortotópicas son de elección, ya que ofrecen mejor calidad de vida en comparación a los conductos no continentales y frente a los reservorios urinarios no-ortotópicos.

En este caso en particular, las biopsias seriadas de vejiga fueron positivas para el cuello vesical, por lo que automáticamente se descartó la derivación urinaria ortotópica.

**CONCLUSIÓN**

Este es un caso representativo de cáncer de urotelio de la vía urinaria superior que, como se describió previamente, su evolución afectó la vía urinaria inferior. Resultados histopatológicos positivos para tumoración infiltrante, con buena resolución quirúrgica curativa y evolución estable del paciente.

La evolución de este paciente nos demuestra los beneficios de un protocolo de estudio completo tomando en cuenta la experiencia en nuestro Hospital.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Campbell-Walsh, Urología, Tumores Uroteliales de la Vía urinaria Superior, Tomo 3, 9ª edición pags 1638-1647 editorial Panamericana.
2. Tomoki Terakawa, Hideaki Miyake et al, Risk Factors for Intravesical Recurrence After Surgical Management of Transitional Cell Carcinoma of the Upper Urinary Tract. Urology 71: 123-127, 2008. Elsevier.
3. Geoffrey N. Box MD, Daniel S. Lehman MD et.al. Minimally Invasive Management of Upper Urinary Tract Malignancies: Renal Cell and Transitional Cell Carcinoma. Urol Clin N Am (2008) pp. 365-383.
4. Dong Suk Kim, Young Hoon Lee et al. Lymphovascular Invasion and pT Stage Are Prognostic Factors Factors in Patients Treated with Radical Nephroureterectomy for Localized Upper Urinary Tract Transitional Cell Carcinoma , Urology 75 pp 328-333. 2010.