

COMPLICACION DEL TRATAMIENTO DEL CANCER DE VEJIGA CON CITOSTATICO. PERFORACION DE VEJIGA

Por el Prof. Dr. ARMANDO E. TRABUCCO, Dr. OSCAR C. CARREÑO y Dr. HORACIO A. LEVATI

Queremos referir brevemente dos casos de una rara complicación que nos ha tocado observar, casi simultáneamente.

Se trata de una perforación de vejiga en cavidad peritoneal libre en enfermos a quienes se les había efectuado ligaduras de arterias hipogástricas y Endoxan intraarterial (durante el acto quirúrgico) y endovenoso posteriormente.

El primer enfermo (Historia Nº 20, serie 689) se interna en el Servicio con un cuadro de retención completa, después de arrastrar de tiempo atrás síntomas de polaquiria y disuria y urgencia miccional, sin manifestar el enfermo episodio alguno de hematuria.

El sondaje dio orinas sanguinolentas y coágulos.

Se le efectúa un estudio cistoscópico que la poca capacidad vesical y el dolor que despierta a la distensión, permiten sólo ver una masa neoformativa, pero no precisar los caracteres morfológicos de extensión e infiltración con justeza.

Por esta razón días después, bajo anestesia general, se repite el examen endoscópico.

Se comprueba la hemivejiga izq. ocupada por brotes carnosos e infiltrantes.

El urograma excretor muestra falta de función en el lado izquierdo y el uréter derecho dilatado en su extremidad inferior y con un stop que está indicado su dificultad para evacuar en vejiga.

La vejiga aparece con más de la mitad de su sector izquierdo sin rellenar o con rellenamiento irregular atigrado.

La uretrocistografía muestra una vejiga chica, hipertónica y con todo su borde izquierdo infiltrado, y con falta de relleno en algunos sectores como sacabocados.

El enfermo no aceptó terapéutica quirúrgica y se retiró por su propia voluntad.

A los pocos días reingresa con copiosas hematurias y con intensa anemia.

Se reinternó, se levanta el estado general con las necesarias transfusiones y se interviene.

Se le efectúa derivación uretral a piel, ligadura de las arterias hipogástricas y Endoxan 200 mg. intraarterial.

El paciente hace un postoperatorio normal y a su pedido se da de alta, indicándosele Endoxan endovenoso.

Al mes y días concurre de nuevo al hospital con una intensa ictericia, pero sin problemas vesicales de importancia, salvo algunas expulsiones por uretra de una secreción hemática y como restos de tejido.

Se efectúa un estudio clínico del enfermo, tratando de aclarar si el cuadro icterico era por lesión de la célula hepática, por el Endoxan o por la lesión obstructiva por metástasis hepática.

El enfermo comienza a mejorar y a desteñirse y de pronto, al mes y 10 días de reinternado y estando en tratamiento protector y dietético, hace un cuadro agudo abdominal, que lo lleva a la muerte en colapso.

No supimos interpretar el cuadro clínico, que fue aclarado en la autopsia.

En la necropsia se encuentra una gran cantidad de pus ligeramente hemático, en cavidad peritoneal libre y se observa una perforación en cúpula vesical. Esta es de bordes netos, como en sacabocados y no muestra signos de bloqueo por adherencias peritoneales o intestinales (foto N° 1).

La prolija exploración visceral no muestra otra lesión que pueda ser causante de la peritonitis.

El examen de la pieza vesical aislada (slide 1) muestra que está ocupada por una enorme masa tumoral infiltrante y proliferativa a la vez (slide 2), con zonas de necrosis y esclerocel.

Histológicamente se trata de un tumor de tipo indiferenciado de origen paramalpighiano, constituido por grandes masas de células de distinta forma, coloración y tamaño, con marcada anaplasia, activas de algunas zonas y en estado de necrobiosis en la parte correspondiente a la ulceración.

La zona ulcerada presenta una marcada infiltración de polinucleares y entre ellos células neoplásicas disgregadas con picnosis y cariorexis de sus núcleos y lesiones acentuadas, cerca de la solución de continuidad y células más sanas e íntegras al alejarse de ellas.

El segundo enfermo (Historia N° 7, serie 692) ocupa la cama 60 con el diagnóstico de tumor vesical, sesil e infiltrante, que ocupa toda la hemivejiga izquierda.

Por la gran hemorragia y el estado general del enfermo se lo deriva (uréterocutáneoanastomosis) y se le efectúa ligadura de ambas arterias hipogástricas, previo Endoxan intraarterial.

Postoperatorio con franca disminución de las hematurias y recuperación del estado general.

El día 22/VIII/61 se decide intervenirlo para efectuar una cistectomía total, pues por uretra sale siempre un líquido fétido y purulento.

En el acto quirúrgico se comprueba una perforación vesical reciente, cuyas características se superponen con las del caso anterior.

COMENTARIOS

Creemos de interés el relato de estos dos casos, por cuanto conocemos la extrema rareza de las perforaciones espontáneas de los tumores de vejiga en cavidad peritoneal y cuando lo hacen van precedidas de un bloqueo peritoneal y visceral previo.

Llama la atención la agudeza de la perforación, lo que nos hace pensar que la necrobiosis masiva de las células provocada por el citostático empleado (Endoxan) se ha hecho en forma veloz y localizada.