

**SARCOMA FUSO - CELULAR DE VEJIGA, OPERADO  
POR DIATERMOCOAGULACION BIPOLAR  
A CIELO ABIERTO. - CURACION**

Por el Dr.

**JUAN JOSE GAZZOLO**

---

La casuística de estos últimos años, nos revela, a veces, éxitos sorprendentes y, por lo tanto inesperados en el tratamiento de las neoplasias malignas de localización diversa.

Esos éxitos deben alentarnos para luchar contra ese azote de la humanidad, no abandonando esos desgraciados enfermos, a su propia suerte y condenándolos así a una muerte segura en medio de sufrimientos más o menos grandes.

La diatermia quirúrgica es, sin duda alguna, el método terapéutico más valioso hasta el presente, para la destrucción y ablación de los tumores malignos.

Con ella se tienen múltiples ventajas que dan al método todo su valor: intervención más rápida y por lo tanto disminución del shock operatorio, acción hemostática y, por consiguiente, campo exangüe, esterilización de los tejidos, bloqueo de los vasos sanguíneos y linfáticos, impidiendo la diseminación de los neoplasmas, posibilidad de intervenir sobre neoplasias, cuyo emplazamiento anatómico, las coloca fuera del alcance del cirujano, como ocurre, por ejemplo, con los tumores del trigono vesical y vecindad de los orificios ureterales, cicatriz no retráctil y elástica, post-operatorio exento de dolor.

En el tratamiento de las neoplasias vesicales, la electrocoagulación aplicada primero por Beer, en 1910, para el

tratamiento de los papilomas por vía endoscópica, valiéndose de un cistoscopio cateterizador por el interior del cual pasa una sonda aislada que con tal fin hizo construir, ha sido empleada después para el tratamiento de los tumores malignos, sea por vía endoscópica, o bien a cielo abierto, previa cistostomía amplia.

Hoy la diatermocoagulación en los tumores malignos de la vejiga, cuenta con más adeptos que en 1926, cuando en nuestra comunicación, presentada al III Congreso Nacional de Medicina, "Tratamiento de los tumores vesicales", sosteníamos que constituía por aquél entonces, el mejor tratamiento de los tumores de la vejiga, sean benignos o malignos. La observación posterior de numerosos casos ha corroborado la exactitud de ese convencimiento, sin dejar de reconocer toda la gravedad de esos casos, que justifican las mayores reservas, en cuanto a pronóstico alejado. Pero, si no siempre cura, representa, al menos, un paliativo capaz de prolongar la vida del enfermo en mejores condiciones.

Aun los que prefieren la cistectomía parcial, con resección, más o menos extensa de la pared vesical, no obstante la frecuencia con que se observan las recidivas, cuando así se procede, han de reconocer que la diatermocoagulación es un recurso de primer orden, al menos, para los tumores localizados en el trígono y vecindad de los orificios ureterales.

Sin embargo, el tratamiento endoscópico, no siempre es posible. En ciertos casos, el número, situación, volumen y naturaleza histológica, obligan a recurrir a la diatermocoagulación, a cielo abierto. Con ella, Salleras ha obtenido, entre nosotros, muy buenos resultados. Por nuestra parte, agregaré, que, en tres casos en que el examen histológico de un fragmento eliminado después de electrocoagulación endoscópica, nos reveló tratarse de sarcoma, nos obligó a suspender el tratamiento, pues, no obstante practicar sesiones largas, la neoplasia no disminuía de volumen, debido, seguramente, a una proliferación notable, a raíz de cada sesión.

Con la técnica llamada **unipolar**, en la que sólo uno es

el electrodo activo y el otro es indiferente, se establece durante la aplicación de electrocoagulación, un cono diatérmico, extendido entre ambos electrodos en el que es difícil precisar la extensión en profundidad de los efectos de la corriente diatérmica, por más grande que sea la experiencia del que actúa.

Con el empleo del **método bipolar**, también llamado por Samengo, **técnica del circuito breve y a distancia fija o del bieléctrodo**, se tiene un perfecto dominio de la acción de la corriente que queda concentrada, entre los dos puntos o superficies de ambos electrodos o del bieléctrodo. Como bien lo hace notar Samengo, se evita la acción próxima o remota de la corriente, en su paso a través del organismo, disminuyendo cualquier efecto de shock.

Las razones técnicas y los resultados obtenidos por Samengo, en Oto-rino-laringología en su vasta experiencia, con el método bipolar, que se inicia en 1916, reconocidos por propios y extraños, nos convencieron de su eficacia y resolvimos llevarla a nuestra especialidad, aplicándola al tratamiento de los tumores malignos de la vejiga, a cielo abierto.

Nuestro primer caso, el que motiva esta comunicación, a pesar de tratarse de un sarcoma de gran tamaño, aproximadamente el de una mandarina, ha sido todo un éxito, no obstante carecer de un instrumental apropiado, realizando la destrucción del tumor, con un bieléctrodo de Samengo, acodado en ángulo obtuso, modelo de los empleados para boca y faringe.

Las dificultades encontradas por la falta de un instrumental apropiado, nos ha llevado a crearlo. En la próxima sesión de nuestra Asociación Argentina de Urología, tendré el placer de presentar ese instrumental, conjuntamente con algunas nuevas observaciones de diatermocoagulación bipolar a cielo abierto.

Es esta, pues, una comunicación previa, que sólo he deseado hacer, con el fin de sentar la prioridad de esta nueva técnica, en nuestra especialidad.

Antes de pasar a referir la historia clínica del caso, motivo de la comunicación presente, deseo agradecer al doctor Luis Samengo, sus valiosas indicaciones y el habernos acom-

pañado en esta primera intervención, así como al Dr. Oscar Behr, por su colaboración anátomo-patológica.

He aquí la historia clínica:

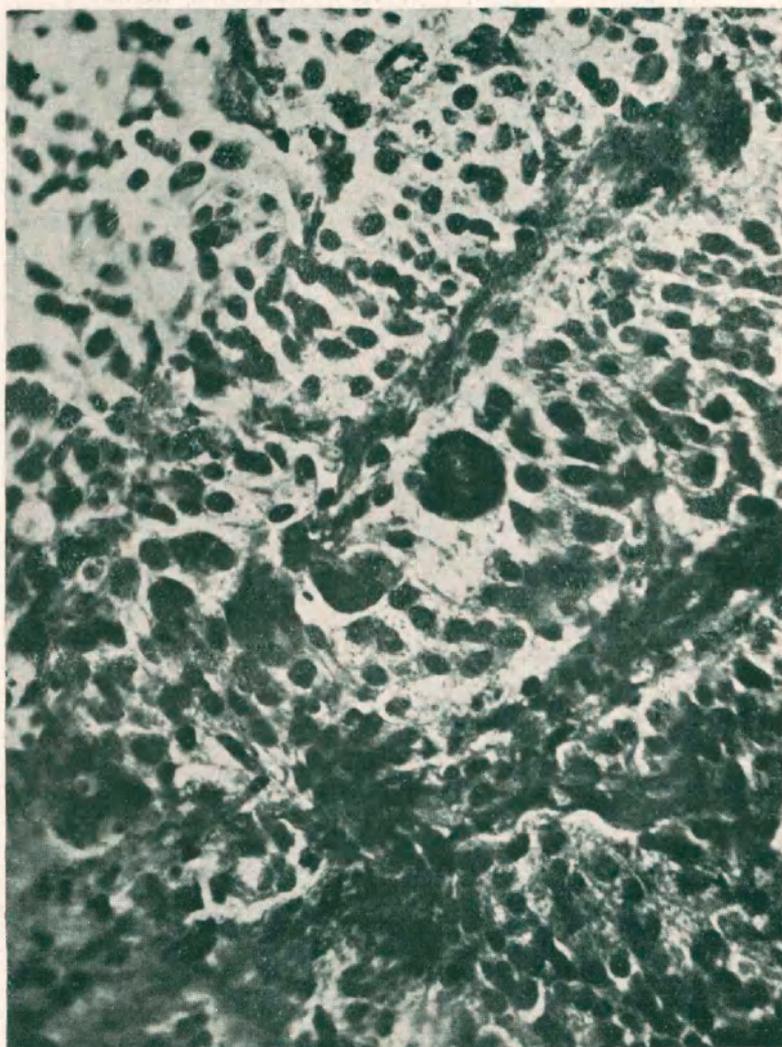


Figura 1

P. S. — 61 años, casado, alemán. Servicio de Urología del Hospital Alvear, Sala 6, cama 49.

**Antecedentes hereditarios.** — Padre falleció a los 82 años, ignorando la causa. Madre falleció de infección puerperal.

**Antecedentes personales.** — Siempre ha sido sano. Niega venéreas.

**Enfermedad actual.** — Hace 4 años comienza a notar dolor en la región del cuello vesical, al terminar de orinar, siendo la orina li-

geramente sanguinolenta. Desde hace un año, el dolor se ha hecho más intenso y la hematuria más manifiesta, teniendo polaquiuria diurna y nocturna.

**Estado actual.** — 7|VII|1932. Sujeto en buen estado de nutrición. Piel pálida. Nada de particular fuera del aparato urinario.

Al examen de su aparato urinario, se constata: orinas piúricas con abundantes mucosidades, las que, por períodos se hacen francamente hematóricas; uretra libre, al número 24; próstata normal al tacto; capacidad vesical, 180 cc. Cistoscopia: cuello algo deformado por hipertrofia prostática; en el vértice vesical y extendida hacia la cara anterior y lateral izquierda, de 2 a 4 horas, se observa una gran neoplasia, sesil, de superficie lisa, lobulada, separada por surcos profundos, en la que se observa una parte necrosada y recubierta de mucosidades, a raíz de varias sesiones de electrocoagulación endoscópica, que se le han practicado en el Servicio; resto de la vejiga normal; orificios ureterales entreabiertos.

Urea en suero sanguíneo, 0.32 o/oo (Laboratorio central del Hospital Alvear; 14-VII-1932).

Examen histológico de un fragmento de la neoplasia eliminado después de una de las sesiones de electrocoagulación endoscópica, revela tratarse de un sarcoma fuso-celular. (Laboratorio de anatomía patológica del Hospital Alvear. Protocolo 1679).

**Operación:** 29-VII-1932. Cirujano, Dr. Gazzolo. Ayudantes, Dres. Comotto y García.

Anestesia epidural, con 0.80 centigramos de novocaína en solución al 2 o/o, previo enema con XX gotas de láudano y 1.50 gramos de antipirina. Anestesia local de la pared, con solución de novocaína al 1 o/o.

Se hace una amplia cistostomía vertical, practicando la incisión de la pared en la línea mediana, según la técnica corriente, pero la incisión de la vejiga es necesario lateralizarla hacia la derecha, debido a que el tumor ocupa parte de la pared anterior del reservorio. Nos encontramos con una neoplasia grande, como una mandarina de las mayores, que no es posible exteriorizar, comenzándose en esas condiciones la electrocoagulación bipolar, con un bieléctrodo modelo Dr. Samengo, de los que emplea para naso-fárinx; después de haber electrocoagulado parte del tumor este se consigue exteriorizar, continuándose la diatermocoagulación hasta la destrucción total del mismo. Sutura parcial de la vejiga y pared por planos. Se coloca drenaje con tubo de Marion No. 60. La anestesia es excelente, no sufriendo el enfermo.

**Post-operatorio.** — Los tres primeros días, se hace suero glucosado inyectado, subcutáneo 500 gramos diarios; Murphy rectal gota a gota con suero glucosado; aceite alcanforado al 20 o/o, 15 cc. diarios. La temperatura en estos días, asciende como máximo, a 37.5

grados. La orina es hematúrica el primer día, haciéndose clara y transparente, después. El enfermo no ha tenido dolores después de operado.

14|VIII. — Se coloca sonda permanente.

31|VII. — Vejiga cerrada desde hace dos días. Se retira la sonda permanente.

5|IX. — **Cistoscopia:** Capacidad 120 cc., no observándose ninguna neoformación.

**Examen de un fragmento del tumor obtenido por biopsia en el momento de la intervención.** — El Dr. Behr, que ha practicado dicho examen, así como la microfotografía que acompaña este trabajo, nos da el siguiente informe: Protocolo 1784, del Hospital Alvear. En la microfotografía adjunta, se destacan los siguientes caracteres: El tejido tumoral, hállase totalmente constituido por elementos del tipo conjuntivo no maduro. La anaplasia resulta evidente, teniendo en cuenta este último carácter, así como la presencia de células gigantes. El tejido es netamente fibroplástico, permaneciendo las fibrillas colágenas en estado inmaduro. Igual carácter denotan los vasos. Se trata de un sarcoma fuso celular.

## DISCUSION

**Salleras.** —

*Refiere su experiencia sobre la "electrocoagulación a cielo abierto", con electrodos monopolares, que permiten una destrucción del tumor rápidamente y sin peligro, cuando se sabe manejar. Ha usado, también, la bipolar algunas veces y encuentra que la destrucción de los tumores se hace con mucha menos facilidad que con los gruesos electrodos unipolares.*

*Dice que los resultados de la electrocoagulación a cielo abierto, son buenas en general, cuando el tumor tiene una infiltración superficial mucosa o submucosa, pero cuando hay ya infiltración profunda de pared, entonces los resultados son negativos. Tiene enfermos tratados por este medio y curados desde hace más de cinco años.*

**J. Monserrat.** —

*La diatermocoagulación como método terapéutico, ha sido utilizada con éxito en muchas observaciones y la bipolar cuenta con un buen número de ellos, en oto-rino-laringología, pero es indispensable un riguroso control, para afirmar la realidad*

*de los resultados inmediatos que, en definitiva, poco dicen, sino en los alejados que es lo fundamental.*

*Si nos concretamos a la observación presentada, interesante bajo el punto de vista del procedimiento técnico, no estamos de acuerdo, bajo el punto de vista anátomo-patológico.*

*Los tumores de vejiga de la familia mesenquimática son extraordinariamente raros y de los casos publicados, ninguno hasta la fecha, ha beneficiado de los procedimientos de electrocoagulación.*

*La microfotografía presentada, nos muestra ejes conjuntivales y en torno a ellos, conglomerados celulares, cuyo núcleo picnótico nos dice claramente, que han sufrido la acción de la electrocoagulación, en estas condiciones, un estudio citológico delicado, como es necesario para el diagnóstico de sarcoma, es difícil, pero sin embargo, los ejes conjuntivos, los conglomerados celulares, la estructura nuclear, nos indican más bien de que estamos en presencia de un tumor epitelial y no sarcomatoso, lo que es fundamental, porque benefician muy distintamente de los procedimientos de electro-coagulación.*

#### **García A. —**

*Coincide con el Dr. Monserrat, en la necesidad de un propio estudio anátomo-patológico del tumor extirpado, pues, tratándose de una variedad tan rara, como es el sarcoma de la vejiga, su estudio adquiere un valor estadístico grande, y el hecho de haber llevado a cabo con él un tratamiento nuevo, es de singular interés, en neoplasias como el caso en estudio, de pronóstico tan grave y curación tan difícil.*

*Respecto a la electrocoagulación, aun la bipolar, que propone el autor, es poco optimista, en cuanto a los resultados en el sarcoma de la vejiga, pues aun admitiendo que estos tumores puedan desarrollarse a expensas del tejido mesenquimático de la submucosa, es bien conocido de todos su carácter infiltrante o invasor, que bien pronto abarca todo el espesor de la pared vesical. Tendiendo inclusive a invadir los tejidos u órganos vecinos, de donde la frecuencia de las fístulas y comunicaciones patológicas que constituirían para algunos su modalidad evolutiva más corriente. Cree, pues, que, para ob-*

tener éxito con la electrocoagulación, ha de tratarse de un tumor muy pequeño, circunstancia poco frecuente, dado el rápido crecimiento de este tipo de neoplasias.

Respecto a la curación de que habla el Dr. Gazzolo, cree que es prematuro afirmarla, pues todos conocen las recidivas frecuentes de los tumores malignos, después de la electrocoagulación. Considera que el mes transcurrido, después de instituído el tratamiento, es insuficiente para asegurar su éxito, y al respecto refiere un caso de sarcoma de la vejiga, tratado con electrocoagulación, cuyo post-operatorio inmediato fué excelente, llegando a obtenerse el cierre de la vejiga y la desaparición de los síntomas, pero 2 meses después, el tumor reinicia el crecimiento, esta vez muy rápido, falleciendo el enfermo a los 4 meses de la intervención, en plena caquexia.