

EL TRATAMIENTO MEDICO-QUIRURGICO DE LOS TUMORES DE VEJIGA

Por el Dr. RODOLFO I. MATHIS

Basados en los elementos de juicio expresados por los correlatores sentado el diagnóstico de *tumor de vejiga*, el tratamiento diferirá según: a) Edad y estado general. b) Tipo de tumor. c) Extensión en superficie. d) Extensión en profundidad. e) Ubicación. f) Presencia de metástasis. g) Estado del árbol urinario.

Del juego de estos elementos y de la experiencia del médico tratante dependerá la conducta a seguir, pero es menester recalcar que "del primer cirujano que encare el problema dependerá con mucha frecuencia, el futuro del enfermo".

Recordemos de paso que los medios básicos a nuestra disposición para el tratamiento son con poca diferencia los mismos que tenían los cirujanos de principio de siglo, y que han descrito admirablemente. Creemos que los resultados evidentemente mejores que obtenemos hoy se deben al examen y tratamiento temprano (base de la cancerología), preparación de los enfermos, conocimiento del shock operatorio y al advenimiento de los medios para combatir la infección.

Lo que más importa en la práctica es el grado de invasión del tumor en profundidad. Esto hace la terapéutica y el pronóstico.

En el estado actual de nuestros conocimientos, la cirugía complementada con medios biológico-químicos y los fisioterápicos, permiten resultados aceptables pero muy lejos de ser ideales en el tratamiento del tumor vesical.

Podemos hoy hablar de 3 tipos de tratamiento médico-quirúrgico.

- a) Tratamiento preventivo.
- b) Tratamiento curativo.
- c) Tratamiento paliativo.

TRATAMIENTO PREVENTIVO

Es evidente que hablar de tratamiento preventivo en el gran capítulo de las neoplasias, pareciera un exceso científico. Por lo que a tumor de vejiga se refiere, está plenamente justificado ya que el carácter tan especial de estos tumores, obliga a usar todos los elementos a nuestro alcance en la lucha.

1º — En los tumores papilares del sistema excretor pielocalicial-ureteral, la ureterectomía total preventiva, es hoy la regla.

2º — Los tumores vesicales de los trabajadores de la industria de anilinas, ha obligado a una legislación para la protección preventiva de estos obreros (véase Hygiène du travail, Oct. 1939. Organo del Bureau International du Travail).

3º. — En los enfermos ya tratados el uso preventivo de:

- a) Sales de Magnesio.
- b) Corrección de las uropatías obstructivas, y sobre todo de la retención crónica, factor cancerígeno indudable, debido a la irritación permanente del epitelio vesical por las sustancias de deshecho que a alta concentración contiene la orina.
- c) Corrección de las infecciones crónicas de vejiga.
- d) Modificación substancial del terreno cancerígeno, con procedimientos químico-biológicos. Uso de estrógenos y verdadera vacunación con productos extraídos del propio tumor como preconizara entre nosotros Granara Costa.

TRATAMIENTO CURATIVO

La experiencia enseña que contamos hoy con medios eficientes para llegar a la curación del cáncer de vejiga y que haciendo buen uso de ellos, obtendremos un porcentaje de curaciones más alentador que hace años años.

En principio es menester *considerar todo tumor de vejiga como actual o potencialmente maligno* y debe ser tratado y vigilado como tal.

Contamos con varios procedimientos cuya aplicación requiere experiencia y dominio completo de las técnicas cuyo uso discriminatorio hará obtener los mejores resultados.

Dos vías tenemos a nuestra disposición:

1º — Vía endoscópica con dos formas de aplicación.

Electrocoagulación con corrientes de alta frecuencia a la manera de Beer (1910), empleado desde hace años, procedimiento simple, elegante y efectivo.

Resección endoscópica, de aplicación más reciente; empleando el resectótomo de próstata y aplicando corrientes cortantes que permiten una exéresis más exacta bajo el control de la vista, pudiendo llegar sin riesgo al plano muscular, y estando limitado su uso por la ubicación del tumor (zonas cervicales, yuxta cervicales, triángulo).

Por esta vía se obtienen buenos resultados siempre que se aplique en indicaciones precisas:

En tumores netamente papilares, vellosos, únicos o múltiples, donde por la imagen cistoscópica y los demás elementos de juicio, *sea indudable* que el tumor no ha invadido en profundidad. Aplicación ideal en los tumores extendidos en superficie, variedad que requiere un estricto contralor periódico, pues su recidiva es demasiado frecuente.

Tres evoluciones distintas:

- a) Curación total y completa.
- b) Tendencia a la infiltración sin profundidad. Tumores que al querer electrocoagular, el "electrodo no quema" demostrando que ofrece gran resistencia eléctrica, índice indudable de malignidad, y que obligará rápidamente a cambiar de método.

- c) Tendencia a la rápida recidiva con multiplicidad de brotes que llega a hacerlos incontrolables y de pronóstico muy reservado.

Usar esta vía cuando sea factible la *destrucción del tumor en una sesión o número muy limitado de ellas.*

2º — Vía alta. Cruenta.

Es la verdadera cirugía del tumor de vejiga.

Cuatro formas de tratamiento:

- a) Electrocoagulación a cielo abierto.
- b) Resección submucosa. Dos formas. Con ansa de resección o quirúrgico.
- c) Resección parcial de vejiga.
- d) Ectomía total con o sin vaciamiento célulo-ganglionar.

Todos estos procedimientos deben estar bajo el dominio del cirujano actuante cuando se proponga el tratamiento del tumor de vejiga por esta vía. No se excluyen. Se complementan. Muchas veces en el mismo caso, dependiendo de las distintas manifestaciones de la enfermedad deberá saberse discriminar cuál procedimiento aplicar en cada brote.

En el tumor de vejiga las metástasis y propagaciones son frecuentemente muy tardías. Los métodos actuales de diagnóstico, sobre los casos típicos no permiten hoy seguridad sobre la extensión en profundidad y a distancia y por ello en un número no despreciable de casos el cirujano tomará una decisión en pleno acto operatorio.

Electrocoagulación a cielo abierto - Resección sub-mucosa con ansa o instrumental. Cuando los elementos de diagnóstico permiten afirmar que la pared muscular no está invadida, abordamos estos tumores por la clásica *talla hipogástrica*, con incisión mediana superpúbica. *Tomamos mucho cuidado en el aislamiento del campo operatorio*, y procedemos como si se tratara de un proceso infeccioso. Los injertos en pared los hemos visto y tratamos de evitarlos.

Los pequeños brotes se controlan bien con electrocoagulación con el electrodo esférico. Los extendidos en superficie con el ansa de resección.

Dos maniobras hacen la indicación final: 1º *La palpación intravesical de la base del tumor.* 2º *La prehensión del tumor con pinza y su tracción, pediculizándolo.* La facilidad de efectuar esta movilización, merced al plano mucoso, de pródiga laxitud en la vejiga, permitirá dar cuenta de la extensión en profundidad. Esto es valedero naturalmente en toda la zona correspondiente a la bóveda vesical y no al triángulo.

Si este plano submucoso está respetado la resección instrumental de toda la zona enferma permite exéresis completas y amplias en superficie. Se complementa o no con electrocoagulación del lecho y hemostasia y sutura intravesical posterior, según los casos.

Terminamos siempre en estos tumores papilares, las más de las veces tipo carcinoma papilar, con una embrocación de fenol a alta concentración de todo el epitelio de vejiga, neutralizando con alcohol.

Por poco que el tumor tenga caracteres infiltrantes, la indicación será la resección de todo el espesor de la pared vesical, si se demuestra que el tumor no ha salido de los límites del órgano.

La cistectomía parcial y la cistectomía total con o sin vaciamiento célulo-ganglionar, serán los únicos recursos quirúrgicos curativos factibles. El pronóstico en estas extensiones se ensombrece y todas las estadísticas demuestran el serio problema.

Hemos tratado de sistematizar la intervención por tumor infiltrante.

Las consecuencias de la cistectomía total, a veces única solución posible del punto de vista cancerólogo, nos han movido a limitar su aplicación, y hemos comprobado que algunos casos pueden tratarse con ventaja con la ectomía parcial, conservando así la función, merced a la excelente recuperación de la vejiga.

Técnica: 1º — Incisión adecuada. Buena exposición del campo operatorio. Somos partidarios de la incisión de *Cherney*, publicada aquí por mi amigo el Dr. H. Hermann.

En los casos sin decisión previa, abordamos por la vía media suprapúbica y por poco que encontremos dificultades, usamos con éxito la extensión del pie inferior de la incisión con una oblicua paralela a la arcada y extendida hasta la espina ilíaca, con sección del recto anterior, y, aún combinando la *Cherney* con la mediana confeccionando así dos amplios colgajos que permiten trabajar así en superficie.

2º — Abertura del peritoneo y exploración investigando la extensión en profundidad y las posibles metástasis a distancia.

Indicación en tumores limitados a la bóveda. Muy amplia exéresis, reseccando en profundidad hasta el plano peritoneal inclusive, y hacemos así un verdadero decalotamiento. Estos tumores infiltrantes de bóveda son casi siempre de alta malignidad, lo que justifica la amplia exéresis.

Indicación en los tumores ubicados en la zona yuxta ureteral y cérvico-trigonal.

Dos vías posibles: endovesical y endo-paravesical.

La primera vía, excelente, permite resolver a veces problemas difíciles con poco trauma quirúrgico. a) Problema del meato ureteral. b) Problema del cuello de vejiga. Cuando a este último problema se agrega un adenoma prostático puede resolverse con la adenomectomía en block. Si el uréter es el invadido dependerá la conducta del estado de destrucción del riñón. Reimplantación por vía intravesical o para-vesical u ostomía cutánea según los casos.

Hemos llegado a hacer verdaderas hemi-cistectomías cuyos resultados nos inducen a recomendar esta solución con entusiasmo.

La técnica, si bien a veces ofrece dificultades, se facilita con la amplia movilización de la vejiga aprovechando el juego del separador tipo Gosset. La reconstrucción, merced a los colgajos de bóveda y rebatiendo hacia el cuello, permite obtener buenos resultados anatómicos y funcionales. Las investigaciones anatómicas de los linfáticos vesicales dan buena base a esta conducta.

La cistectomía total técnicamente con buenas anestésias, incisión adecuada, el control del shock y de la infección ha permitido bajar las cifras de mortalidad a un razonable 10 %.

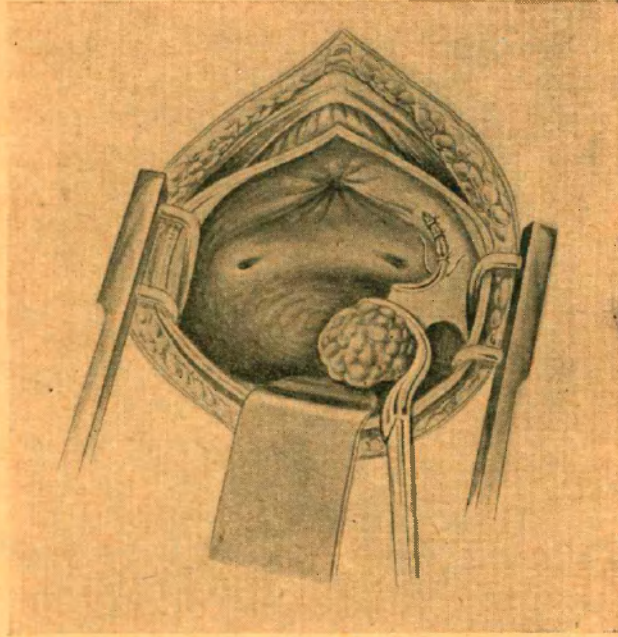


Figura 1

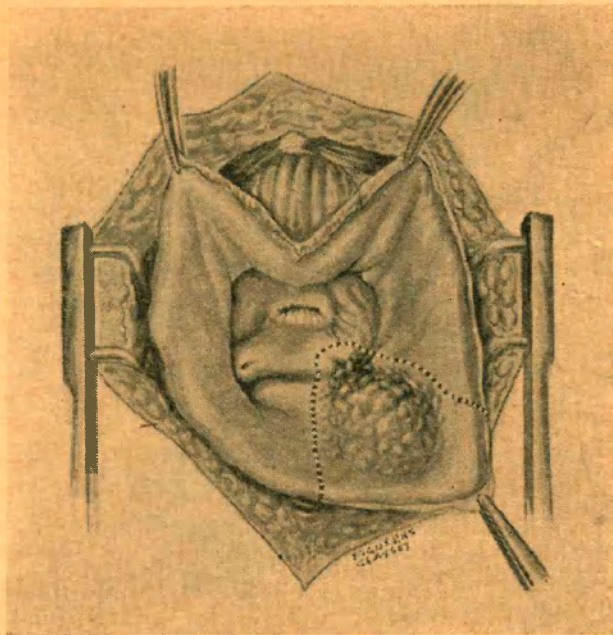


Figura 2

El problema lo constituye el avenamiento urinario, ya sea avocando los uréteres a la piel como preconizara Beer, o bien efectuando las anastomosis intestinales de los uréteres por cualquiera de las numerosas técnicas descritas, o por último confeccionando vejigas artificiales con distintos segmentos de intestino, que permitirán hacer más llevadera la vida de estos enfermos.

Los resultados, obtenidos con esta intervención no dejan de ser razonablemente mediocres. Los índices estadísticos de sobrevivencia después de los cinco años demuestran que después de esta intervención tan mutilante si bien está de acuerdo con el concepto actual en cancerología, están lejos de ser ideales, y ya sea por la recidiva del tumor o la infección ascendente y la insuficiencia

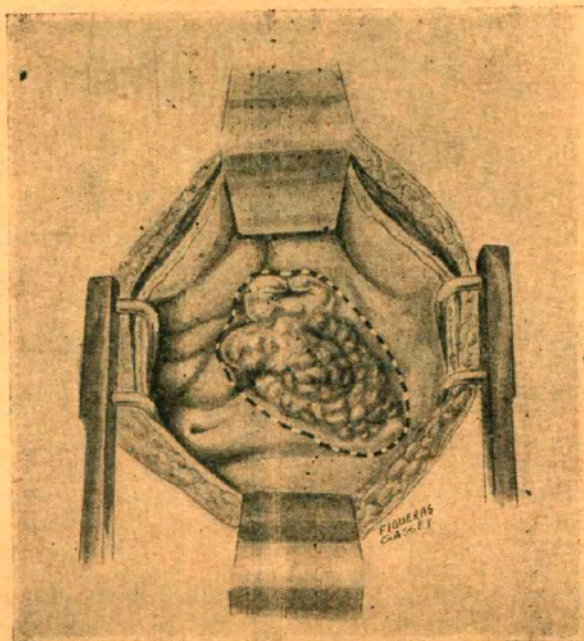


Figura 5

renal progresiva, dan cuenta de la mayoría de estos enfermos en tiempo muy limitado, con algunas excepciones que son las que justifican el método.

Quiero agregar que la cirugía complementada con el tratamiento por radiaciones en el mismo acto o en el post-operatorio, asociando la experiencia del cirujano con el radium y radioterapeuta permitirán quizás mejores resultados en el futuro. Dejo este capítulo para los correlatores.

TRATAMIENTOS PALIATIVOS

No entraremos en detallar los múltiples procedimientos para que la faz terminal del cáncer de vejiga sea más llevadera. De todos y del punto de vista quirúrgico, es la derivación urinaria la que permite al enfermo evitar el gran sufrimiento, impidiendo que la orina irrite la vejiga y dando un relativo confort.

Cabe aquí toda la serie de operaciones antálgicas, cuyos detalles escapan al objeto de este relato.

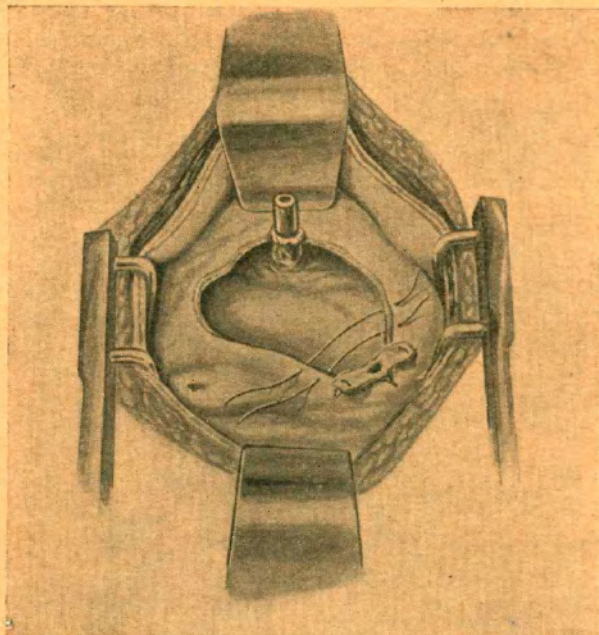


Figura 6

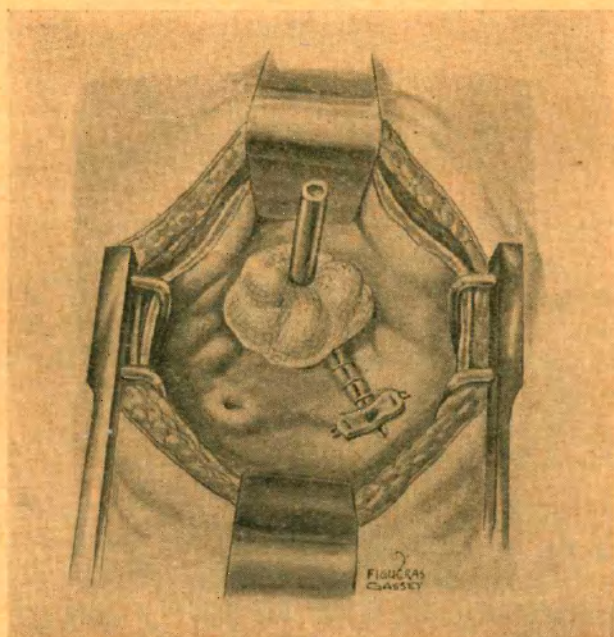


Figura 7

EN CONCLUSION:

1º — El tumor de vejiga es afección muy seria; potencial o actualmente maligna.

2º — Todo enfermo tratado de tumor de vejiga debe permanecer bajo severo contralor periódico.

3º — La cirugía nos brinda hoy medios que permite la curación en un número alentador de casos.

4º — El procedimiento a seguir dependerá de la ubicación del tumor, su extensión en superficie; su extensión en profundidad y el compromiso del cuello vesical y de los uréteres.

5º — Salvo casos típicos los procedimientos actuales de diagnóstico no permiten préver siempre, cuál será la técnica adecuada, debiendo el cirujano estar en condiciones de aplicar cualquiera de los procedimientos de acuerdo con los resultados de la exploración quirúrgica.

6º — La asociación de la cirugía con los otros medios terapéuticos es posible que mejore el pronóstico y las posibilidades de curación de esta enfermedad.

DISCUSIÓN

Dr. Arredondo (de Rosario). — ¿Cuál es su punto de vista sobre la derivación ureteral cutánea y el abocamiento de los uréteres al intestino?

Dr. Mathis. — Cuando practicamos cistectomías totales variamos mucho la conducta según el enfermo. Si el uréter está dilatado realizamos la ureterostomía cutánea. Actualmente, preferimos hacer la cistectomía total previo abocamiento de los uréteres a la piel y pensamos en la realización de un abocamiento intestinal, en un segundo tiempo. La mayoría de estos enfermos no dan mucha tela para hacer demasiado cosas. La ureterostomía cutánea es un mal menor. Los enfermos no la toleran, y suele producirse una verdadera inundación de orina. Las sondas no permiten la continencia de la orina y la enfermedad postcistectomía es tremenda, aunque muchas veces, sea la única solución con que se cuenta.

El abocamiento de los uréteres al intestino escapa al tratamiento general del cáncer, pero es una solución que en algunos casos se lleva a cabo. No es, a nuestro juicio, la solución ideal ni mucho menos.
