

CANCER PAPILAR DE LA VEJIGA. INJERTO TUMORAL EN LA CICATRIZ OPERATORIA

Por los Dres. Prof. ALBERTO E. GARCIA y JOSE CASAL

Desde Albarrán, es conocida por los urólogos la noción del injerto de los tumores papilares del aparato urinario.

Se atribuyeron a injertos los tumores vesicales coincidentes con neoplasias de la pelvis y del uréter, lo mismo que los existentes en zonas de contacto de la vejiga en estado de vacuidad, vértice y trigono, por ejemplo.

El mismo autor cita casos de injertos de papiloma sobre la cicatriz de una cistostomía.

Posteriormente Legueu y Delarue, niegan valor a esta teoría y dicen que los nuevos focos se originarían por la persistencia de la acción de los agentes capaces de desencadenar el crecimiento celular blastomatoso.

Los trabajos norteamericanos últimamente publicados por varios autores sobre injertos heterólogos de neoplasias papilares del epitelio urinario, actualizan la teoría de Albarrán y le dan apoyo numerosos hechos experimentales.

El caso aquí relatado, es un enfermo que desarrolló un voluminoso tumor en el cuerpo del recto anterior izquierdo del abdomen después de un año de ser intervenido por un voluminoso tumor papilar de la vejiga.

G. I., 58 años, argentino. Ingresó el 22-III-1950.

Antecedentes. — Desde hace alrededor de un año tiene hematurias totales, indoloras, con coágulos. Estos episodios son casi diarios.

Hace veinte días profusa hemorragia con coágulos, que provoca un episodio de retención aguda de orina: tratado con sonda permanente consigue nuevamente evacuar su vejiga.

Estado actual. — Enfermo muy pálido con acentuada decoloración de las mucosas.

Orinas hematóricas.

El examen físico renoureteral no presenta particularidades. Por palpación rectal se percibe la próstata moderadamente aumentada de tamaño, con los caracteres de un adenoma. La exploración bimanual no señala la existencia de infiltración vesical.

Cistoscopia. — Se observa una gran neoplasia papilar por detrás del músculo interureterico. Los orificios ureterales están libres y son normales. La mucosa que rodea la proliferación no muestra modificaciones. No hay otras lesiones proliferativas en la mucosa vesical.

El contorno cervical está deformado por el desarrollo del lóbulo medio y los lóbulos laterales de la próstata.

La urografía por excreción no presenta alteraciones de las siluetas renales ni de la vía excretora y se observa en el cistograma la imagen lacunar del tumor vesical observado en el examen endoscópico.

Análisis. — Orina de densidad 1.022, presencia de albúmina, pus y sangre.

El hemograma acusa una acentuada anemia con descenso de la cantidad de glóbulos rojos y de la cifra de hemoglobina. La serie blanca es normal, lo mismo que las demás investigaciones.

Primera intervención: Se efectúa una laparotomía transrectal izquierda según la técnica habitualmente empleada en el Servicio y se investiga la vejiga.
Se incinde el reservorio vesical y aparece la tumoración ubicada en la porción inferior

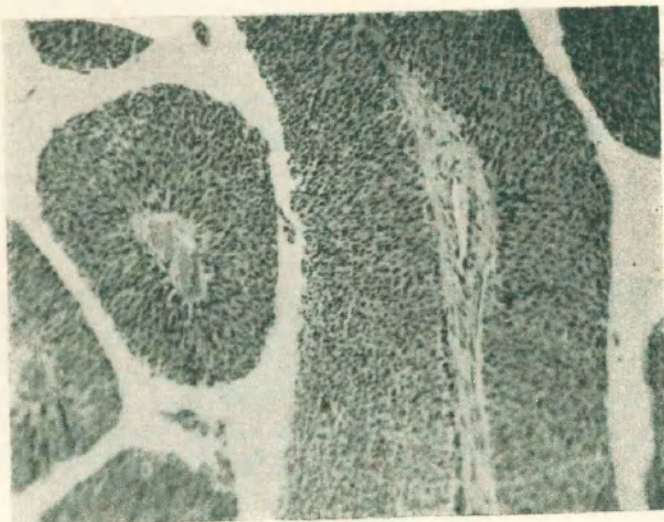


Figura 1

de la cara posterior de la vejiga, es del tamaño de una mandarina, sangrante, de color gris rosado, friable.

Se la reseca con el asa del electrobisturí, llegándose hasta la capa muscular de la vejiga. No hay infiltración parietal ni se ven otras lesiones neoplásicas.

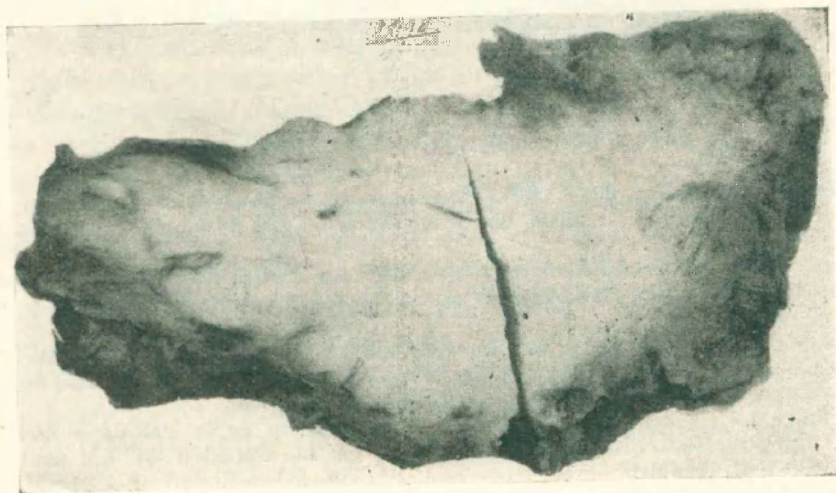


Figura 2

Se hace hemostasia de la superficie sangrante correspondiente al pedículo del blastoma con electrocoagulación.

Se impregnan la cavidad vesical y la herida operatoria con alcohol absoluto. Cierre parietal por planos con drenaje hipogástrico con sonda Pezzer.

Se dejó cistostomizado al enfermo durante cinco semanas y se practicó el 6 de mayo de 1950, una cistoscopia suprapúbica, viéndose una vejiga normal.

Se coloca sonda uretral para cerrar la fistula hipogástrica y el enfermo es dado de alta, 30 de mayo de 1950 con orinas limpidas y excelente estado general.

El examen anatómico de la pieza operatoria (fig. 1) revela un epiteloma papilar de la vejiga, con sus caracteres típicos.

El 20 de marzo de 1951, es decir, un año después, nos consulta el enfermo por una tumoración que presenta en la herida operatoria, que empezó a desarrollarse desde hace dos meses. No ha tenido hematurias, trastornos vesicales ni fiebre.

En el examen se observa a nivel de la porción media de la cicatriz de la laparatomía una tumoración que por palpación tiene el tamaño de una naranja grande, dura, dolorosa, móvil en sentido transversal y que está en íntima conexión con la pared abdominal.

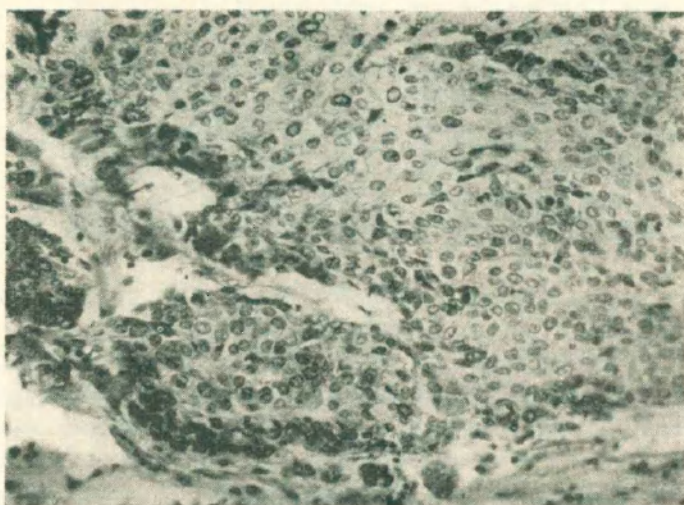


Figura 2

El examen endoscópico de la vejiga permite comprobar una neoformación papilar en la cicatriz de la cistostomía. A nivel de la implantación del blastoma extirpado, la mucosa es normal.

Segunda operación: Incisión elíptica que engloba la cicatriz bordeando la tumoración y que se extiende en sentido vertical cinco centímetros por encima del ombligo y por debajo llega hasta el pubis.

Se encuentra el músculo recto anterior ocupado en todo su espesor por una tumoración blanco rosada, que lo infiltra en todas direcciones pero que está perfectamente limitada a los límites del cuerpo muscular.

Se seccionan las fibras musculares en el extremo superior de la incisión y se lo desinserta de la rama isquiopubiana, disecándose en el resto de su extensión de los planos supra y subyacentes con toda facilidad.

Se aborda luego la vejiga y se practica la resección del tumor del vértice por medio de una cistectomía parcial.

La reconstrucción parietal se efectúa con un autoinjerto de fascia lata, que en forma de trenzado se apoya en la aponeurosis del oblicuo mayor y en la vaina del recto derecho. Drenaje vesical con sonda de Pezzer.

Anatomía patológica. — La pieza extraída representa los dos tercios del músculo recto izquierdo del abdomen y en el centro de ella (fig. 2), hay una tumoración compacta, blanco rosada que ha hecho desaparecer en su totalidad el tejido muscular.

La histología (fig. 3), reproduce exactamente los caracteres histológicos de las neoplasias epiteliales de la vejiga, lo mismo que el examen de los preparados del tumor vesical.

El postoperatorio fué excelente y la pared abdominal quedó perfectamente continente. El enfermo se dedica a tareas rurales y los controles cistoscópicos periódicos revelan una vejiga absolutamente normal.

COMENTARIO

Relatamos este caso de injerto de tumor vesical en la cicatriz operatoria de una laparotomía y lo hacemos como tal por considerar que no es una metástasis.

Abonan en favor de este concepto opiniones de otros autores como Melicow, Hirsch, Kirwin, Albarrán y otros.

Según Hirsch se encuentran ejemplos análogos en las operaciones por cáncer gástrico, hallándose en algunas autopsias implantaciones en el peritoneo; dice este autor que las células tumorales desprendidas encuentran en el mismo organismo condiciones ventajosas para implantarse y reproducirse.

Apoyan este punto de vista los trabajos experimentales de Masina, que revelan la actividad biológica de los tumores papilares del riñón, haciendo trasplantes heterólogos usando la cámara anterior del cobayo como lugar de implantación. Pudo demostrar así que los blastomas del epitelio de revestimiento del aparato urinario poseen una unidad morfológica que se mantiene a pesar del trasplante heterólogo.

Hovenianian refiriéndose al injerto de células tumorales renales, expresa que la fisiopatología es perfectamente comprensible; las células tumorales desprendidas y aisladas es posible que en algún lugar detengan su descenso y se implanten dando lugar a la formación de una nueva neoplasia.

Clyde Deming, sostiene el mismo concepto.

Melicow opina que la posibilidad de aparición de nódulos cancerosos en la cicatriz de una cistostomía después de una operación por tumor papilar, debe hacer llamar la atención sobre la posibilidad de la siembra o implantación de células desprendidas de la neoplasia.

Relata el caso de un hombre de 56 años intervenido por un epiteloma papilar pieloureteral y vesical, en el que el cirujano practicó una vasectomía bilateral. Siete meses después, se desarrolló un nódulo en la cicatriz de la ligadura del lado derecho cuya biopsia demostró que se trataba de un tumor con la misma textura histológica que la del blastoma extirpado.

Este episodio es superponible al de nuestro relato, aunque variando, naturalmente, el lugar de la implantación.

Insiste Melicow que el factor injerto debe tenerse muy en cuenta al manipular estos blastomas y sugiere que siendo posible cultivarlos en medios artificiales y hacerlos desarrollar en forma de injertos heterólogos en animales de experimentación, es con mucha mayor razón factible que se implanten en una cicatriz operatoria en forma de auto injerto.

Aconseja para impedir estos accidentes, medidas profilácticas: cambio de instrumental y de guantes después de cerrada la vejiga y utilizar sustancias como podofilino, fenol o la aplicación de radioterapia superficial en el campo operatorio.

Con el mismo criterio, aunque con concepto distinto, Kirwin que atribuye

estas neoformaciones a virus, aconseja desde hace muchos años medidas profilácticas semejantes.

En nuestro caso utilizamos el alcohol absoluto que evidentemente no dió resultado.

Resumen: Presentamos un caso de epiteloma papilar de la vejiga operado por vía transversal, en el que un año después se desarrollaron injertos en la cicatriz vesical de la cistostomía y en el cuerpo del recto anterior izquierdo del abdomen.

Ambas implantaciones fueron operadas exitosamente y el enfermo vive en buenas condiciones de salud y aptitud para el trabajo después de diecisiete meses de intervenido.

BIBLIOGRAFIA

1. *Masina, M. H.* — J. Urol. 58:1. 1947.
2. *Michon y Delinotte.* — Actas del 41º Congreso Francés de Urol., pág. 19, 1947.
3. *Kirwin, T. J.* — Journal of. Int. Coll. of. Surg. 13:1, 1950 .
4. *Deming, C. L.* — J. Urol. 63:815. 1950
5. *Melicow, M. M.* — J. Urol. 68:251. 1951.

Debemos agradecer al Prof. J. L. Monserrat el estudio de las piezas operatorias y al Dr. Davies, su colaboración en la reparación plástica de la pared abdominal.