

TUMORES VESICALES. CRITERIO TERAPEUTICO

POR LOS DOCTORES ALBERTO J. CLARET, CARLOS A. MACKINTOSH
Y ENRIQUE FISCH

Dieciséis años de prácticas urológicas nos han enfrentado frecuentemente con el grave problema que plantea la solución terapéutica de un tumor de la vejiga. En términos generales podemos afirmar que hemos practicado todos los tratamientos, quirúrgicos en especial, que están universalmente aceptados. No tenemos por el contrario mayor experiencia en la aplicación de material radioactivo.

Los resultados obtenidos nos conducen a adoptar una posición actual y este criterio es el que deseamos exponer en esta comunicación. Para ello hemos dividido los tumores vesicales en cinco grupos: Grupo I: comprende aquellos tumores pediculados, pequeños, de aspecto papilífero, en ocasiones semipediculados y que histológicamente responden a los epitelomas papilíferos. Grupo II: tumores de mayor tamaño, sesiles o de amplia base de implantación y a los francamente infiltrantes, pero que respetan una buena parte de la pared vesical. Histológicamente, por lo general corresponden a los epitelomas infiltrantes dendríticos, trabeculares o macizos. Grupo III: tumores de gran tamaño, que invaden todo el órgano vesical, pero sin rebasar sus límites. Histológicamente: tumores epiteliales infiltrantes de gran potencial evolutivo. Grupo IV: tumores de la vejiga de tal volumen que se extienden más allá del órgano, invadiendo zonas vecinas o con propagación a distancia.

El grupo V corresponde a diversos tipos de tumores de las variedades precedentes que han concurrido a nuestra consulta, pero que al indicársele determinada terapéutica han buscado otra orientación y por lo tanto ignoramos su evolución ulterior.

De la atenta observación del cuadro se desprende que la experiencia alcanza a un total de 204 casos, 50 de los cuales (casi un 25 %) pertenecen al grado V, o sea aquellos que se desconoce su evolución por propio abandono de los enfermos. de los 154 casos hemos podido seguir su evolución, la mayoría, 93 casos, pertenecen al grupo II, o sea a aquellos tumores ya avanzados macroscópicamente y en su malignidad. Le siguen en importancia los del grupo I, 50 enfermos y escaso número de los grupos II y IV, 6 y 5 enfermos respectivamente.

Nos ha parecido importante señalar el tiempo transcurrido desde la aparición de los primeros síntomas hasta la primera consulta al especialista y así encontramos que la mayoría de los enfermos han dejado pasar meses y muchos de ellos varios años antes de decidirse a ser examinados y esta demora es mayor

en aquellos tumores que resultaron de gran magnitud y la algunas veces inoperables.

Tumores vesicales

Grupos	Obsv.	T. evol.	Preop.	Tratamiento	A. Patológica	Evolución
I	50	D:	9	E. C. G.:	47	Epiteliomas Curad.: 14
		M:	33	Resec.:	3	E. C. G. 24
		A:	8			Papilíferos C. P.: 1
						Fall.: 0
						Sin C.: 11
II	93	D:	12	Resec.:	1	Epiteliomas Curad.: 20
		M:	54	R. S. M.:	20	E. C. G.: 20
		A:	27	C. P.:	72	Infiltrantes C. P.: 7
						Resec.: 3
						Fall.: 23
						Sin C.: 20
III	6	D:	0	C. T.:	5	Epiteliomas Curad.: 0
		M:	2	Deriv.:	1	Infiltrantes Fall.: 4
		A:	4			Sin C.: 2
IV	5	D:	0	Laparot.:	2	Epiteliomas Curad.: 0
		M:	1	Cistost.:	1	Infiltrantes Fall.: 4
		A:	4	Deriv.:	2	Sin C.: 1
V	50	D:	8	---	---	---
		M:	29			
		A:	13			

TOTAL: 204.

D: días; M: meses; A^o años; Curad.: curados; Fall.: fallecidos; Sin C.: sin control; E. C. G.: electrocoagulación endoscópica; Resec.: resección endoscópica; R. S. M.: resección submucosa; C. P.: cistectomía parcial; C. T.: cistectomía total; Deriv.: derivación de orina; Laparot.: laparotomía; Cistost.: cistostomía.

En los pacientes del grupo I hemos practicado de preferencia la electrocoagulación endoscópica y en determinados casos (vecindad al cuello vesical) la resección endoscópica. Mediante tal terapéutica hemos obtenido la curación de primer intento en 14 casos (24%), necesitando electrocoagulaciones sucesivas 24 enfermos (49%), muchos de los cuales curan. Un solo enfermo hizo necesario practicarle una cistectomía parcial y 11 (22%) quedaron sin control por falta de concurrencia para su tratamiento.

En los pacientes del grupo II practicamos 72 cistectomías parciales, alguna de ellas muy amplias y con reimplante del uréter en la vejiga. En 20 no se efectuó una resección submucosa del tumor y en 1 caso la resección endoscópica. De los 93 enfermos de este grupo han curado 20 (21%), han necesitado electrocoagulaciones endoscópicas 20 (21%), resecciones endoscópicas 3 y una cistectomía parcial en 7 casos. La mortalidad alcanza a 23 pacientes (24%) y han quedado fuera de control 20, o sea el 21 por ciento.

En los pacientes del grupo III se practicaron 5 cistectomías totales y una derivación de orina. De ellos fallecieron 4 y 2 no se controlaron, pero es de presumir su muerte.

En los pacientes del grupo IV los tratamientos fueron paliativos y de 5 enfermos conocemos el fallecimiento de 4.

Por todo lo cual consideramos que en el momento actual la terapéutica de elección de los tumores de vejiga es el tratamiento quirúrgico. Por su intermedio se logra la curación de gran número de casos y en otros en que no se consigue, se ofrece una sobrevivida variable, muy bien tolerada en muchos de ellos. El conocimiento de que en gran número de casos la curación no es posible, no justifica a nuestro entender la adopción de una actitud negativa y conformista.

En el congreso de Urología de Corrientes, del año 1939, se trató en forma exhaustiva el tratamiento de los tumores de la vejiga y sus distintos procedimientos, mesa redonda que coordinara el Dr. Alberto García. De todos ellos, el que la experiencia nos lo ha demostrado como el más conveniente, es el tratamiento quirúrgico conservador y al reconocer que está lejos de ser una solución ideal, en estos momentos no contamos con otros métodos que nos ofrezcan resultados mejores. Si del grupo I (50 enfermos) podemos curar (con control) más de 40 sin mortalidad y si del grupo II, el más importante, de 93 casos francamente malignos se puede obtener la curación segura de 20 y mejorías notables de 30, no podemos sino concluir que se trata de un método a adoptar, por lo menos hasta que la medicina nos obrezca algo más satisfactorio.

Deseamos hacer notar sobre la gran cantidad de enfermos que abandonan el tratamiento, cerca del 20 %, por todo lo cual es grabar en la mente del paciente que no debe abandonar jamás su atención y que su alejamiento le puede significar la vida misma.

También nos ha parecido importante llamar la atención sobre el tiempo a veces enorme que tarda el enfermo en llegar al especialista. Muchas veces, el propio paciente es el culpable por su ignorancia, pero debemos decirlo, que no pocas veces lo es el mismo médico que no aprécia el valor que tiene una hematuria como síntoma precursor de una neoplasia, no sólo vesical sino de cualquier punto del aparato urinario. Mucho se hace desde la Cátedra de Urología para inculcar en el estudiante la importancia reveladora de una hematuria, pero parecería necesario insistir aún más sobre el particular. Es necesaria también una acción sanitaria por medio de todos los organismos nacionales, municipales, que divulguen entre la población la necesidad de concurrir al especialista al orinar sangre, imitando así la loable campaña que hicieron los ginecólogos contra el cáncer genital de la mujer.

Cuando el médico envíe prestamente al urólogo a todo hematórico, cuando el enfermo concurra sin tardanza, cuando acepte el tratamiento y no abandone los controles periódicos, el pronóstico de los tumores de la vejiga ha de mejorar y los resultados terapéuticos, en especial la cirugía conservadora, serán mucho mejores y satisfactorios hasta que la última palabra sobre tratamiento del cáncer sea dicha.

SOBRE UN CASO DE NEO DE RIÑÓN EN UNA EMBARAZADA

Por los doctores R. BERNARDI, M. BUDICH y O. CANDIA

La instalación de un embarazo en una enferma portadora de una neoplasia no se observa muy frecuentemente, diversos factores incluyendo la edad, hacen que estas dos entidades, una fisiológica, la otra patológica no coincidan entre sí. Sin embargo se señalan casos de carcinomas de mama, de estómago, en mujeres que presentan gestación, neoformaciones que tienen como característica una exacerbación de su malignidad.

Siendo el neo de riñón una entidad menos común que las neoplasias citadas no es de extrañar la infrecuencia de estas dos coincidencias que estadísticamente se presentarían 1/300.000. Como dato ilustrativo podemos agregar que en 30 años y sobre 60.000 embarazos la presente constituye la primera observación conjunta existente en la Maternidad del Hospital Fiorito y nuestro Servicio de Urología del mismo nosocomio.

Historia clínica: Enferma de 26 años que presentaba hematuria total con coágulos y un embarazo de 4 meses que se internó en la Maternidad referida. Consultados comprobamos la intensidad de la hematuria y decidimos efectuar el examen cistoscópico el que nos reveló una vejiga normal y una franca eyaculación hematurica del uréter izquierdo por lo que solicitamos una urografía excretoria, en la que se observaba una falta de relleno pielocalicial izquierdo que nos hizo pensar podía deberse a coágulos provocados por una afección de origen desconocido.

Al día siguiente se nos remitió la enferma en grave estado de shock, con gran hematuria y anemia aguda consecutiva, por lo que resolvimos efectuarle una nefrectomía de urgencia frente al diagnóstico de "Riñón sangrante".

Operación: Se le practicó una rápida nefrectomía dado su alarmante estado, y transfusión de 2 litros de sangre durante el acto operatorio.

La enferma fue dada de alta a los pocos días habiendo hecho un post-operatorio normal.

El examen de la pieza nos señaló neoplasia renal situada en el polo superior, del tamaño de una mandarina, cuyo informe anatómopatológico suministrado por el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital nos reveló un sarcoma mioblástico del riñón. Se le efectuó posteriormente radioterapia profunda, y la enferma un año después se hallaba todavía en buenas condiciones, habiendo aumentado ocho kilogramos de peso.

El embarazo debió ser interrumpido.

Es digno destacar que la urografía pre-operatoria mostraba una uréterouronefrosis derecha, desde el punto de vista objetivo, más ostensible que el lado izquierdo donde estaba el sarcoma, habiéndonos hecho suponer en primera instancia que la hematuria provenía del lado derecho, el examen cistoscópico nos reveló lo contrario.

La urografía post-operatoria muestra un urograma izquierdo mejorado, pero en el que no se puede descartar una alteración de origen congénito.

DISCUSION

Dr. Bernardi. — Deseo agregar unas palabras a este caso que fue muy interesante por tratarse de una enferma con una intensa hematuria. A las 24 horas debimos intervenirla urgentemente porque se moría. Conseguimos sangre en el hospital con gran dificultad y en más de 31 años de práctica urológica, nunca encontré un caso de este tipo. Con diagnóstico de miomasarcoma, pensamos en la evolución maligna de la enferma. Lleva un año y medio, con un estado admirable, aun cuando todos sabemos cuál es su porvenir. Pensábamos que la sangre provenía del uréter derecho; en cambio, venía del otro lado.