

Asociación Médica Argentina

# Revista Argentina de Urología

Órgano oficial de la Sociedad Argentina de Urología

Año XXVII

JULIO-DICIEMBRE 1958

Números 7-12

---

## Sociedad Argentina de Urología

3ª. Sesión científica ordinaria - 21 de agosto de 1958.

*Presidente:* . . . . Dr. José S. Dotta

*Secretario:* . . . . Dr. Raúl J. Borzone

---

Facultad de Medicina de Rosario.  
Cátedra de Urología. Jefe: Prof. Dr. R. Ercole.

## EL INJERTO QUIRURGICO EN LOS TUMORES PAPILARES VESICALES. COMENTARIOS SOBRE UN CASO

---

Por el Dr. ROLANDO HEREÑU

Los tumores papilares del urotelio tienen especial predilección por injertarse. Esta propiedad no admite discusión, ya que está avalada por numerosos hechos, pero creemos que no es superfluo insistir en el tema cuando se comentan observaciones clínicas evidentes como la que hoy deseamos presentar.

En un gran número de casos parece incontrovertible que es por este medio que llegan a coexistir un tumor de este tipo desarrollado en la pelvis o el uréter, con uno o más de localización vesical, surgidos por siembra descendente a partir de aquél.

Otras veces la explicación de esa concomitancia en distintos sectores del epitelio urinario, puede estar en la acción persistente de un agente cancerígeno llevado por la orina, que origina múltiples y a veces sucesivos focos tumorales de idéntico carácter.

Pero cuando el autoinjerto se pone más francamente en evidencia, es en los casos en que luego de ser operado un tumor de esta naturaleza, aparece

uno similar en un sitio extraño al urotelio y distante de las vías linfáticas posibles de diseminación, localizado en cambio precisamente en el lugar de la incisión operatoria.

Melicow cita la implantación quirúrgica en la herida escrotal de una vasotomía, que se había efectuado en seguida de extirpar un epiteloma papilar vesical sin cambiar instrumental. García y Casal relataron hace unos años entre nosotros, un caso muy similar al que referiremos ahora. Creemos que si todos los que han vivido experiencias semejantes, se decidieran a publicarlas, su número podría constituir un serio llamado de atención.

En nuestro concepto es tan definitivo el hecho del injerto en el enfermo que comentamos, que adquiere el valor de una experiencia clínico-patológica tan clara como la que se puede deducir de los heteroinjertos (en la cámara anterior del ojo del cobayo, por ejemplo) (2, 4) o los cultivos *in vitro* con células desprendidas de estos tumores (1).

Por otra parte, y conviene recalcarlo, las observaciones como ésta deben hacer extremar las medidas destinadas a evitar la siembra quirúrgica.

Es clásico proteger ampliamente la herida con gasas durante la extirpación, y proceder después al cambio de instrumental y guantes, y a la aplicación, en la región operada, de alcohol puro con el que se pretende desvitalizar las células que pudieran haberse desprendido de la tumoración. Esto fué lo que se hizo en nuestro enfermo, como en el de García y Casal: en ambos, tal profilaxis fué insuficiente. Son de imaginar las grandes posibilidades que se ofrecen a estos autoinjertos cuando ni siquiera se toman estas precauciones. A este respecto diremos que Melicow (5) ha sugerido, en lugar del alcohol, el uso de podofilina o fenol, e incluso el de los rayos X sobre la herida abierta.

*Caso clínico.* En enero de 1957 consulta al Servicio un hombre de 65 años, trabajador de campo (Hist. Clínica Nº 4132). Hacia diez años, a raíz de una hematuria, se le había hecho el diagnóstico endoscópico de un papiloma vesical, que no accedió a tratarse. Después de este episodio, tuvo algunas otras hematurias muy discretas y esporádicas, pero hacia fines de 1956 se presenta una hemorragia más severa, que se acompaña de ardor miccional, polaquiuria y dolores hipogástricos difusos. Estudiado por cistoscopia se observa, hacia el lado derecho, una pequeña masa papilar cerca del cuello, y un grueso tumor del mismo tipo, necrosado parcialmente, con pseudomembranas y coágulos, situado inmediatamente encima del meato ureteral y cuya base de implantación no alcanza a precisarse, dado su tamaño (fig. 1). Urográficamente no hay ectasia alta ostensible, y el lleno vesical es deficiente. El 7-2-57, se opera vía suprapúbica: extirpación submucosa de ambas tumoraciones, que tenían un pedículo delgado. La intervención se hace con las precauciones habituales en estos casos. El post-operatorio inmediato fué excelente, y se va de alta diez días más tarde, con micción normal. Se siente bien y no vuelve a controlarse. En enero de 1958 comienza a notar una sensación de pesadez hipogástrica, y polaquiuria, sin hematuria apreciable en ningún momento. El examen revela una tumoración piriforme en la pared abdominal, que hace cuerpo con los rectos anteriores del abdomen, situada a nivel de la cicatriz operatoria, con su base contra el pubis. La piel no está invadida. Una cistoscopia permite observar que en la región del meato ureteral derecho, al cual oculta, hay una nueva formación papilar, aunque moderadamente vegetante, parcialmente necrosada y con pseudomembranas. El resto de la vejiga, en especial la cara anterior donde se había hecho la cistostomía, es completamente normal. La urografía muestra la falta de relleno vesical, sin repercusión pieloureteral. Todo permite suponer que se trata de dos tumores diferentes, absolutamente aislados, uno en la cicatriz de la pared y otro en la cicatriz de la región que ocupaba la gruesa masa papilar inicial (Fig. 2). La nueva intervención (25-3-58) lo confirma. El tumor de pared se limita al plano de los rectos, sin sobrepasarlos, y es posible resecarlo pasando por zona muscular sana: sólo sobre el pubis hay adherencias que obligan a esculpirlo en el plano óseo. La vejiga está totalmente libre, lo mismo que los tejidos perivesicales. Se procede a abrirla, reseándose también la recidiva de su pared posterior, debiendo practicarse una reimplantación del uréter derecho. Post-operatorio sin complicaciones. Se hace después una serie de radioterapia sobre la zona hipogástrica. En esta serie llegó a 8.000 r. de terapia grillada, en 12 sesiones.

Anatomía patológica: La histología de ambos tumores vesicales primitivos y de su recidiva local, es similar. Es un epiteloma transicional grado I, de estructura papilar (fig. 3). El injerto en pared, tiene idéntico aspecto. La figura 4 muestra una zona periférica del mismo, donde se aprecia la invasión del tejido muscular estriado de los rectos anteriores.

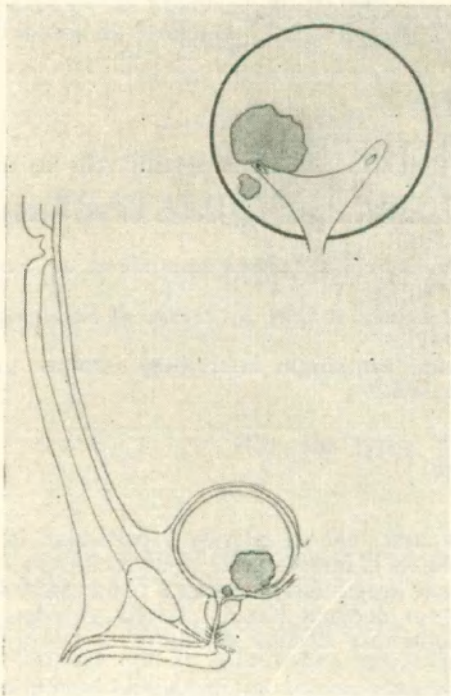


FIG. 1. — Esquema de las lesiones iniciales, enero de 1957.

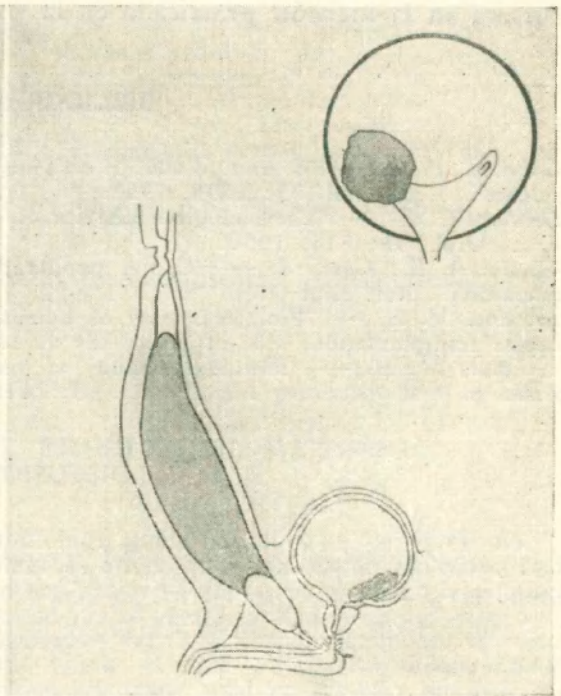


FIG. 2. — Esquema de la situación existente al año de operado, en febrero de 1958, recidiva vesical y autoinjerto en la pared abdominal a nivel de la cicatriz hipogástrica.



FIG. 3. — Corte del tumor recidivado en vejiga (800 X). Epiteloma transicional, con algunas imágenes de mitosis, clasificado en el grado I. Ejes conjuntivo-vasculares sostienen su arquitectura papilar.

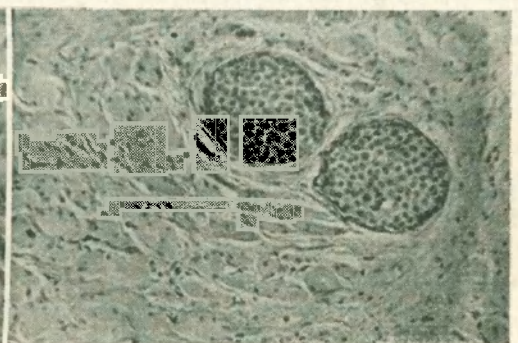


FIG. 4. — El tejido muscular estriado de los rectos anteriores del abdomen, invadido por un tumor epitelial transicional idéntico al de la fig. 3. (400 X).

Urograma de control (28-5-58), muestra buena función de ambos riñones, ausencia de ectasia en el lado reimplantado, cistograma normal.

El 31-7-58 el enfermo tiene un buen estado general, no hay signos de recidiva local de sus tumores, pero acusa desde días atrás fuertes dolores sacroiliacos bilaterales, no pudiéndose confirmar todavía la sospecha clínica de metástasis.

Se hacen algunas breves consideraciones sobre la predilección de los tumores papilares del urotelio por desarrollar autoinjertos.

Se presenta en detalle un caso en que, pese a las precauciones consideradas clásicas, al extirpar un tumor vesical de este tipo se hizo una implantación quirúrgica en la incisión practicada en la pared abdominal.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Cobb, J. P.; Kiefer, J. H.; Wood, F. H. — "Human bladder neoplastic cells in tissue culture". J. of Urol. 73: 1039, 1955.
2. Deming, C. L. — "The biological behavior of transitional cell papilloma of the bladder". J. of Urol. 63: 815, 1950.
3. García, A. E.; Casal, J. — "Cáncer papilar de la vejiga. Injerto tumoral en la cicatriz operatoria". Rev. Arg. Urol. 21: 232, 1952.
4. Massina, M. H. — "Biological assay of human kidney tumors by means of heterologous ocular transplantations". J. of Urol. 58: 1, 1947.
5. Melicow, M. M. — "Histological study of vesical urotelium intervening between gross neoplasms in total cystectomy". J. of Urol. 68: 261, 1952.

#### DISCUSION

*Dr. Trabucco.* — Nosotros hemos tenido dos casos, uno de ellos muy particular, lo que me hace pensar que tal vez, no sea un injerto del tumor en la intervención primitiva la que se ha efectuado en el tejido próximo. Todo cirujano que tiene experiencia quirúrgica toma las medidas del caso para que no se injerte. Eso es lo que hacen los doctores Hereñu, García y todos. Sin embargo, de vez en cuando en algún caso comprobamos una recidiva de tumor en la herida o próximo a ella.

El primer caso que me hizo pensar que posiblemente no sea un injerto del tumor extirpado, fué un enfermo que operé de un epiteloma de riñón a células claras. Al cabo de tres meses, se presentó con un tumor de la herida. Se comprobó que se trataba de un sarcoma, tumor totalmente distinto del que estaba en la herida operatoria.

El segundo caso fué un tumor de vejiga que también se operó. A los 4 meses hizo un tumor cerca de la herida quirúrgica; no habíamos tocado esa zona en la intervención.

Las dos imágenes que mostró el doctor Hereñu, más que tumor, parecería tratarse de tumores embólicos establecidos en un sitio determinado de la pared. En una herida donde se ha producido una agresión existe una mortificación y disminución de las defensas, por lo que en un momento dado es más fácil que se produzca allí una metástasis, más que un injerto. Esto suele suceder varios meses después de la operación primitiva. Más que injerto tumoral, ¿no podrá considerarse en razón de la deficiencia nutricia y de defensas que puede tener un tejido agredido, una metástasis más que un injerto verdadero? Sería interesante saber si realmente es un injerto o si no se trata de la metástasis producida a través del torrente circulatorio.

No debe olvidarse que después de estas intervenciones, existe un desequilibrio completo de todo lo que sea defensa, histiocitos, etc., que puede favorecer tanto la implantación de un injerto como la producción de una metástasis.

*Dr. Rebaudí.* — A pesar de haber tomado las precauciones consiguientes, he visto dos casos de infección tumoral de la herida.

Tengo en estudio otro paciente, que todavía no he operado —fué intervenido quirúrgicamente en otro servicio— en cuya vejiga existen varios tumores, posiblemente papilomas cancerificados. Por fuera de la herida, separada por unos tres traveses de dedo, hay un tumor del tamaño de una mandarina. Eso me hizo pensar que el tratamiento de la operación y posiblemente, un pequeño descuido en la técnica, haya podido producir un injerto.

Considero muy interesantes las explicaciones del doctor Trabucco.

*Dr. Hereñu.* — Agradezco al doctor Trabucco su aporte y el enfoque nuevo que nos hace es muy digno de ser tenido en cuenta. En nuestro caso, creemos que debe tratarse de un injerto en el momento quirúrgico. No nos parece que pueda ser una embolia, porque aún cuando la imagen que hemos traído daría la impresión de pequeños nidos, el tumor era muy grande.

En el primero de los casos relatados por el doctor Trabucco, cuesta creer que fuera una embolia, puesto que se trataba de dos tumores distintos. Hay un estado en ciertos casos que predispone al desarrollo de tumores malignos.

Agradezco al doctor Trabucco ese enfoque que hemos de tener en cuenta, como así también al doctor Rebaudí su aportación.