

SOBRE UN TUMOR VESICAL

Por los Dres. LEONIDAS REBAUDI y ERNESTO BARNETCHE

El Dr. José Stern, ayudante en el dispensario antivenéreo N 5, a mi cargo en ese entonces, hace ya más de seis años, atendiendo una enferma con trastornos menstruales y con papilomatosis vulvar, observó que al instituirle tratamiento por estrógenos si bien su afección endocrina mejoraba, su papilomatosis adquiría un aspecto alarmante. Esto lo obligó a suspender el tratamiento tratándola en cambio con andrógenos. La respuesta al tratamiento fué excelente y la enferma curó de su afección vulvar.

Con esta observación resuelve solicitar mi autorización para atender la papilomatosis del surco balano-prepucial con estrógenos. El resultado en la gran mayoría de los casos fué excelente, los pequeños tumores tomaban una coloración blanquecina antes de caer y otros ingurgitados con trombosis vasculares desaparecían a los pocos días.

La curación sobrevenía siempre por obstrucción vascular.

Durante varios años se atendieron los enfermos de papilomatosis del surco balano-prepucial por medio de la administración de estrógenos, y el Dr. José Stern publicó en "La Semana Médica" el procedimiento que le era propio.

Los enfermos así atendidos fueron examinados por uno de nosotros y se comprobó que en los hombres jóvenes en edad genital, los testículos disminuían de tamaño y eran menos dolorosos a la presión. La uretra posterior y el trígono al examen endoscópico aparecía de color pálido. La próstata disminuía habitualmente de tamaño. No se efectuaron espermogramas.

Terminado el tratamiento todo entra rápidamente en orden.

Como resultado práctico a estas observaciones, se empleó la administración de estrógenos en enfermos que debían llevar sonda permanente y que tenían intolerancias por la misma. El resultado fué dispar.

Por último se nos ocurrió emplear la administración de estrógenos en enfermos con tumores de cuello de vejiga y de trígono vesical .

Tenemos en la actualidad dos enfermos que, sin hablar de curación, dejan una impresión alentadora porque por lo menos dejan al paciente en una situación local más favorable para una intervención radical.

HISTORIAS CLINICAS

N. N., 65 años, brasileño, casado, profesión desollador, entró el 23 de julio de 1950 a la Sala 8 cama 5. Alta 8/11/1950. Diagnóstico, tumor vesical.

En los antecedentes del enfermo no existe nada notable, salvo una afección laríngea atendida por el Dr. Luis de la Peña, quien envía un certificado diciendo lo siguiente: que hace 5 años atendió al señor N. N. con un proceso de apariencia neoplásica ulcerada en repliegue ariteno-epiglótico izquierdo; como la reacción ganglionar era grande, optamos por esperar sin hacer biopsia, mientras se estudiaba serológicamente al enfermo. Y no sabiendo que hacerle, instituí tratamiento específico (Benzo-bis) e hice unos toques laríngeos con nitrato 1° al 3 %, luego al 5 % y por último al 10 % y con gran sorpresa, al mes aproximadamente había curado totalmente, hoy lo he examinado y aun se nota una cicatriz mejor dicho una zona más opalescente en el lugar de la lesión.

Esto es cuanto puedo informar.

El resto del examen practicado al enfermo es sin particularidad.

El tacto de próstata es negativo.

La cistoscopia practicada en el momento del ingreso y debido a una hematuria pertinaz, demuestra la existencia de una tumoración vesical sesil que ocupa la hemivejiga izquierda.

Se instituye el tratamiento por estrógenos a razón de 5 mm. tres veces diarias. 7/10/50 Endoscopia capacidad vesical 250 centímetros cúbicos orinas claras. Mucosa vesical en general sana. La tumoración que ocupaba la hemí-vejiga izquierda, trigono y deformaba el cuello, se ha reducido a la región trigonal y parte del cuello es de tipo infiltrativo. Se observa una zona que ocupa el meato ureteral derecho y restos de fibrina.

De los exámenes realizados tiene especial valor la eritrosedimentación que da lo siguiente: 1° H. 64mm. 2° H. 11mm. L K 57. Wasserman negativa; el enfermo es dado de alta muy mejorado el día 8/11/50.

Reingresa 8/1/51.

Cistoscopia 9/1/51. Capacidad conservada mucosa vesical de apariencia normal salvo en la región del trigono, donde se observa una infiltración, fibrina y notándose una evidente mejoría con respecto a las cistoscopias anteriores.

Se efectúa una nueva cistoscopia el día 30/1/51, fecha en que sólo se encuentran algunos conglomerados fibrinosos y el trigono rojo el enfermo debe concurrir a efectuarse exámenes periódicos y continuar su medicación.

N. N., 53 años, italiano; albañil. Enfermo de C. E. 29/3/51. Capacidad normal; cuello saliente. En la parte inferior pólipo de cuello a nivel 10 H., pequeños pólipos a nivel de las 5 H. Se indicó penicilina, efectuándose 4m.

5/4/51 Cistoscopia. Persiste el pólipo del cuello.

Se indica estrógenos, 15 mg diarios llegando a la dosis total de 100 mg; regresa para ser examinado nuevamente, el 17/4/51. El pólipo de cuello ha desaparecido. 29/5/, el pólipo del cuello no se ve; hay 4 pequeños pólipos a nivel de las 10 H. fuera de la región trigonal sin halo inflamatorio.

En algunos casos de poliposis vesical, cuando estos tumores se encuentran rodeados de un hilo rojo aun cuando la piuria sea microscópica, los hemos interpretado como de origen infeccioso obteniendo la curación del enfermo por el tratamiento penicilínico, como en la historia clínica que sigue:

Se trata de un enfermo quien repetidas veces ha tenido pólipos vesicales que primeramente fueron electrocoagulados, después por presentar éstos rodeados de un pequeño halo inflamatorio se instituyó tratamiento penicilínico. Estos pólipos, que han sido siempre extra-trigonales, han curado siempre con el tratamiento indicado. Varios se los ha descubierto en exámenes hechos cada cinco meses, localizados fuera del trigono y siempre el resultado del tratamiento en este enfermo ha sido óptimo. Nos proponemos seguir las observaciones siempre que los tumores conserven las características de localización y aspecto citoscópico de las descriptas anteriormente.

DISCUSIÓN

Dr. Gorodner. — Felicito al Dr. Rebaudi por el éxito obtenido, ya que después de algunas lecturas de trabajos americanos sobre tratamientos con estrógeno en tumores vesicales, se llega a resultados totalmente desfavorables.

La lectura de trabajos aparecidos en el "Journal of Urology" del mes de marzo de este año, juntamente con nuestra experiencia en el Servicio del Hospital Pirovano, nos han decidido a abandonar ese tratamiento.

El caso que nos trae el Dr. Rebaudi es muy demostrativo. Quizá debamos insistir.

En cuanto a los papilomas externos, utilizamos la técnica preconizada por nuestro compañero y amigo, el Dr. Granara Costa, que nos ha proporcionado excelentes resultados.

Quiero, simplemente, significar la contradicción de los resultados de los trabajos americanos con los del Dr. Rebaudi, que nos ha traído un estudio radiológico muy significativo.

Dr. Comotto. — Le preguntaría al Dr. Rebaudi, qué cantidad de estrógeno ha usado y durante cuánto tiempo.

Dr. Rebaudi. — He suministrado en total, 100 miligramos de estrógeno: el enfermo ha continuado con la administración de estrógenos, a veces, con interrupciones periódicas.

Dr. Comotto. — ¿No ha llegado a la castración?

Dr. Rebaudi. — No, doctor.

Dr. Iacapraro. — Le quisiera preguntar al Dr. Rebaudi me aclare el esquema posológico instituido en esos enfermos, ya que tengo cierta experiencia respecto a estrogenoterapia sintética en materia de tumores vesicales.

No deja de extrañarme la cantidad mínima con la cual el Dr. Rebaudi ha conseguido beneficios, porque, si no he entendido mal, la dosis diaria era de 10 a 15 miligramos, lo que significaría que, siendo la dosis total de unos 100 miligramos, supondría un tratamiento de escasamente un pocos de una semana, con gran mejoría de los enfermos con tumores malignos de la vejiga.

Estos resultados no dejan de sorprenderme, porque mi experiencia personal afirma el poco éxito de la estrogenoterapia en materia de tumores vesicales, y mucho más en los tumores del trigono, que, además de ser más frecuentes poseen una mayor malignidad clínica e histológica.

Con respecto al tratamiento de los papilomas, no hago sino certificar lo que acaba de decirnos el Dr. Gorodner con respecto al fracaso de la estrogenoterapia en los tumores papilomatosos, en los cuales no hemos observado mejoría clínica ni endoscópica.

Dr. Arrues. — Desearía preguntarle al Dr. Rebaudi si las cistografías han sido tomadas por el mismo método o si se trata de urografías de excreción o de relleno, porque las imágenes varían en uno u otro caso.

Dr. Rebaudi. — Les agradezco a los señores consocios el interés demostrado por mi comunicación.

Al doctor Gorodner le diré — contestando así a otros colegas — que nos hemos inclinado a hacer el tratamiento de estrógenos en este caso, debido a que el tumor estaba localizado en el trigono.

Al hacer estrogenoterapia para curar los papilomas del surco balano-prepucial, había observado el emealdecimiento de ese surco, de la uretra osterior y del trigono. Eso me movió a hacer estrogenoterapia en este paciente. No creo que en todos los tumores vesicales se ha de tener éxito. En ocasiones, la estrogenoterapia da buenos resultados cuando está bien indicada, y otras veces fracasa en pacientes en que debiera actuar.

Al Dr. Iacapraro le diré que no dejo de reconocer que la dosis es mínima, pero le hago notar que los 100 miligramos se suministraron al comienzo, lo que permitió apreciar la mejoría. Por otra parte, no afirmo que ese enfermo esté curado, porque para ello debería intervenirlo y extraerle un trozo de trigono y hacer el examen histológico correspondiente. De todas maneras, podemos valernos del examen cistoscópico y de la cistografía.

La estrogenoterapia actúa según el individuo. Existen sujetos en los cuales pequeñas dosis dan grandes resultados; en cambio, en otros, grandes dosis fracasan. Actualmente empleo dosis más elevadas, como se hace con todas las medicaciones, como la penicilina, la sulfamida, etc. En este mismo enfermo se han hecho dosis continuadas. No he practicado la castración porque ese hombre mejoró con pequeñas dosis de estrógeno. De no haber mejorado, hubiera empleado mayores dosis.