

EPITELIOMA PAPILAR - CARCINOMA DE VEJIGA

Por el Dr. R. A. RUIZ

La más simple de las clasificaciones clínicas de los tumores de vejiga como la de Keyes, clasifica los tumores en dos grupos: papilares e infiltrativos.

A pesar de su simplicidad esta clasificación permite al urólogo predecir con bastante aproximación su comportamiento evolutivo, y es por ello que tiene gran valor clínico.

Diversos autores están de acuerdo de que es muy difícil poder hacer con otros medios un pronóstico de mayor certeza.

Este comportamiento clínico no se puede predecir con mucha seguridad por el cuadro histológico; por las variaciones de la estructura celular de un mismo tumor o por las variaciones de los diferentes tumores papilares (en los tumores múltiples y sobre todo como lo demostraron Smith y Mintz del Massachusetts General Hospital que el grado de malignidad determinado por las características microscópicas del tumor no tienen relación con su tendencia metastática.

Es por todo esto y teniendo en cuenta la clasificación de Keyes que podemos decir en términos generales que los tumores papilares, pertenecen al grupo 1 y 2 estimado por el método de Broders y que los tumores infiltrativos pertenecen al grupo 3 y 4 de dicha clasificación.

Esta clasificación clínica, tiene también razones topográficas pues los tumores papilares, generalmente, se encuentran dentro o cerca del trigono y con frecuencia afectan a los orificios uretrales, estando tan próximos a ellos que en muchas ocasiones, comprometen la función de ese riñón.

Si bien es cierto que estos tumores papilares, que como hemos dicho desde el punto de vista de su anatomía patológica, pertenecen al grado 1 y 2 de la clasificación de Broders, presentan un gran problema, desde el punto de vista terapéutico, por su cercanía a los orificios uretrales, pues el tratamiento quirúrgico, como sería su resección, implicaría necesariamente una reimplantación uretral.

En contraposición a ello la mayoría de los tumores infiltrativos, que como hemos dicho pertenecían al grado 3 o 4 de la clasificación de Broders, tienen su ubicación preferentemente en la pared superior de la vejiga, lo que evidentemente facilita su tratamiento quirúrgico.

Si bien denominamos estos tumores, papilares, por su aspecto benigno, la observación clínica ha permitido comprobar que frecuentemente ellos recidivan y que abandonados a su evolución, se hacen infiltrativos.

Por esta razón estamos de acuerdo en que es más propio llamarlos epitelomas papilares, pues si bien es cierto que pueden tener una benignidad histológica, su evolución no siempre lo es.

Por lo tanto es valedera la vieja afirmación, de que, aunque muchos tumores de vejiga son indudablemente benignos, todos son potencialmente malignos.

No discutiremos aquí los factores que permiten este cambio como en el caso que relatamos de un epiteloma hacia un carcinoma sólido infiltrativo, pues juegan evidentemente factores muy diversos como ser: emocionales, psíquicos, hormonales, irritativos y hasta virosicos, sin olvidar los tumores vesicales en los trabajadores expuestos a determinadas sustancias químicas (anilinas).

Pero lo que nunca se llegó a demostrar; fue el agente cancerígeno, o el mecanismo de acción de estos factores.

Hay muy pocos signos precoces para diferenciar clínicamente la naturaleza de estos tumores papilares y algunos autores creen que un tumor pequeño pediculado de superficie lisa no rugosa o sea con los caracteres de una mucosa vesical normal, son los atributos de los papilomas.

Evidentemente que el examen microscópico de su base de implantación es lo que nos posibilitará determinar correctamente la naturaleza del tumor papilar, pero siendo lógicamente necesario para ello la exeresis del tumor.

J. D. de P., 47 años, argentina, casada.

Su enfermedad comienza en agosto de 1958 con pequeña hematuria y disuria final, tratada en la ciudad de Bahía Blanca, donde residía, mejora. Se repite el episodio en setiembre, por lo que se realiza una cistoscopia, del cual tenemos informe que dice: medio ligeramente hemático, que se limpia rápidamente, buena capacidad, mucosa normal, meatos bien implantados, congestión del orificio ureteral derecho.

En la pielografía de excreción se comprueba: no sombras calculosas, dilatación discreta y uniforme del uréter y pelvis, y calices del lado derecho, aparentemente por obstrucción del orificio inferior del uréter derecho.

Con episodios de mejorías y de micciones hemáticas persiste hasta el mes de noviembre de 1958, donde por cistoscopia se comprueba una imagen similar a la anterior de congestión y de edema alrededor del orificio ureteral derecho.

A pesar de los reiterados estudios bacteriológicos de orina que resultan negativos para el bacilo de Koch se le instituye tratamiento de dihidro estreptomina $\frac{1}{2}$ gr. cada 12 hs.; 20 gr. en total.

La enferma en estos momentos ingresa al Servicio de Urología del H. M. C., donde se comprueba una discreta hematuria microscópica y como datos positivos una anemia hipocrómica, con 10 grs. de hemoglobina y una eritrocritación de 35 cm. para la primera hora.

Se realiza una cistoscopia donde se comprueba buena capacidad vesical, paredes sanas, meatos bien implantados y cuello vesical normal, observándose sobre el borde externo del meato uretral derecho una proliferación mamelonada que ocupa la mitad de un campo cistoscópico de superficie abollonada que se interpreta como un papiloma vesical.

En enero de 1959 se efectúa por vía endoscópica la electrocoagulación del mismo, dejándose sonda vesical permanente, evolucionando la enferma en perfecto estado, salvo una discreta hematuria a los 5 días de la electrocoagulación por caída de la escara.

Se da de alta a la enferma indicándosele bomba de cobalto (40 aplicaciones). Un mes después se realiza examen cistoscópico de control, visualizándose el meato ureteral derecho entreabierto y evaculando orina clara, muy discreta congestión y edema perimeático. No se aprecia proceso neoproliferativo.

La enferma ha mejorado en su polaquiuria, en su disuria, por lo que es dada de alta con la condición de concurrir periódicamente para su control.

Como la mejoría persistió hasta enero de 1960 la enferma no concurre al servicio haciéndolo recién en esta oportunidad por presentar un cólico renal derecho que cede con la eliminación de dos pequeños cálculos.

Se aprovecha la presencia de la enferma, que había concurrido por este motivo, para efectuar una nueva cistoscopia, encontrando un muy discreto edema de cuello, incluyendo el meato ureteral derecho (meato entrabierto en forma de hoyo de golf), no comprobándose sangre ni dolor.

La enferma orina dos o tres veces por día, una vez por la noche sin disuria.

Se efectúa una pielografía excretora, la que se comprueba el árbol urinario normal, salvo una muy discreta dilatación del tercio inferior del ureter derecho.

Como persiste el proceso perimeático a pesar de toda la terapéutica instituida y con el objeto de aclarar la verdadera naturaleza de la afección y para poder obtener un trozo de tejido

vesical para efectuar estudio prolijo de dicha afección, se decide llevar a cabo una electrocoagulación a ciclo abierto.

Esto se efectúa en marzo de 1960. La operación se efectuó con anestesia raquídea, incisión de Pfannestiel, se abre vejiga y se observa su pared completamente sana excepto en la zona derecha del trigono donde la mucosa aparece más pálida con un contorno nítido sin estar infiltrada al tacto.

Después de efectuar la extracción de dos trozos de mucosa vesical para biopsia se procede a la electrocoagulación de toda esta zona, cerrando por planos la vejiga y la pared abdominal, dejando por uretra sonda Pezzer.

El informe anatómo-patológico de vejiga dice: "Inclusión N° 15.920 —Biopsia— Trozo de mucosa vesical— Diagnóstico: Tejidos fibrosos vascularizados con infiltrados inflamatorios crónicos.

En los distintos trozos examinados no se observa infiltración carcinomatosa.

El mismo informe con igual resultado, es obtenido de otro anatómo-patólogo al que fue enviado otro trozo de la misma pieza.

El post-operatorio transcurre sin inconvenientes, la enferma se encuentra bien hasta febrero de 1961 que concurre al Servicio nuevamente por presentar otra vez orinas hematóricas.

Efectuando un estudio completo de la enferma se obtienen los siguientes datos positivos: en lo pielografía excretora: ausencia de eliminación renal derecha; árbol urinario izquierdo sin anormalidades, la cistoscopia revela capacidad disminuída, orinas hemorrágicas, copos de fibria; sufusiones hemorrágicas; intenso edema que cubre la región del trigono y pared derecha, no individualizándose el meato derecho que se adivina comprendido en dicha superficie neoformativa.

Tacto vaginal-tumoración que fija uretra y región trigonal se tacta con iguales caracteres de dureza y fijeza a los planos vecinos. Discretamente dolorosa.

Diagnóstico: Tumor de vejiga que fija uretra y fondo vaginal anterior.

Por todo lo cual se decide realizar una cistectomía total.

Por incisión mediana infraumbilical, sección de todos los planos hasta llegar a peritoneo. Abierto el mismo se investiga ambos uréteres, previa sección del peritoneo parietal posterior.

Sección longitudinal sobre la bandeleta anterior previa coprostasis con clam elástico del colon sigmoideo.

Se pasan ambos cabos ureterales por su pared mesenterica, fijándolos en pico de flauta a la mucosa intestinal con catgut, doble o sutura de la pared intestinal en dos planos, cierre de la brecha del peritoneo parietal posterior.

Prevía ligadura de las arterias hipogástricas se realiza cistectomía total; sutura del peritoneo y de la pared por planos; se deja sonda por uretra para drenar zona perivesical, sonda rectal para recoger orina. Aspiración nasogástrica. Venoclisis permanente.

Se recogen en las primeras 12 hs. 100 c.c. de orina. Teniendo la enferma un post-operatorio sin mayores inconvenientes.

La diuresis se mantiene, hasta que a los seis días efectúa deposiciones diarias cada seis horas y de noche dos veces, permitiendo a la enferma descanso reparador.

Una anemia discreta se corrige con 800 c.c. de transfusión de sangre y el 15|VI|61 o sea 12 días después de operada, se da de alta en buen estado general.

El informe anatomopatológico de la pieza extraída dice: "Tumor que ocupa zona derecha de trigono y pared derecha vesical que engloba uréter derecho; carcinoma indiferenciado infiltrante de pequeñas células".

Consideraciones: Se presenta el caso de una enferma que pudo ser seguida desde el comienzo de su enfermedad, portadora de un epiteloma papilar de vejiga y que a pesar del que creemos correcto tratamiento instituido, desarrolló en menos de tres años un carcinoma infiltrativo de vejiga.

Esta transformación maligna del pólipo vesical se produjo después de una electrocoagulación endoscópica efectuada en enero de 1959, cobaltoterapia, marzo del mismo año, electrocoagulación a ciclo abierto y biopsia en marzo de 1960, hasta desarrollar un carcinoma infiltrativo que ocupa la mitad derecha del trigono y la pared derecha de la vejiga en junio de 1961 en que es necesario realizar una cistectomía total con ureterosigmoideostomía.

En cuanto al resultado del estudio anatómopatológico resultante de la biopsia a ciclo abierto, creemos, que la terapéutica actínica a que fue sometida esta enferma, modificó de tal manera los elementos celulares, que impidió interpretar correctamente los infiltrados inflamatorios, pues personalmente creemos se trataba en realidad una infiltración carcinomatosa modificada.
