

TUMORES DE LA PELVIS RENAL Y DEL URETER

ENRIQUE ALCAZAR LUQUE

Jefe de la Clínica de Urología del Hospital Provincial

Los tumores del uréter y de la pelvis renal suelen estudiarse juntos, atendiendo a la semejanza de sus caracteres histopatológicos, sintomatología y pronóstico.

Son en efecto morfológicamente parecidos entre sí y a los de la vejiga, y distintos a los formados en el parénquima renal, cuya génesis y morfología son totalmente diferentes.

Estas semejanzas y diferencias se explican si recordamos el desarrollo embriológico del riñón y aparato excretor de la orina. Como sabemos, el esbozo ureteral aparece posteriormente al desarrollo del metanefros, en la parte inferior de la pared posterointerna del conducto de WOLFF, en el punto en que este conducto pasa de vertical a horizontal para alcanzar la cloaca. Este esbozo ureteral crece hacia arriba, al principio en forma de brote macizo y después ahuecándose de abajo arriba, con su extremidad superior en forma de maza. Sigue creciendo hacia arriba, a ambos lados de la columna vertebral, en pleno mesénquima, al encuentro del tejido metanéfrico, donde termina.

Una vez efectuado el contacto del metanefros y del brote ureteral, la extremidad superior de éste se divide en tubos de segundo orden, y éstos, posteriormente, en otros de segundo, tercero, cuarto y hasta de quinto orden. Estos tubos van rechazando el casquete metanéfrico, que forma en los extremos de los tubos más finos pequeños pelotones vasculares, iniciación de lo que serán los glomérulos.

Vemos por tanto que el origen embriológico del sistema urinario superior es doble. De aquí también el que sean distintos los tumores que asientan en el parénquima renal, procedente del antiguo metanefros, de los que se forman en el uréter, pelvis o cálices, procedentes del primitivo esbozo ureteral.

Los primeros tumores de pelvis renal fueron descritos por RAYER en 1840, pero fueron WIESING y BLIX quienes en 1878 presentaron en detalle el primer caso de tumor de uréter. El primero que hizo un diagnóstico clínico preoperatorio fué ALBARRAN.

Antes de la introducción de la pielografía, los tumores de pelvis renal y uréter se descubrían únicamente en las intervenciones o como datos de autopsias.

Clasificación: Entre los tumores primitivos de esta localización los benignos son los más frecuentes, siendo también más los que asientan en la pelvis renal que los del uréter. JOLY recogió 49 casos de esta última localización hasta 1933, y HARDING 57 hasta 1946. Más recientemente, el número de tumores de uréter y pelvis renal recogidos en la literatura ha aumentado considerablemente, probablemente por un mayor desarrollo de las técnicas exploratorias, así como a un aumento de la cultura de la población, por el cual los enfermos acuden antes a la consulta del médico.

Se han hecho multitud de clasificaciones de estos tumores, atendiendo unas al grado de malignidad, otras a la intensidad de la infiltración, o bien al número de mitosis observadas en las células tumorales. La clasificación más aceptada en la actualidad es la de LOWSLEY y KIRWIN, ligeramente modificada, que damos a continuación:



Como es natural, en este último tipo los caracteres anatómicos e histológicos serán siempre los del tumor primitivo que les dió origen, tumor que en la mayor parte de los casos reside en el riñón o vejiga.

En cuanto a los primitivos de pelvis o de uréter, los vamos a agrupar para su estudio solamente en dos grupos, el de los papilomas o tumores benignos, y el de los carcinomas, incluyendo en éstos no solamente los tumores malignos epiteliales, sino los conjuntivos y mixtos. Hacemos ésto porque nos vamos a limitar a estudiarlos desde el punto de vista clínico y no anatomopatológico.

Los papilomas se observan con más frecuencia en la pelvis renal que en el uréter, aunque desde luego con muchísima menos frecuencia que en la vejiga. Su estructura es la misma que la de los papilomas de ésta, así como su tendencia a la recidiva y a la malignización. Sue-

len tener un pedículo más o menos delgado, sangran con facilidad, corrientemente son únicos, por lo menos al comienzo. La papilomatosis difusa de pelvis renal y uréter es mucho más rara que la de la vejiga.

El estudio del carcinoma de uréter y pelvis tiene actualmente una gran importancia por el aumento evidente de casos que se diagnostican, cada vez con más frecuencia, así como desde el punto de vista del pronóstico y del tipo de intervención a efectuar. Los síntomas son los mismos que los del papiloma, como veremos más adelante, siendo el más importante la hematuria, siguiéndole en frecuencia la infección urinaria, que por lo general no se hace esperar mucho y la dilatación secundaria del riñón.

Edad de los pacientes.—El carcinoma de uréter se presenta, así como el de la pelvis renal, más frecuentemente en los decenios sexto y séptimo de la vida, si bien más recientemente se han diagnosticado muchos casos en personas más jóvenes. En el caso que presentamos nosotros, se trata de una enferma de 67 años. En cambio el papiloma suele darse en todas las edades; los dos casos nuestros son en personas de 44 y de 21 años.

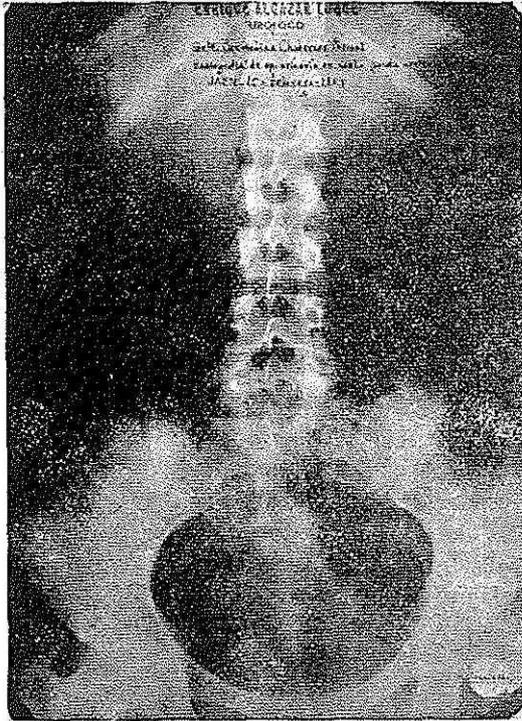


Figura 1

Sexo.—Más corriente en el masculino que en el femenino; KOJEN encontró 141 casos en hombres por 70 en mujeres, es decir, una proporción de dos a uno.

Histología.—Es similar a la de los tumores de la vejiga. Los más frecuentes son los papilomas, siguiéndoles en frecuencia los carcinomas infiltrantes, y después los epitelomas papilares.

Vamos a describir tres casos de este tipo de tumores que hemos observado recientemente, para seguir después describiendo la sintomatología típica, diagnóstico y tratamiento.

Enferma: C. Ch. de 21 años, soltera, natural y vecina de la Puerta de Segura. Vista en nuestra consulta el 16 - III - 53.

No tiene antecedente

tes de interés. Menarquía a los 12 años, bien de ciclo menstrual, leucorrea ligera. Ha estado siempre bien. Cuenta que desde hace 8 días echa

la orina turbia y sanguinolenta. No aqueja ningún dolor ni molestias miccionales.

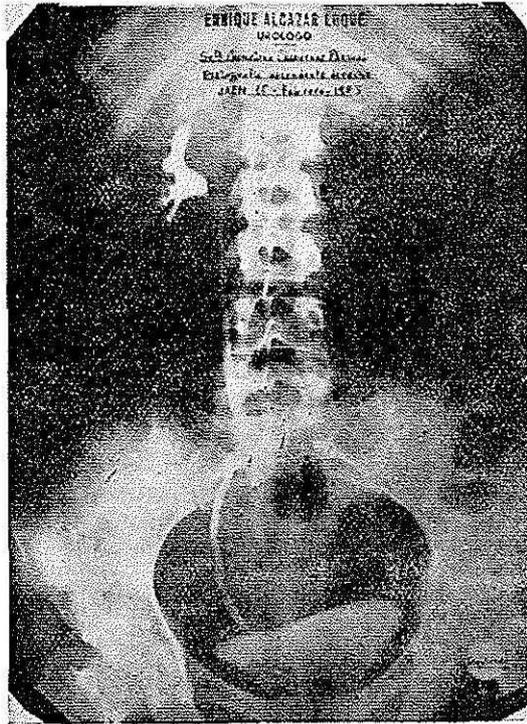


Fig. 2

Le hacemos un cateterismo ureteral por el meato derecho; sale por el catéter orina muy hematurica, pero apenas la punta de la sonda ha penetrado 13 ó 14 cmts. empieza a salir por ella orina completamente clara.

Efectuamos una pielografía ascendente derecha con yoduro sódico al 20 % apreciándose en ella (fig. 2) una pelvis renal normal, así como el uréter en toda su longitud menos a nivel de la articulación sacroiliaca, donde hay una franca dilatación, de unos 3 cmts. de longitud y en medio de ella dos defectos de replección del tamaño de guisantes.

Ante estos datos, el diagnóstico de neoplasia sangrante del tercio medio de uréter se imponía. Proponemos la intervención, que fué aceptada.

Intervención: Anestesia etérea. Incisión lumboiliaca clásica,

Exploración externa normal. Muchacha bien constituida. Buen color de piel y mucosas. Orina francamente hematurica; esta hematuria es de tipo total.

La cromocistoscopia acusa una vejiga normal, con capacidad de 300 c. c. Orificios uréterales normales, con eyaculación intensamente hematurica por el OUD, y completamente clara por el OUI. El índigocarmin intravenoso se elimina a los 3' por el OUI y a los 4' por el OUD, en éste último mezclado con sangre.

La radiografía de aparato urinario en vacío (fig. 1) es negativa de cálculos. Sombras renales de tamaño y situación, normales.

seis cms. por encima y seis por debajo de la espina iliaca anterosuperior. Sección de piel y planos musculares y separación del peritoneo hacia el otro lado. El uréter se descubre fácilmente, cayendo precisamente encima de una porción dilatada, en cuyo interior, con palpación suave se aprecia una masa carnosa. Apertura del uréter, apareciendo a la vista una masa papilomatosa, de 2 cms. de longitud, unida a la mucosa ureteral por un pedículo finísimo. Ante el aspecto benigno del tumor, renunciamos a hacer una nefroureterectomía total y extirpamos el papiloma con bisturi eléctrico. Amplia electrocoagulación de la base de implantación, y cierre del uréter.

Cierre de la pared por planos, con drenaje, que se retira a las 48 horas. Alta por curación a los 10 días.

Estudio anatomopatológico de la pieza. En los cortes teñidos con hematoxilina y eosina se observa que toda la superficie del tumor está recubierta por epitelio estratificado normal asentado con regularidad sobre la túnica propia. Por debajo, tejido conjuntivo muy vascularizado, con numerosas fibras musculares y ligera infiltración inespecífica. Diagnóstico: Papiloma benigno (DR. BELTRAN).

En la fig. 3 se observa el aspecto macroscópico del papiloma.

Enfermo F. M., de 44 años, natural y vecino de Villanueva de la Reina. Visto el 15-XII-51.

Antecedentes sin interés. Paludismo desde hace 10 años.

Enfermedad actual: Desde hace 3 meses hematuria total, con algunos coágulos. Algunas veces ligeras molestias miccionales, sobre todo durante la expulsión de los coágulos.

Exploración externa normal. Enfermo fuerte, bien constituido, ligera palidez de mucosas. Orina francamente hematúrica, total en la prueba de los 3 vasos.

Cistoscopia: Capacidad 350 c. c. Mucosa y orificios ureterales normales. Eyaculación intensamente hematúrica por el OUI, y completamente clara por el OUD.

Radiografía en vacío negativa de cálculos.

Pielografía ascendente izquierda (fig. 4): defecto de repleción en pelvis del tamaño de una avellana cordobesa. Cáliz superior alargado y estrechado, uréter normal.

Urografía descendente (fig. 5): se observa en lado izquierdo la mis-



Fig. 3

ma imagen que en la pielografía. En lado derecho pelvis y cálices de aspecto normal.

Con el diagnóstico de neoplasia renal izquierda proponemos la intervención, que es aceptada.

Intervención: Incisión clásica de lumbotomía izquierda. Incisión de planos musculares y de la celda renal, liberándose el riñón con facilidad y con buena exteriorización. Parénquima de aspecto y consistencia normal. Pelvis ensanchada y gruesa.

Nefrectomía, que se realiza con facilidad. Cierre de la pared, con drenaje, y alta por curación a los 12 días.

Al abrir la pieza se observa la neoformación asentando en cara posterior de pelvis renal, pediculada, de aspecto poco infiltrado. El estudio anatomopatológico mostró un estroma conjuntivo con abundantes vasos, rodeados por acúmulos de grasa. Este estroma estaba recubierto por un epitelio estratificado de aspecto normal, así como su membrana basal. Diagnóstico: Papiloma.

Enferma M. J. de 67 años, natural y vecina de Mancha Real. Vista el 29 VIII-52.

Antecedentes: Hipertensión. Histerectomía, ovariectomía y apendicectomía. 7 partos normales.

Desde hace 2 años le dan dolores cólicos en zona renal izquierda irradiados a vientre, de unos 15 días de duración, con vomitos y disuria. En los intervalos, dolor sordo. Orina turbia y con grumos.

Exploración: Enferma obesa, con buen color. Tensión 22-14. Por el abundante panículo adiposo no se palpa nada en el abdomen.

Cromocistoscopia: Capacidad 300 c. c. Mucosa y OOUU normales. Eyaculación intensamente hematórica por el OUI; clara por el OUD.

Radiografía de aparato urinario en vacío, nada anormal.

Pielografía ascendente izquierda (fig. 6): Cáliz inferior muy dilatado y estirado, cáliz medio amputado, cáliz superior muy adelgazado y estirado.

Diagnóstico preoperatorio: Neoplasia renal.

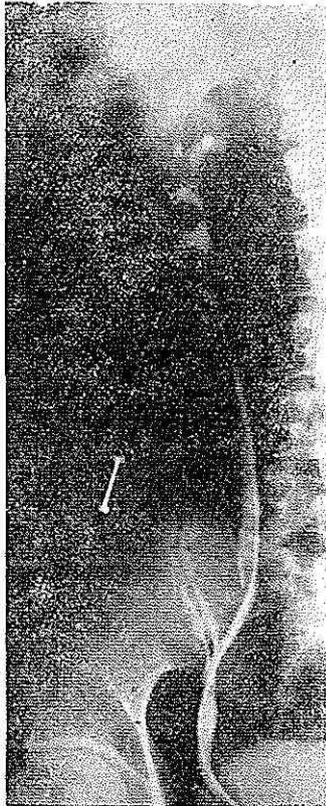


Fig. 4

Aceptada la intervención, se efectúa el 29-X-52 una nefrectomía lumbar izquierda bajo anestesia raquídea. Intervención técnicamente fácil y sin complicaciones, a pesar del enorme tamaño del riñón. Gran cantidad de gruesas venas en el tejido perirrenal y en la cápsula, siendo a pesar de ello fácil y exangüe la liberación y extirpación.

Cierre de la pared con drenaje y alta por curación a los 14 días.

El estudio histopatológico mostró la existencia de una enorme masa tumoral constituida por acúmulos epiteliales muy irregulares y con muchas mitosis, rodeados por una trama conjuntiva muy abundante. En muchas zonas el tejido estaba totalmente necrosado. Diagnóstico histopatológico: carcinoma renal, de posible origen piélico.

El 25-III-53 vemos de nuevo a la enferma y nos cuenta que ha estado bien hasta hace cuatro o cinco días. Desde entonces tiene otra vez hematuria, esta vez indolora. Practicamos una cistoscopia, en la que se aprecia normal la vejiga así como los OOUU, y la salida abundante de sangre, rítmicamente, por el OUI, es decir, por el lado nefrectomizado. Por este meato se ven asomar pequeñas vellosidades papilomatosas.

Practicamos una ureterografía ascendente de este lado, (fig. 7), apreciándose en ella un uréter dilatado, con algunos defectos de replección diseminados, del tamaño de guisantes.

Con el diagnóstico de neoplasia ureteral metastásica a su tumor renal operamos a la enferma el 26-IV-53, haciéndole una ureterectomía total izquierda; el uréter, del grosor de un dedo y lleno de sangre, presentaba algunas adherencias vasculares con los tejidos vecinos.

Abierto el uréter se le apreció en toda su longitud sembrado de pequeños tumores, del tamaño desde un grano de arroz al de un garbanzo, de base ancha y friables. Penicilina en polvo en el lecho de la



Fig. 5

herida, cierre por planos, con drenaje. Buen curso postoperatorio, aunque febril los primeros días, y la enferma está a punto de ser dada de alta en el momento de escribir estas notas.

Comentarios: Como hemos visto, en el primer caso se trataba de un papiloma típico del uréter. A pesar de que su tamaño no era muy pequeño, había permanecido asintomático hasta que la hematuria brusca e indolora alarmó a la enferma haciéndola acudir al médico. El diagnóstico fue fácil gracias al estudio radiográfico. Al intervenir a la enferma, nuestro propósito era hacer la nefroureterectomía total; sin embargo, al ver el tumor y sobre todo la exigüidad del pedículo, nos sentimos conservadores, prefiriendo, si era necesario, hacer después una segunda operación radical, con tal de tener la posibilidad de conservarle el riñón a la enfermita. La tenemos en vigilancia periódica. En el breve tiempo transcurrido no ha habido recidiva de su papiloma.

En el segundo caso se trataba también de un papiloma, ésta vez de mayor tamaño y situado en la pelvis renal, también primitivo como el anterior. No hubo tampoco dificultad en el diagnóstico, y menos en el tratamiento. Hemos observado después varias veces al enfermo, que sigue bien, sin que hasta ahora haya sospecha alguna de que haya aparecido alguna recidiva.

En el tercer caso el pronóstico es más sombrío. Se trataba de un carcinoma de riñón, probablemente de pelvis, de enorme tamaño, que al poco tiempo de la nefrectomía presentaba gran número de metástasis en el uréter restante. A pesar de haber realizado una ureterectomía total, somos muy pesimistas respecto a la no aparición de nuevas metástasis, ya en vejiga o en cualquier otra parte del organismo, debido a la enorme malignidad del tumor.

Una vez relatados estos casos, describiremos las características de estos tumores.

Sintomatología: La triada característica de hematuria, tumoración y do-



Fig. 6

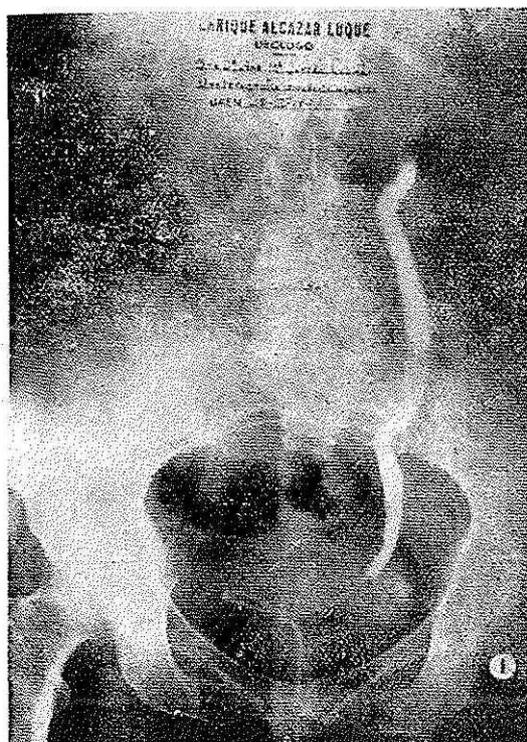


Fig. 7

dolor no es tan frecuente como en los tumores renales. El más frecuente de estos síntomas es la hematuria, que se presenta en un 74 % de los casos, por lo general muy abundante, indolora, intermitente, interrumpida por intervalos de orina clara, por lo general duran poco. No es provocada por los movimientos ni por los esfuerzos, siendo por lo general refractaria a los hemostáticos corrientes; es decir, lo mismo que las de las neoplasias renales y vesicales, es de las llamadas caprichosas. A veces se acompaña de dolor cólico, cuando por su intensidad se acompaña de la formación de coágulos. Por lo general es el síntoma inicial, y tiene un gran valor, pues pone en alarma al paciente, haciéndole acudir precoz-

mente al urólogo, con lo que se consigue un diagnóstico relativamente temprano y en fase operable.

Los pacientes aquejan dolor solo en el 50 % de los casos. Este dolor puede ser agudo, cólico, bien provocado por algún coágulo o por el propio tumor que, acompañado de un espasmo, puede obstruir momentáneamente la luz del uréter. Otras veces el dolor es lento, persistente, con sensación de pesadez, debiéndose en estos casos bien a una hidronefrosis secundaria a la obstrucción de las vías excretoras por el tumor, bien a la infección secundaria; en estos casos se acompaña del cortejo sintomático de la pielitis (fiebre, piuria, etc.).

En cuanto al tumor, es raro en los tumores de pelvis y uréter, que no suelen alcanzar un tamaño tan grande como los del riñón. Muchas veces se acompañan de tumoración renal; pero no debida al volumen de la neoplasia sino a la hidronefrosis que puede acompañarla. Sin embargo, en algunos casos como el tercero nuestro, la neoplasia puede alcanzar un tamaño tal que la haga accesible a la palpación externa.

Los síntomas urinarios son insignificantes. La polaquiuria pue-

de ser ocasional y poco importante, pero la polaquiuria intermitente acompañada por hematuria alternando con orinas claras hará sospechar siempre la presencia de un tumor. Así mismo la presencia continua de hematíes en el sedimento debe despertar la sospecha; en cambio, el hallazgo de células neoplásicas, cosa más corriente de lo que se piensa, nos dará la certidumbre de la existencia de un proceso neoplásico en aparato urinario.

Muchas veces coincide la presencia de cálculos con la existencia de un tumor, ya como mera coincidencia, o más bien porque la presencia de una cosa facilita la aparición de la otra. En efecto, se ha demostrado que los pequeños traumatismos, descamación o infección que provoca un cálculo dentro de las vías urinarias es un factor pre-disponente a la formación de una neoplasia en esa región. Y al contrario, las células de descamación de los tumores se calcifican con facilidad, constituyendo núcleos para la posterior formación de cálculos. Esta calcificación está favorecida por la alcalinidad que suele haber en los humores trasudados por la neoplasia.

Por ésto, en enfermos portadores de cálculos urinarios, sobre todo cuando la sintomatología es algo atípica, debe examinarse siempre la posible existencia de un tumor de vías urinarias que acompaña a la concrección.

Diagnóstico: Es indispensable la cistoscopia si tenemos la suerte de observar al enfermo durante un periodo de hematuria. En estas circunstancias la cistoscopia nos da el valioso dato de la localización de la hematuria, facilitándonos grandemente las posteriores exploraciones.

El cateterismo ureteral puede tener un gran valor diagnóstico, sobre todo cuando, como en nuestro primer caso, nos da el dato de la altura exacta del uréter de donde procede la hemorragia, ya que introduciendo más el catéter sale por él orina clara. Otras veces, por la imposibilidad de introducir más la sonda al tropezar con el tumor, podemos averiguar el punto en que asienta la neoformación. Sin embargo, cuando el procedimiento tiene más valor es al asociarlo a la pielografía retrógrada. Este proceder, que se debe hacer en las mejores condiciones de asepsia y con un líquido no irritante, nos dá datos de gran valor sobre la existencia, tamaño y localización de los tumores, ya que el líquido llena por completo el espacio libre de las vías urinarias observándose en el contraste los defectos de replección debidos a la presencia de la neoplasia. Para ello el líquido de contraste no debe ser demasiado opaco, para que se aprecien bien las pequeñas diferencias de contraste motivadas por defectos de replección de poco tamaño.

Estos defectos de replección hay que distinguirlos de los que son originados por otros motivos aparte de las neoplasias. Los más importante son los cálculos y los coágulos. Para el diagnóstico diferencial de los primeros hay que hacer una o varias radiografías en vacío, en las que casi siempre serán visibles los cálculos si los hay.

Si persiste la duda, podemos repetir las previas insuflación de la pelvis renal y uréter con aire, o bien mediante una sustancia que por floculación se adhiera a la superficie de los cálculos; después de extraer, este líquido se insuflan con aire la pelvis y uréter impresionando la placa en este momento. De este modo se hacen visibles en el urograma cálculos que antes eran totalmente transparentes.

En cuanto a los coágulos, pueden ser también motivos de error; para distinguirlos de las neoplasias en la pielografía ascendente, debe repetirse ésta al cabo de unos días, cuando no haya hematuria. Si es necesario, antes de inyectar el contraste puede hacerse el lavado de la pelvis con una solución de heparina.

Además de los defectos de repleción en los tumores de pelvis y de uréter, podemos encontrar también síntomas radiológicos que aunque no tan característicos nos orienten a la posible existencia de la neoplasia. Uno es la dilatación de las vías urinarias situadas por encima de la neoformación. Otro es la obstrucción total del uréter, que no deja pasar por encima del tumor ningún contraste. Por último, a semejanza de los tumores renales, podemos encontrar amputaciones de cálices, aplastamiento, dilatación de la porción distal, etc.

La urografía descendente en cambio no tiene apenas valor para el diagnóstico de estas tumoraciones, ya que, aparte de la menor densidad de contraste que proporcionan podemos encontrar defectos de repleción en pelvis y más principalmente en uréter, que no sean debidos a neoformaciones, sino simplemente a las contracciones fisiológicas del conducto. En cambio sí nos puede servir para comprobar defectos ya observados en la pielografía ascendente, de un modo más anatómico, ya que la sonda introducida puede alterar algo la morfología del uréter o pelvis, disminuir acodaduras, etc.; por otra parte el líquido de contraste inyectado a presión puede deformar estos órganos huecos y alterar momentáneamente su anatomía. Es buena práctica por ello el completar en los casos dudosos la exploración valiéndonos a la vez de la urografía retrógrada y de la descendente, sacando de la comparación de ambas mayores datos para el diagnóstico.

Metástasis.—Son muy corrientes en los tumores de la pelvis renal y del uréter. Las metástasis son de dos clases. En los tumores papilares, principalmente los papilomas, la diseminación se hace en superficie, es decir, a lo largo de las vías excretoras, pudiendo llegar hasta la vejiga. Por esto el tratamiento de estos tumores debe ser muy radical. En cambio, en los tumores infiltrantes las metástasis se hacen más corrientemente en profundidad, así como por vía sanguínea y linfática. De todas formas, no es corriente la invasión de órganos situados fuera del aparato urinario más que en casos muy avanzados.

Tratamiento.—Debe ser quirúrgico siempre que se pueda hacer una extirpación total del tumor. Las operaciones de elección serán la nefrectomía para los tumores infiltrantes de pelvis, y la nefroureterectomía total para los papilares de pelvis y para todos los del uréter. Esta última operación se hacía antes casi siempre en dos fases: primero

la nefrectomía, haciendo la ureterectomía al cabo de algún tiempo. En la actualidad ambas cosas se hacen simultáneamente, extirpando completo el aparato urinario de un lado, si el estado del enfermo lo permite, mediante una amplia incisión lumbo-iliaca, desde el pubis hasta la doce costilla. En los tumores papilares se debe extirpar también, si se puede, el trozo de vejiga que rodea a la desembocadura ureteral.

En las nefrectomías simples interesa siempre ligar los vasos del pedículo cuanto antes, incluso antes de ligar uréter, para evitar que las compresiones y manipulaciones sobre el riñón impulsen células neoplásicas por los vasos y originen metástasis a distancia.

En los tumores de uréter inferior se ha empleado la extirpación del segmento inferior del uréter con implantación del extremo superior a la vejiga. Esto sólo se puede hacer, claro está, cuando el segmento extirpado es relativamente reducido; si no llega hasta la vejiga el extremo proximal se sutura a la piel. Esta operación es más frecuente cuando se trata de tumores benignos; la indicación es correcta cuando además de la benignidad el tumor es pequeño y bien pediculado.

La resección de una parte del uréter con anastomosis de los dos extremos seccionados (ureterorrafia) es difícil y de resultados dudosos.

Cuando la intervención está contraindicada por cualquier motivo, en los tumores de uréter bajo, puede hacerse una coagulación cistoscópica del uréter en la altura a que asienta el tumor. Este procedimiento es ciego y aparte de su inseguridad, no carece de peligros.

La radioterapia suele resultar ineficaz como tratamiento curativo único. Puede utilizarse después de la operación, aunque estos tumores suelen ser poco sensibles a la terapia por rayos X.

Resultados del tratamiento: La mortalidad operatoria de los tumores de la pelvis renal y del uréter es alta en comparación a las demás intervenciones sobre estos órganos, habiéndose dado cifras como las de FOOD y FERRIS, en que esta mortalidad ha llegado al 34 %. Sin embargo los resultados obtenidos en los últimos 10 años son mucho mejores, hasta el punto de que en la estadística de KOJEN y PETKOME, de Yugoslavia, esta mortalidad no pasa del 3 % en una larga serie de casos de nefrectomías y de neoureterectomías. Se debe atribuir ésto a un diagnóstico más precoz, a un perfeccionamiento de la técnica quirúrgica y a los cuidados postoperatorios. Sin duda han influido también los modernos métodos de anestesia, más inocuos y con menos complicaciones.

Ahora bien, si estudiamos el resultado lejano de la operación, el pronóstico se ensombrece. Al cabo de un año se han presentado un 22 % de recidivas, porcentaje que llega al 47 % al final del segundo año y al 62 % al cabo de cinco años.

El diagnóstico precoz, la radicalidad de la técnica quirúrgica empleada y sobre todo la cuidadosa vigilancia postoperatoria son las mejores precauciones ante la aparición de la recidiva y el modo de actuar más eficazmente contra ésta.