

CLINICA DE LOS TUMORES DE VEJIGA

Por el Dr. ARMANDO TRABUCCO

Me han encargado en esta reunión de hablar de los factores clínicos que puedan poner de manifiesto a los tumores de la vejiga. Comprendo que la mayor parte de lo que voy a decir, está ya registrado en diversos textos y que su importancia podría ser mínima; sin embargo trataré de poner en evidencia algunos hechos que para nosotros tienen gran importancia, a fin de poder actuar con la precocidad debida y también a fin de poder evitar las probables recidivas que los dichos tumores de vejiga pueden desarrollar. Ante todo debemos considerar el estudio de estas formaciones en función de la curación posible del cáncer y, en esencial, a la previsión de las recidivas que el mismo cáncer pueda tener; por lo tanto el estudio clínico debe estar guiado hacia una interpretación precisa, para que la indicación terapéutica sea aún más precisa.

Para desarrollar estos puntos de vista, es indudable que tendremos que hablar, primero, de la etiopatogenia de los tumores vesicales, y segundo, del diagnóstico de los tumores vesicales.

Al hablar de la clínica de los tumores de la vejiga, no podemos dejar de considerar, aunque sea muy de pasada, los factores etiopatogénicos del cáncer, de la misma. Es posible que no esté aún preparado el espíritu humano para poder hablar de la etiología de los cánceres; no es nuestra intención tampoco, pero sí queremos exponer sucintamente algunos hechos que están relacionados estrechamente con la producción del cáncer de la vejiga y, sobre todo, con su recidiva. Sabemos desde el punto de vista etiopatogénico que pueden existir dos factores que lleven a la producción de un cáncer vesical: uno, un factor intrínseco, dependiente del organismo en sí, y otro factor, que si bien también es dependiente del organismo, podría ser extrínseco, con respecto al cáncer, o a la formación del cáncer vesical. El organismo que forma un cáncer en vejiga necesita de múltiples elementos que inducirán a la célula vesical a producir su anaplasia. Esos elementos intrínsecos pueden estar relacionados con una serie de factores irritativos, ya sean químicos, ya sean virales, ya sean de cualquier otra naturaleza, que influirán evidentemente en la célula vesical. Estos factores de inducción cancerígena en la vejiga están relacionados especialmente con trabajos experimentales, y así nosotros sabemos por dichos trabajos experimentales, que existe un factor cancerígeno vesical dependiente de los distintos elementos de desintegración de la colina, fenilcolantreno, dibenzoantraceno, etc., se han hecho múltiples experimentos sobre este tema, así como los factores irritativos

químicos de otra naturaleza, anilinas, alquitranes, tabaco, etc., que no podremos entrar a discutir desde ningún punto de vista en este relato, pero sí a mencionar. Ahora bien, ¿estos factores cancerígenos pueden actuar en la vejiga sin ningún mordiente, por así decir, que los detenga? Nuestra opinión es que es probable que sí, aunque podrían existir factores cancerígenos orgánicos o químicos o metabólicos o irritativos directamente en un organismo que no tenga el factor predisponente y no producir un cáncer, como podría existir también un organismo con factor predisponente y, al no haber factores cancerígenos generales, como dijimos anteriormente, tampoco produciría un cáncer. Pero si en ese organismo existen factores cancerígenos y también factores predisponentes, indudablemente la resultante será una alteración de la célula vesical.

Nosotros hemos descrito en el año 1951 un factor predisponente cancerígeno vesical, que hemos encontrado por la observación de enfermos con cáncer de vejiga, tanto benignos como malignos, y es la presencia de obstrucción en el cuello de vejiga, que impide una libre evacuación urinaria, o por lo menos, una evacuación urinaria fisiológicamente sana. Si se tiene la precaución de observar en todos los casos de tumores de vejiga, ya sean de marcha benigna o maligna, ya sean los papilíferos o infiltrantes, encontraremos en el 90 % de las veces, que existe un cuello de vejiga, que si bien se deja distender hasta 1 cm. de diámetro, la mayoría de las veces no permite el pasaje del dedo meñique, encontrándose una resistencia neta y notable para su dilatación. Evidentemente se trata de una esclerosis del músculo del cuello, que impide la libre evacuación vesical, aunque la mayoría de las veces no se encuentre retención urinaria. No es la acción de presencia de la esclerosis del cuello de vejiga la que pueda ser el factor predisponente y fijador de un cáncer de vejiga, pero sí, la alteración fisiológica de la micción, provocada por dicha esclerosis, que obliga a producir contracciones vesicales, para poder vencer el primer obstáculo miccional y determinar el reflejo de evacuación: en estos casos la vejiga está obligada a hacer un esfuerzo, que si bien no es notable desde el punto de vista evacuación vesical, puesto que se puede hacer ella totalmente, y si bien tampoco el enfermo llega a darse cuenta de la patología que está desarrollando, es notable en el sentido de afección vesical, obliga a la vejiga, como dije anteriormente, a un esfuerzo repetido, micro-trauma de repetición, que indudablemente será el favorecedor de la fijación de los agentes cancerígenos presentes ya sea en la sangre, ya sea en la orina. No nos cansaremos nunca de repetir y de llamar la atención sobre la presencia de estas disurias, de difícil reconocimiento, desde el punto de vista clínico, pero de fácil reconocimiento desde el punto de vista diagnóstico por su importancia como factor indirecto de las cancerigénesis vesical. Este factor etiopatogénico indirecto de tumor de vejiga debe ser siempre buscado y no se hará nunca una terapéutica definitiva de los tumores de vejiga benignos o malignos, si no se hace la extirpación de esa estenosis de cuello vesical, dejando una salida de orina amplia y libre, para que el elemento micro-trauma vesical desaparezca totalmente y la evacuación de orina pueda hacerse sin ningún esfuerzo consciente o inconsciente.

Diagnóstico: El segundo punto que desarrollaremos, es el estudio clínico del cáncer de vejiga en función a la precisa indicación terapéutica, y para ello hablaremos del diagnóstico directamente, que reunirá a toda la sintomatología que puede presentar el cáncer de vejiga y nos hará precisar con toda exactitud la actitud que nosotros deberemos asumir ante la presencia de un cáncer vesical.

El diagnóstico del cáncer de vejiga puede dividirse en varias partes, consideradas como etapas, que deben ser seguidas sistemáticamente, para poder llegar a los mejores resultados. Así *el conocimiento de la enfermedad o de existencia de la enfermedad*, debe ser lo primero a desarrollarse, involucra en ella el diagnóstico precoz del cáncer; segundo, el *diagnóstico del tipo evolutivo*, es decir, del grado de malignidad que puede tener el cáncer; está relacionado con este punto el diagnóstico del tipo anatómico del cáncer, y tercero, también de gran importancia, aunque no ya directamente hacia el conocimiento de la lesión, *el diagnóstico de la función de compromiso* que puede tener un cáncer vesical y su relación con la impregnación cancerígena en el organismo y con la repercusión en la función renal.

Conocimiento de la enfermedad: Para guiarnos hacia el diagnóstico de enfermedad, tenemos datos que nos hacen hacer un diagnóstico presuntivo precoz de una neoplasia. Creo que es el punto que tal vez sea más difícil de desarrollar en el sentido médico. Como todos los diagnósticos precoces de las lesiones cancerígenas se basan generalmente sobre la persistencia de pequeños síntomas, que obligan inmediatamente a pensar en un estado cancerígeno del órgano, aunque muchas veces, al hacer el estudio de comprobación, tengamos que desechar la idea. Es preferible, sin embargo, hacer un examen prolijo exhaustivo de un órgano y deducir de ese examen, que no existe ninguna patología, que dejar de lado el examen prolijo de ese órgano, por temor a incomodar al enfermo o por temor a malas interpretaciones. Muchas veces un examen prolijo puede hacer un diagnóstico precoz de cáncer de vejiga y salvar con ello al órgano y a la vida del sujeto.

Dentro de los síntomas, que para hacer un diagnóstico presuntivo precoz del cáncer de vejiga, el más importante a nuestro entender, es la polaquiuria persistente. Toda polaquiuria en un hombre adulto, pasados los 40 años, es necesario prestarle el máximo de atención, polaquiuria que no es la polaquiuria del comienzo del adenoma, es decir, la micción nocturna de la segunda mitad de la noche y una o dos micciones más durante el día, de lo que normalmente hacía el enfermo, sino que es una polaquiuria persistente, es una polaquiuria que siente tanto de día como de noche, tanto en la primera mitad de la noche, como en la segunda. El enfermo que presenta una pequeña neoplasia, ya sea de marcha benigna o maligna, comienza con una irritabilidad particular de vejiga; es lógico pensarlo; la mayor congestión que pueda tener la neoplasia en su comienzo o el punto del brote de la neoplasia, en donde se pueda hacer la primera mutación celular, provoca irritación del sistema autónomo de dicha vejiga, que indudablemente reacciona con contracción y con participación volitiva de la micción. Ese enfermo orinará 3 ó 4 veces más de lo que estaba acostumbrado a orinar 4 ó 5 meses antes.

También es importante, para pensar en neoplasia vesical, cuando además de la polaquiuria, el enfermo aqueja un dolor indefinido en el acto miccional, un dolor que no puede referir a nada. El enfermo no tiene la sensación de confort que provoca toda micción normalmente efectuada, sino que siente una molestia, que muchas veces se presenta al terminar la micción, otras veces dicha molestia es al comienzo de la micción. No es el dolor agudo, punzante, derivado de la inflamación vesical en sus diversos estados, sin embargo es la micción incómoda, ya al comienzo, ya al final. Este dolor llama la atención, puesto que la micción en ese momento nos revela orinas cristalinas, sin pus y sin ninguna alteración

inflamatoria; de manera que tendremos inmediatamente tendencia a dejarlo pasar y a atribuirlo a cualquier otra etiología, ya sea de origen intestinal, ya sea de origen rectal. Pero debemos darle toda la importancia necesaria y no dejarla pasar, insistiendo sobre la aclaración de tal molestia.

También, en vista del diagnóstico precoz del cáncer, tenemos un síntoma que es mucho más fundamental, mucho más preciso, y es la hematuria, que puede emitir el enfermo espontáneamente, que no tiene relación con ningún acto de su vida, ni con el ejercicio, ni con el reposo, y que se puede presentar en cualquier momento y en cualquier día de la vida del sujeto. Esta será una hematuria generalmente total, que no va seguida por ninguna clase de trastornos, salvo en su relación con la polaquiuria anterior y de alguna molestia indefinida al comienzo o al final de la micción, que data de dos o tres meses antes.

Ante esos elementos iniciales de un proceso vesical, presuntivamente nosotros podemos hacer el diagnóstico de tumor de vejiga. Tenemos en nuestras manos el único medio diagnóstico preciso para poder afirmar o negar la presencia de un tumor vesical, y es la cistoscopia. Cualquiera de esos tres síntomas que se presenten en un sujeto en cualquier época de su vida, debe ser inmediatamente seguido de una cistoscopia, para poder precisar la integridad de la vejiga, y muchas veces nos encontraremos con la sorpresa de hacer el diagnóstico de tumor de vejiga a marcha benigna o maligna, depende de la situación, depende de las circunstancias, que entraremos a precisar más adelante, y evidentemente habremos cumplido nuestra misión de médico en beneficio del enfermo, al hacer el diagnóstico precoz de esta enfermedad.

Pero, aparte del diagnóstico precoz de la enfermedad, ya muchas veces los enfermos se presentan ante nosotros con todas las características de una neoplasia de vejiga. No sé si sería justo distraer la atención de ustedes, relatando los síntomas fundamentales de un tumor de vejiga. Me parece que con una simple enumeración es suficiente para poder discutir más adelante otras cosas. El tumor de vejiga constituido ya, presenta el síntoma característico más importante, que es la hematuria vesical, hematuria que se presenta en forma caprichosa, que generalmente va seguida de trastornos a la micción, como ser polaquiuria molesta y dolorosa y que muchas veces va seguida también de un verdadero síndrome de cistitis. Esos son los síntomas fundamentales, que nos inducen siempre a practicar una cistoscopia, para determinar la naturaleza del mal y hacer el diagnóstico preciso. Pero, como dije anteriormente, el diagnóstico de tumor de vejiga, si bien es la piedra fundamental de todo el proceso neoplásico, no es suficiente. Debemos ampliar para hacer el estudio crítico de ese diagnóstico, los conocimientos referentes a la malignidad del tumor.

Diagnóstico de malignidad: Decir diagnóstico de malignidad no significa querer encontrar exclusivamente las neoplasias malignas; diagnóstico de malignidad involucra desde el tumor más benigno, hasta el tumor a marcha más maligna. Es el estado de malignidad en que se encuentra el tumor, en relación al tiempo de evolución. Sabemos por la observación y por la anatomía patológica, que un tumor es tanto más maligno, cuanto mayor sea la tendencia a ser parietal. Así, conocemos que los tumores estrictamente mesofíticos, tanto conjuntivos como epiteliales, son los más malignos de todos; y los tumores epiteliales endofíticos, son tanto más malignos, cuanto más tendencia tienen, a la infiltración y por el contrario, son tanto más benignos, cuanto más tendencia tengan a manifestarse hacia el interior de la vejiga, pediculizándose. Esos mis-

mos tumores, que algunas veces son pediculados, pueden tener tendencia a introducirse en la pared de la vejiga e infiltrarse, demostrando ciertos síntomas que nos harán hacer el diagnóstico. Es por ello, que para hacer el diagnóstico presuntivo de malignidad, nosotros debemos tener en cuenta algunos hechos. Estos son: Magnitud de los síntomas subjetivos que nos harán pensar en el estado real del tumor y así, con respecto a estos síntomas subjetivos, cuando analizamos el síntoma dolor, podríamos decir, que cuanto más intenso es el dolor, cuanto más repetido y cuanto más próximo sea un episodio doloroso de otro, más maligno será el tumor. Por supuesto que en estos fenómenos dolorosos también es importante la antigüedad de existencia y la intensidad de los mismos; un epiteloma pediculado, generalmente no trae dolor, un epiteloma infiltrante, generalmente trae dolor intenso. Con respecto al síntoma subjetivo de polaquiuria, también nos puede dar un índice de malignidad; una polaquiuria intensa sin descanso ni de día ni de noche, nos habla inmediatamente de un tumor ulcerado, infiltrado, de una neoplasia a marcha netamente maligna y grave, en cambio una polaquiuria muy discreta, nos podrá hablar de un tumor benigno.

Con respecto a los síntomas objetivos, como hematuria y piuria por infección, podemos decir, que cuanto más persistente sea una hemorragia, aunque su intensidad no sea muy grande, nos hace siempre pensar en un tumor maligno. Una hematuria profusa, pero aislada, podría ser de un tumor benigno. No tiene importancia el volumen de sangre perdido, porque depende del vaso abierto o ulcerado: pero sí tiene importancia la persistencia de la hematuria o la recidiva inmediata del síntoma hematuria. Es mucho más grave, que todas las micciones tengan sangre, durante un tiempo largo, que no una gran hematuria de vez en cuando.

La infección también es otro síntoma clínico que nos puede hacer pensar en la gravedad de un cáncer de vejiga y nos puede conducir a un diagnóstico de malignidad. Cuanto más persistente es una infección, tanto más grave es un cáncer de vejiga. La explicación es obvia. En un caso de tumor pediculado de vejiga, en donde la conservación e integridad de la mucosa está intacta, en donde no hay fenómenos de necrosis que puedan ser caldo de cultivo para las bacterias, no habrá infección: pero en cuanto ese tumor aumente de tamaño, o que su proliferación celular sea tan grande, que conduzca a la necrosis por falta de irrigación suficiente, inmediatamente tendremos infección de esa neoplasia, con persistencia tal, que no hay antibiótico que la solucione o cure. En esos casos, nosotros debemos hacer el diagnóstico de malignidad marcada.

Cistoscopia: Pero, si bien estos síntomas son los síntomas generales que nos hacen hacer el diagnóstico de malignidad, tenemos además medios más categóricos que nos harán hacer el diagnóstico real de grado de malignidad de cáncer y que nos permitirá elegir entonces la terapéutica apropiada.

El elemento más importante en nuestras manos para hacer el diagnóstico de malignidad en forma clínica, es la cistoscopia y la uretroscopia. Una cistoscopia fácil y sin trastornos, debe hacer pensar siempre en una neoplasia de evolución lenta y una cistoscopia difícil, con trastornos y dolorosa, debe hacer pensar siempre en una neoplasia de evolución maligna. Depende la facilidad de la cistoscopia, generalmente de la infección y de la irritabilidad que tenga la vejiga: esto no se debe tomar como axioma, porque existen muchos tumores benignos con gran infección de vejiga, que impiden hacer una cistoscopia, pero con tratamiento

antibiótico bien llevado o con un tratamiento de desinfección vesical bien hecho, podremos hacer una cistoscopia fácil, en cambio, en los tumores malignos, por más tratamiento antibiótico y por más desinfección de vejiga que se haga, no podremos nunca hacer una buena cistoscopia, salvo que recurramos a la anestesia general o regional. Ahora bien, desde el punto de vista cistoscópico, podemos ya ver cuáles son los síntomas que inducen a una afirmación de malignidad. El polícentrismo tumoral, aunque los tumores no sean anatomopatológicamente malignos, nos hacen hacer un diagnóstico suficiente de malignidad por multiplicidad. El monocentrismo, por el contrario, nos induce siempre a pensar en benignidad, aunque cuando el monocentrismo se refiere a tumores no pediculados, ya las cosas cambian fundamentalmente.

La situación de los tumores en la vejiga también tiene mucho importancia. El tumor de cúpula siempre es maligno o de marcha maligna; generalmente se trata de tumores alantoideanos. Los tumores de trigono son generalmente malignos también, en cambio los tumores que asientan en las paredes laterales, tienen menos malignidad y están ya supeditados, en el sentido de su malignidad, a la forma del tumor, como veremos más adelante.

Sobre la imagen morfológica del tumor en sí, el diagnóstico de benignidad o malignidad podría considerarse de la siguiente manera: Un tumor pediculado es generalmente un tumor de marcha benigna, uno sesil es generalmente de marcha maligna y un tumor ulcerado, siempre es maligno. Si el tumor pediculado, ya sea con pedículo pequeño o pedículo grande, tiene vellosidades finas, habla siempre de benignidad tumoral, y esos tumores generalmente se curan con una simple electrocoagulación; pero en cambio, si las vellosidades son más macizas, más en forma de claves, más rojas, más irrigadas, es un tumor que obliga a pensar ya seriamente en él, a pesar de ser pediculado. Con respecto a las vellosidades, podremos decir, cuanto más finas, más benignas y cuanto más gruesas, más malignas y el tumor macizo sin vellosidades, es siempre maligno, aunque sea pequeño. Es por eso, que ya es un axioma en cistoscopia decir, que tumor pediculado, que hace sombra, es benigno, tumor que no hace sombra, es maligno, tumor ulcerado, es maligno. Ahora bien, dentro de las imágenes cistoscópicas siempre es muy importante la observación de la mucosa vesical vecina al asiento del tumor. En los tumores pediculados, cuya área del asentamiento del pedículo se encuentra sana, y donde la mucosa de la pared vesical también es sana, nos hace pensar siempre en un tumor de marcha benigna, en cambio, si el área que rodea a un pedículo, ya sea éste delgado o grueso o sesil, no importa, si el área, que rodea a la superficie de asentamiento del tumor, está edematosa o está rojiza o irregular o despulida, nos hace pensar inmediatamente en un proceso que ha iniciado su marcha infiltrativa hacia la pared vesical y por lo tanto de un proceso que avanza, de un proceso de malignidad, tanto más maligno cuanto más reacción tenga.

Palpación. Ya hecha la cistoscopia y ya guiados hacia el grado probable de malignidad, debemos sin embargo seguir con el estudio diagnóstico y determinar si el área del tumor está limitada exclusivamente a la mucosa, o si el desarrollo más importante es parietal o si de la mucosa pasó a la pared y en qué cantidad interviene o si ya ha vencido toda resistencia y está en los alrededores de la vejiga y es perivesical. Una de las maneras de examinar ese detalle, es la palpación bimanual, palpación bimanual que se debe hacer de dos maneras; con la vejiga llena de orina y con la vejiga vacía y debe hacerse,

si el vientre no es muy complaciente, con anestesia raquídea o con anestesia endovenosa, de manera que la prensa abdominal quede bien flácida y permita una palpación correcta, en donde tanto el dedo que se encuentra en el recto, como la mano que se encuentra en la pared abdominal suprapúbica, pueda tocar la vejiga en su totalidad. Es el método de palpación bimanual de la vejiga, el que nos hará hacer los diagnósticos de malignidad máxima y nos podrá permitir la indicación terapéutica apropiada. Así, un tumor, en donde no se llega a palpar prácticamente ninguna tumoración podrá hacernos afirmar un tumor benigno; en cambio una vejiga, en la que ya a la palpación bimanual se palpa un cuerpo extraño dentro de la vejiga, podrá hacernos pensar en un tumor o muy grande o en un tumor que deja ya de ser de marcha benigna para pasar a ser un tumor maligno; así como podrá hacernos afirmar la máxima malignidad, cuando dicho tumor ha infiltrado la pared vesical y se toca una masa tumoral dura, ya sea en trígono o en cúpula, de dureza firme, persistente, de tipo cartilaginoso, que son características de los tumores que desarrollan más malignidad.

Cistografía. Otro medio de diagnóstico que nos hace permitir hablar de malignidad y es necesario siempre practicarlo, es la cistografía: la cistografía hecha con yoduro de sodio o con cualquier sustancia opaca, es suficiente para hacer el diagnóstico de malignidad. No necesitamos en realidad en la rutina diaria, ninguna de las sustancias de impregnación del tumor que nos dan imágenes muy bonitas, pero que prácticamente no dan ningún resultado, ni tampoco de la radiografía tomográfica. Las cistografías con yoduro de sodio o con cualquier sustancia opaca líquida, nos hacen hacer un diagnóstico de malignidad o benignidad de la lesión. Así por ejemplo, si la vejiga se muestra libre, es decir, que la forma clásica de la vejiga se conserva al inyectarse el yoduro de sodio, aunque la imagen de alguna, por falta de relleno, sea grande, si la radiografía de frente y de oblicua nos hace ver un perfil vesical neto y bien formado, sin ninguna solución de continuidad de su pared, nosotros tenemos derecho a hacer un diagnóstico de benignidad: esa pared no está infiltrada, no está tomada, quiere decir, que es una neoplasia endovesical exclusivamente, posiblemente de nacimiento pariteral en un punto muy pequeño. Pero en cambio, si la pared de la vejiga está amputada, hay una gran solución de continuidad o hay una gran muesca, nos hará pensar inmediatamente en un estado infiltrativo de la vejiga, que impide el relleno total de ella, y que impide que esa pared se desplace libremente con el relleno de sustancia opaca endovesical. En esos casos, cuanto más devastación se tenga o cuanto más desviación de la vejiga se produzca, mayor malignidad debemos pensar que tiene ese tumor.

Biopsia. Es también necesario, desde el punto de vista del conocimiento del tumor de la vejiga, para su buena interpretación clínica y su indicación terapéutica, hacer el diagnóstico del tipo anatómico del tumor. No digamos que es imprescindible, pero sí es necesario hacerlo, sobre todo en aquellos tumores, donde alguna duda diagnóstica se manifiesta. La única manera precisa de hacer el diagnóstico del tipo anatómico, es la biopsia del tumor. El aspecto clínico del tumor indudablemente nos hace pensar en la naturaleza anatómica del tumor, pero la biopsia es el único elemento que nos dará la clave anatómica. Muchas veces vemos un tumor en cúpula y no estaremos seguros, si es un tumor alantoideo o un tumor malpighiano infiltrante. Muchas veces ten-

dremos una manifestación tumoral en trigono vesical a forma aframbuesada y creemos estar en presencia de un tumor maligno, pero al hacer la biopsia, nos encontraremos con un estado inflamatorio. Es por ello, que ante toda duda o ante cualquier duda, por mínima que sea, sobre la interpretación del tumor de vejiga y sobre todo, sobre la indicación terapéutica, es aconsejable siempre la biopsia de vejiga; nosotros no nos hemos arrepentido nunca de solucionar un problema diagnóstico mediante la extracción de un trozo de tumor que no puede traer ninguna consecuencia y que, por el contrario, puede aclarar considerablemente el concepto de la enfermedad que estamos estudiando. La misma biopsia nos dará el tipo evolutivo del tumor.

Citología. En cuanto al diagnóstico de los tumores vesicales por el examen de exfoliación citológica, creemos que no tiene más valor que el doctrinario. El examen del centrifugado urinario recogido de la orina vesical, de por sí, como medio diagnóstico, no asegura por de pronto el órgano afecto, podría ser de uréteres, de pelvis o de riñón. Y en cuanto a la forma anatomopatológica, no da tampoco ninguna seguridad diagnóstica.

Diagnóstico de compromiso orgánico del tumor vesical. El diagnóstico de tumor vesical debe estar seguido también del diagnóstico de los elementos clínicos que están en relación con dicho tumor vesical. Así debemos hacer el diagnóstico de presencia de cuello vesical, no ya esperar a la intervención quirúrgica para comprobar que no se puede pasar un instrumento de un calibre regular, un N° 50 o un N° 60 por el orificio vesical, sino que debemos hacer cistoscópicamente o radiográficamente por uretrografía, el diagnóstico de presencia de cuello fibroso rígido, que en el 90 % de las veces está presente cuando existe un tumor de vejiga.

También debemos hacer el diagnóstico de compromiso general de la economía mediante los exámenes generales de impregnación neoplásica, eritrosedimentación, etc., que creo que no debemos discutir acá.

Y para terminar diremos, que se debe completar el diagnóstico de los tumores de vejiga con la adquisición de los conocimientos más exactos sobre la función renal, por la repercusión que pueda tener el tumor vesical en el aparato de excreción. Es probable que los análisis complementarios de que hablamos anteriormente, para hacer el diagnóstico de impregnación cancerosa, nos orienten hacia un estado bueno o malo de la función renal, pero nunca completarán la imagen real del estado del aparato de excreción reno-uretral, cuando se hallan comprometidos los meatos ureterales dentro de la influencia tumoral del cáncer de la vejiga. Todo cáncer de vejiga, que asienta en las paredes laterales o que invade al trigono y los uréteres, manifiesta su repercusión inmediata en el árbol urinario, correspondiente al lado invadido, produciendo una estenosis, que bien puede ser orgánica o puede ser fisiopatológica, pero que conduce a la dilatación del uréter, a la dilatación de la pelvis y a la insuficiencia urinaria. No podemos hacer una terapéutica apropiada de derivación urinaria, si no conocemos el estado de ambos uréteres y de ambos riñones. El único medio realmente diagnóstico que nos puede aclarar fundamentalmente la situación del aparato de excreción, es la radiografía excretora. Con ella tendremos el estado, no sólo de la función renal, sino también de la ectasia que puede haber en los uréteres o, por otra parte, de la buena función renal y de la normalidad ureteral. De capital importancia es el conocimiento de estos hechos, puesto que determinarán el método terapéutico a seguir. Es además

importante la pielografía de excreción, porque en todo tumor infiltrativo, próximo a los uréteres, cuando traen los fenómenos de ectasia ureteral superior, también muestran imágenes muy categóricas sobre el estado de infiltración. No creo que sea el momento oportuno para profundizar estos hechos, pero sí podemos decir, que cuando más separada esté la extremidad inferior del uréter de la cavidad vesical, tanto mayor será la infiltración provocada por el tumor en la pared de la vejiga; esas terminaciones en forma de clava, separadas de la vejiga de 2 a 3 cm., hablan de procesos infiltrativos sumamente graves y nos harán hacer el diagnóstico, no sólo de malignidad del tumor, sino también de compromiso de la función renal de ese lado. Por otra parte, cuando no existen procesos infiltrativos muy marcados, o si existen de un sólo lado y el otro está normal, el relleno que se consigue con la sustancia opaca excretora, al caer en la cavidad vesical, nos podrá hacer ver, paso a paso, a medida que se van desplazando las paredes vesicales, no sólo el asiento del tumor, sino también el grado de compromiso de la pared vesical, consiguiendo la mayoría de las veces una buena cistografía, sin necesidad de introducir sustancia opaca por la uretra, siempre que tengamos la precaución de hacer un examen radiológico a los 70 o 90 minutos de haber hecho la inyección endovenosa y sin que el enfermo haya evacuado el contenido vesical. Hoy en día no se debe hacer ningún examen urológico sin la radiografía de excreción, y ella adquiere un valor indiscutible, cuando se habla de cáncer de vejiga. Creo que con el relato de estos síntomas que nos conducirán, primero, a tomar conocimiento de la enfermedad que afecta a la vejiga; segundo, de la malignidad que tiene dicha enfermedad y tercero, con el compromiso que pueda repercutir sobre el aparato urinario y el organismo en general, podremos hacer la indicación terapéutica apropiada, tratando de conservar el órgano dentro de condiciones aceptables, previniendo sus recidivas o, por otra parte, nos conducirán a sacrificar el órgano, para poder salvar en lo posible la vida del sujeto.

DISCUSION

Dr. Zuckermann (de México). — Deseo felicitarlo al relator por su brillante trabajo, de gran valor clínico y pedirle su sintética y valiosa opinión sobre litiasis en el cáncer de la vejiga, ya que trató el problema etiopatogénico.

Dr. Trabucco. — Es frecuente, y hemos presentado un trabajo hace 6 ó 7 años en la Sociedad de Urología, la asociación de litiasis vesical y cáncer de vejiga. Como agente etiológico, podríamos decir que la litiasis vesical constituye otro proceso irritativo, esto es, un nuevo trauma más que se puede agregar al microtrauma. Si en ese organismo existen agentes cancerígenos en circulación en la sangre o desprendidos en la orina, ante la existencia de un microtrauma provocado por la litiasis vesical, es probable que se produzca un cáncer, tal como puede producirse en la vesícula biliar por la presencia de litiasis persistente.
