

## CISTOPOLIGRAFIA

---

Por el Dr. E. FISCH

Es la técnica que el Dr. I. Termeliescu de la Clínica Quirúrgica de Bucarest, efectúa desde el año 1958, y que actualmente empleamos para el mejor estudio de los tumores vesicales.

Se trata de un procedimiento especial para visualizar radiográficamente la vejiga, consistente en llenados parciales y sucesivos, con sustancia de contraste, de la misma, impresionado cada uno de ellos siempre en la misma placa. Se denomina tal la bautizó su autor "cistopoligrafía", y es en realidad una impresión dinámica del desplegamiento de las paredes vesicales. Si nos remitimos a los días actuales, a esta técnica la podemos considerar como los "palotes" de la radiocinematografía vesical; pero dados los escasos medios con que cuentan los comunes ambientes hospitalarios podemos considerar a la cistopoligrafía como un recurso útil.

Es una técnica más, que permitirá al urólogo corroborar el diagnóstico y tener una impresión pronóstica, lo más correcta posible en el estudio de los tumores vesicales, al poner en evidencia la mayor o menor infiltración de la pared vesical. Deseo poner en claro que este medio radiográfico, en modo alguno pretende ser el desideratum para el estudio de la patología tumoral de la vejiga, puesto que ya conocemos cuán versátil es la evolución posterior de dichas proliferaciones. Asimismo se puede afirmar que se complementa con los otros medios diagnósticos de que disponemos.

La técnica es simple. El autor la describe del siguiente modo: con el enfermo en decúbito dorsal y vejiga cateterizada y completamente vacía se procede a instilar 10 a 15 cc. de solución de yoduro de sodio al 15 % y novocaína al 1 % (el autor no aclara la cantidad de solución anestésica) impresionando con los rayos X la placa radiográfica. Sin mover el enfermo, ni retirar la placa radiográfica se procede a instilar de 30 a 40 cc. más de la sustancia de contraste y se impresiona por segunda vez la misma placa. Finalmente, nueva instilación de 50 a 60 cc. de contraste y una tercera impresión radiográfica. He suprimido en alguna ocasión el uso de la novocaína, suplantándola con un llenado suave y sin esfuerzo. También ha variado la cantidad de líquido a instilar en cada impresión radiográfica, relacionándola con la mayor o menor capacidad vesical, la cual determinamos previamente en cada enfermo. He usado, asimismo, la misma técnica en posición de perfil.

El desplegamiento o expansión de la pared vesical normal es mayor a expensas de la hemicircunferencia superior o destrusor, y menor en la hemicir-

cunferencia inferior o región del trigono y cuello. Esta imagen se esquematiza en la figura 1.

Cuando existe un tumor, esta imagen varía en relación con el tipo histológico y evolutivo de la proliferación. En caso de tumor benigno, tipo polipoido se nos ofrecerá una imagen lacunar con buena y simétrica expansión de la pared vesical. La buena expansión indica ausencia de daño muscular. La imagen lacunar puede ser única o múltiple y su posición generalmente excéntrica la puede diferenciar de una imagen calculosa (figura 2).

En caso de tumor maligno o infiltrante la imagen lacunar varía de tamaño y está acompañada de disminución o ausencia de expansión de la pared vesical dando imágenes asimétricas. La rigidez indica la extensión tumoral, y en los tumores grandes la vejiga parece amputada (figuras 3 y 4).

Es útil trazar una vertical que pase por el cuello vesical y divida en dos mitades la vejiga. El estudio de su mayor o menor simetría nos permitirá valorar la infiltración que pueda traer el tumor vesical en estudio. Esta técnica no es posible en las microvejigas por ausencia de capacidad.

En el caso de este enfermo: D. G., de 76 años de edad, H. Clín. 9721, existía un tumor vesical cuyo aspecto cistoscópico era macizo, sesil, y de aspecto maligno. En otro medio hospitalario se le había sugerido como única solución la cobaltoterapia. Efectuada la cistopoligrafía (foto 2) se puede observar además de la imagen lacunar, el normal desplegamiento de las paredes vesicales. Lo mismo se puede decir de la técnica en el perfil (foto 3). Ya, a cielo abierto, varió completamente el aspecto cistoscópico y se pudo observar una tumoración cuya extirpación se pudo realizar totalmente por resección submucosa, dado que no había infiltración de la pared muscular.

La siguiente cistopoligrafía (foto 4) es la de A. P., de 56 años de edad, H. Clín. 9727, que es otro tumor benigno de cara lateral de vejiga, donde constatamos buen desplegamiento de las paredes y cuya exéresis reveló la ausencia de infiltración.

Por el contrario, M. A., de 63 años de edad, H. Clín. 7612, era un tumor maligno que ya había sido tratado con cistectomía parcial y reimplante ureteral. Recidivó y la cistopoligrafía nos dio la siguiente imagen (foto 5) con una evidente fijeza de la pared vesical y con ausencia de desplegamiento. Explorado, se constató un tumor infiltrante que se desarrollaba hacia la pared pelviana.

Este otro enfermo: L. E. C., de 71 años de edad, H. Clín. 9685, tenía un adenoma gigante de próstata que pesaba 300 grs. La radiografía (foto 6) nos muestra una imagen lacunar central que es la del lóbulo medio que hacía prociencia en la cavidad vesical y cuyo tamaño enorme hace que la pequeña cantidad del contraste de la primera instilación se difunda por la periferia de la vejiga, a cuyas paredes despliega perfectamente, dando la sensación de que ya se hubiera efectuado un lleno amplio del órgano. Los posteriores llenados nos muestran un desplegado vesical normal.

Este otro caso: J. C., de 66 años de edad, H. Clín. 9583, es un tumor infiltrante de vejiga que llegaba hasta el cuello vesical. Presentamos primero la cistografía simple donde se observa el reborde tumoral (foto 7), y a continuación la C. P. G. (foto 8) donde se hace evidente la infiltración tumoral y la ausencia del desplegamiento de la pared vesical a nivel de la proliferación. La intervención quirúrgica confirmó lo antedicho.

Este otro enfermo, J. R., de 55 años de edad, práctica privada, tenía a la cistoscopia una neoformación infiltrante de pared lateral izquierda que no permitía visualizar el meato ureteral de dicho lado. El urograma nos da buena eli-

minación de ambos riñones y un cistograma con defecto de repleción en el lado izquierdo. La cistopoligrafía (foto 9) nos muestra un buen desplegamiento de la pared vesical, pero el trazado de la vertical pone de manifiesto una neta asimetría con disminución del área en la mitad enferma. La intervención confirmó los datos anteriores. Fue necesaria una resección cuneiforme amplia de la pared vesical que se hallaba infiltrada y cuyo informe anatomopatológico dio epiteliooma anaplásico de vejiga.

En el siguiente enfermo: R. B., de 66 años de edad, H. Clín. 9024, se observa buen desplegado de la pared, con múltiples imágenes lacunares. La intervención confirma la ausencia de infiltrado de la pared (foto 10).

Por último, el enfermo J. C., de 56 años de edad, H. Clín. 9796, que en la cistoscopia muestra un gran tumor sesil y macizo que se extiende desde la hora XII del cuadrante hasta la hora V, situado por detrás del cuello vesical. La C. P. G. (foto 11) muestra una verdadera vejiga amputada, con ausencia de desplegamiento a nivel del tumor y una neta asimetría vesical a expensas de la pared izquierda. Este enfermo no ha sido operado aún.

#### RESUMEN

Se trae a esta Sociedad una técnica radiográfica vesical consistente en la impresión de una misma placa, sin movilizar el enfermo, de varios llenados sucesivos, con sustancia de contraste de la vejiga. Se valora su utilidad en los tumores vesicales y se presentan varios casos.

#### DISCUSION

*Dr. Mallo:* A lo dicho por el dr. Fisch, quisiera agregar que en el Instituto de Urología de Barcelona —en el cual se hace cistopoligrafía desde antes de 1958— se hace siempre a un frente y dos oblicuos, porque en una serie de 180 cistopoligrafías que hemos visto hay muchas en las cuales la infiltración es pequeña y en las de frente es normal. En una de las que se tomó oblicuamente.

Si la presidencia me lo permite voy a mostrar algunas radiografías (Muestra.)

*Dr. Schiapappietra:* Estoy de acuerdo, en general, que eran distintas las interpretaciones por el examen cistográfico, lo mismo que se hace para las pielografías ascendentes. Pero cuando la lesión vesical inflamatoria es dolorosa, la cistografía nos ha mostrado algunos errores de interpretación, por las contracciones de la vejiga. Pasa exactamente lo mismo que cuando se hace una cistoscopia sin anestesia, la cual, si no hay una vejiga indolora que no se difunda, se puede hacer; pero cuando la bolsa vesical tiene puntos dolorosos inflamatorios, máxime si son infiltrativos, se ven las deformaciones y las imágenes más equívocas: un coágulo adherido a un proceso inflamatorio da un proceso de contracción del músculo. En la cistografía, sobre todo usando yoduro de sodio, es exactamente lo mismo.

La técnica expuesta por el comunicante es elogiosa, pero tiene, a mi manera de ver, sus inconvenientes. Cuando hay procesos inflamatorios habría que agregar la anestesia previa, porque la inflamación, a cada momento, da equívocos.

*Dr. Mallo:* Yo no mencioné lo que dijo el doctor. Cuando el enfermo tiene una vejiga dolorosa se le hace anestesia raquídea, y recién después la policistografía.

*Dr. Pujol:* En realidad, la infiltración es justamente lo que domina en el cuadro de la malignidad del tumor, que ya se manifiesta no en forma anímica, sino fisiológica por la alteración que puede tener a la desembocadura del uréter y la desviación. Pero si se va a hacer anestesia especialmente radicada, nada mejor entonces que hacer la palpación. Es un hábito en numerosos servicios no sólo del país, sino del mundo entero, hacer, a todo individuo que tiene tumor de vejiga, la palpación bimanual bajo anestesia.

*Dr. Schiapappietra:* Se está hablando de cistografía, del examen sistemático, de la anestesia, la palpación, del examen endoscópico...

*Dr. Mallo:* Yo estoy de acuerdo con el doctor, si no hubiera dicho que en el Instituto de Urología de Barcelona se hace siempre eso. Se ha hablado de endoscopia, no de tacto. Hemos estado cortos en nuestra exposición ya que nos hemos limitado a la policistografía.

#### CIERRE DE LA DISCUSION

*Dr. Fisch:* Una parte de nuestro trabajo se refiere a un método complementario. No es el desideratum ideal en la materia. Estamos de acuerdo en cuanto a los tumores vesicales, tan discutidos. Todavía debemos valernos de todos los métodos posibles para llegar a un buen diagnóstico y a una buena terapéutica. El nuestro es un medio más que, creemos, ayudará al urólogo a valorar el problema del tumor vesical.

Al Dr. Mallo lamento no haber nombrado al Dr. Soler Balcells, por cuanto no lo he hallado en la bibliografía publicada.

Al Dr. Schiappapietra, digo que generalmente modificamos la capacidad de inyección, a veces lenta y suavemente. Evitamos los enfermos infectados, con hematuria que puede traer serias complicaciones.

---