

Cáncer de vejiga recidivado en pared

Doctores: Armando Trabucco, Oscar C. Carreño, Salomón A. Fefer y Horacio A. Levati.

A. M. Hist. N^o 780/18. Edad: 47 años; argentino.

ANTECEDENTES FAMILIARES: 13 hermanos; 8 fallecidos de los cuales 2 fue por cancer.

ANTECEDENTES PERSONALES: 1935, operado por varicocele; 1946, quiste dermoideo sacrecoxígeo; 1947, tumor de labio con vaciamiento ganglionar derecho.

Internado el 10.5.63 en el Hospital Piñero, se levanta la siguiente historia.

ENFERMEDAD ACTUAL: Comienza hace cinco años con hematuria terminal sin otro síntoma agregado. Se repite en varias oportunidades con largos intervalos asintomáticos. Consulta varios médicos quienes lo tratan sintomáticamente. Hace tres meses, intensa hematuria con coágulos, polaquiuria, disuria, ardor miccional que se intensifica al terminar de orinar.

ESTADO ACTUAL: Enfermo en buen estado general. En el lado derecho del cuello se observa la cicatriz del vaciamento ganglionar. Aparato cardiorrespiratorio sin particular. Presión arterial: 14/7; Pulso: 80 por minuto. Abdomen blando, indoloro, no se palpa hígado, bazo, riñones ni vejiga. Micción con frecuencia aumentada, disuria inicial Uretra de buen calibre; permite maniobras endoscópicas. Al tacto rectal se comprueba próstata de caracteres normales, no palpándose infiltración.

CISTOSCOPIA: Buena capacidad vesical; se constata una tomoración vecina al meato ureteral izquierdo del tamaño de una mandarina, con una zona de implantación del tamaño de una moneda de un peso cubierta por fibrina, con zonas necróticas.

ESTUDIO RADIOGRAFICO: Directa: árbol urinario sin particularidad; se observa calcificación a nivel de los vasos ilíacos derechos. Urograma: a los 7 minutos se evidencia buena función renal bilateral. Se comienza a llenar la vejiga dejando una amplia zona lacunar que ocupa las 2/3 partes izquierdas de la misma. Ambos ureteres mantienen la columna opaca, índice de un defecto de evacuación a nivel del meato respectivo. Esto es más marcado del lado izquierdo donde el uréter aparece con una sensible dilatación. La interpretación de ésta dificultad de evacuación podría estar dada por la infiltración neoplásica, por una obstrucción congénita que estaría avalada por la bilateralidad o por una fibrosis preexistente.

A los 20 minutos se repiten con más nitidez los elementos antes descriptos, haciéndose claramente perceptible el éstasis ureteral izquierdo.

CISTOGRAFIA: Falta de relleno de hemivejiga izquierda, no hay reflujo ureteral. Con el diagnóstico de tumor proliferativo de vejiga se interviene al enfermo el 23.5.63.

OPERACION: Cistectomía parcial completa. Cirujano Dr. Carreño, Aytes.: Dr. Venturino y Dr. Rosel. Anestesia general. Incisión mediana infraumbilical; liberada la vejiga se exploran ambas cadenas ganglionares ilíacas no encontrándose adenopatías macroscópicas. Abierta la vejiga aparece una tumoración redondeada, carnosa, tamaño mandarina, con amplia base de implantación. Se procede a su excéresis efectuando una cistectomía parcial completa, se respetan los meatos ureterales. Se utiliza electrobisturí, prolija hemostasia con ligadura de los vasos sangrantes. Se cierra la vejiga en dos planos con puntos separados de catgut 0 simple, dejando una sonda de Pezzer hipogástrica.

ANATOMIA PATOLOGICA: Dr. Adolfo H. Masto. Protocolo 47/60. Carcinoma transicional invasor con amplias zonas de necrosis.

EVOLUCION POST-OPERATORIA: El post-operatorio inmediato cursa sin eventualidades dignas de mención siendo dado de alta el 7.6.63.

A fines de diciembre de 1963, el enfermo comienza a sentir dolor a nivel del tercio inferior de la laparotomía notando la aparición de un bulto difuso en esa zona.

Los estudios radiográficos efectuados en el post-operatorio no evidencian recidiva tumoral, 8.7.63; directa: se visualizan claramente ambos contornos renales, se repiten las calcificaciones descriptas en la placa preoperatoria. Urograma: a los 7 minutos buena eliminación de ambos riñones, aún no se percibe medio de contraste en vejiga. El riñón izquierdo presenta una dificultad de evacuación; a los 20 minutos el uréter izquierdo muestra una mayor dilatación que en el preoperatorio. Esto podría ser debido a una recidiva local, al proceso cicatrizal, y más certeramente por la evolución ulterior del caso, al edema y la inflamación post-quirúrgica de la mucosa vesical.

Ante la falta de nitidez de la imagen cistográfica en el urograma se efectúa una cistografía.

CISTOGRAFIA: Frente, buen relleno de vejiga; en el contorno izquierdo aparece en hora 4 una zona deformada, y este sitio corresponde a la zona extirpada. Perfil del relleno, los contornos vesicales son de caracteres satisfactorios.

Progresivamente se intensifican los dolores, haciéndose más intensos del lado derecho y sobre todo el pubis.

Desde la convalecencia de su cistectomía, no ha vuelto a padecer sintomatología urinaria; los controles cistoscópicos y radiográficos periódicos no revelaron alteraciones dignas de mención. Micción y orina s/p.

En el momento de su internación en nuestro servicio (1.4.64) el estado actual es prácticamente el mismo que antes de la primera operación, excepto en lo que a la pared abdominal se refiere.

Inmediatamente por debajo de la cicatriz mediana infraumbilical se palpa una tumoración dura, irregular, adherida firmemente al pubis en su extremidad inferior; su polo superior llega hasta unos 7 centímetros del ombligo, en el sentido transversal el bulto mide 6 cms., ocupando preferentemente el lado derecho. Al hacer contraer los rectos se nota que el tumor hace cuerpo con los mismos.

Tanto las cistografías como la cistoscopia permiten descartar la presencia de recidiva vesical.

Con el diagnóstico presuntivo de estar en presencia de un implante parietal con indemnidad vesical se reinterviene al paciente el 4. 4. 64.

Cirujano: Dr. Carreño; Aytes.: Dr. Levati y Dr. Fefer. Anestesia peridural. Se extirpa la cicatriz de piel. Se abre la aponeurosis en el extremo superior de la herida. Al llegar al espacio prevesical se comprueba la indemnidad de la pared vesical. Esta no está adherida a la pared anterior de abdomen; a este nivel sólo existen adherencias laxas. Se exploran ambas cadenas ilíacas no comprobándose adenopatías.

A nivel del tercio inferior de la herida la pared anterior se encuentra muy engrosada, midiendo 5 cms. de espesor. En un primer momento se tiene la impresión de que sólo se trata de una cicatriz exuberante, pero al tratar de liberar el tumor del pubis se comprueba que el tejido fibroso forma una verdadera cápsula que envuelve una masa más blanda de aspecto y consistencia encefaloide. Con seguridad de estar ante una proliferación atípica se extirpa en block el tumor, parte del musculo recto y la hoja anterior de la aponeurosis. El plano posterior está libre. A nivel del pubis existen adherencias firmes, al corte impresionan como tejido fibroso.

La mayor parte del tejido extirpado corresponde al lado derecho. Para favorecer el cierre de pared se procede a liberar la aponeurosis llevando la disección a las paredes laterales del abdomen. Se efectúan incisiones de descarga a nivel de la aponeurosis del oblicuo mayor a los efectos de disminuir la tensión en la línea de sutura. Hemostasia prolija.

Antes de cerrar la brecha operatoria se abre la vejiga comprobándose su indemnidad; suturada la cistotomía, se aplica localmente 200 mg. de Endoxán.

Sutura de aponeurosis con catgut cromada 3, celular con catgut 0 simple y piel con lino. Se deja drenaje en celular.

La evolución post-operatoria es satisfactoria. El 6.4.64 se retira el drenaje; el 11.4 se sacan los puntos y el 13.4 se da de alta.

El estudio anatómo-patológico, efectuado por el Dr. Armando Trabucco, Protocolo Nº 5.687, certifica que se trata de un epiteloma paramalpighiano, grado 4, cuyo aspecto es perfectamente superponible con el tumor primitivo de vejiga extirpada 10 meses antes. Ante la evidencia de estar en presencia de un implante o metástasis parietal se envía al paciente al Instituto Municipal de Radiología y Radioterapia a los efectos de completar el tratamiento con cobaltoterapia.

En plano tratamiento de cobaltoterapia aparece una recidiva en la cicatriz operatoria de muy rápido crecimiento. Es como si la acción del cobalto actuara acrecentando el intenso dolor y acelerando el crecimiento.

En esta situación, en colaboración con el equipo de paredes del servicio de Cirugía de la Sala XV, que dirige el Dr. Zavaleta, planeamos la extirpación amplia de la pared abdominal anterior reemplazándola con una malla de teflón.

El enfermo decidió ser atendido privadamente por otro facultativo e ignoramos la evolución ulterior del caso.

CONSIDERACIONES: En nuestro paciente existen antecedentes familiares y personales de padecimientos neoplásicos. Es bien conocida la importancia que tiene el terreno biológico como factor determinante en la aparición y evolución de una neoplasia.

A esta predisposición del individuo se agrega como causa propia del tumor su genio neoplásico que determinaría su poder de diseminación y propagación.

Siendo un paciente intervenido quirúrgicamente se suman a los factores anteriores la posibilidad de un implante de células cancerosas a nivel de la zona operatoria ya sea por la contaminación del campo durante el acto quirúrgico o secundariamente a través del drenaje.

Sin hacer una búsqueda bibliográfica exhaustiva encontramos que los doctores Alberto García y José Casal en 1952 y Rolando Hereñu en 1958 han presentado en esta sociedad sendos casos de injerto tumoral en la cicatriz operatoria en enfermos intervenidos por cáncer papilar de vejiga.

Nuestro enfermo, a diferencia de los referidos por estos autores, no presentó recidiva vesical.

La aparición en la pared abdominal de una localización neoplásica secundaria a un cáncer vesical es una contingencia extremadamente rara.

El hecho de que nuestro enfermo no presente ninguna otra localización neoplásica excepto la hipogástrica, hace poco aceptable la posibilidad de que ésta sea debida a una metástasis.

Esta afirmación se ve apoyada por las estadísticas presentadas por Mc Donald y col. en que sobre 114 casos de carcinoma de vejiga vistos en el Presbiterion Hospital, sólo 2 (1,7%) tuvieron metástasis subcutánea.

En el caso de Manguel y Schved a las metástasis en pared se agregaban metástasis generalizadas.

Desde que los exámenes cistoscópicos y radiográficos muestran una absoluta indemnidad vesical, además del "second look" efectuado durante la reoperación en nuestro enfermo queda descartada como causa de la tumoración la propagación directa de una recidiva vesical a través de los planos anatómicos.

Lo que antecede nos permite sostener que esta tumoración es la resultante de una implantación de células neoplásicas en la pared abdominal como consecuencia del acto operatorio. Esta implantación puede originarse por las maniobras quirúrgicas que desprenderían células atípicas o por el ulterior anidamiento a este nivel de estas células vehiculizadas a través del drenaje.

Como ejemplo demostrativo de implantación directa está el caso de Melicow en el que se desarrolla un tumor similar al vesical extirpado a nivel de la cicatriz escrotal efectuado al practicar la vasectomía profiláctica, a continuación de la extirpación tumoral.

Esta última eventualidad está avalada por el estudio que efectuaron Nash y col. en el

que comprobaron la presencia de células neoplásicas en el lavado intraoperatorio de la herida y en el estudio de las secreciones que se drenan en pacientes que han experimentado la extirpación de un tumor maligno.

A los efectos de completar la exposición referiremos sucintamente la historia de otro paciente que hizo una propagación directa en pared abdominal de una recidiva vesical.

D. L. Hist. 772/9. Edad: 55 años; argentino.

Es internado en nuestro Servicio en enero de 1964 con un cuadro hematórico acompañado de disuria y polaquimia que arrastraba desde un mes antes.

Desde hacía cuatro meses ardores miccionales.

Luego de un estudio completo el 5.2.64 es intervenido quirúrgicamente extirpándosele por medio de una cistectomía parcial una formación sesil que llegaba hasta el cuello vesical y cuyo estudio anátomo-patológico demostró tratarse de un tumor anaplásico grado 4.

Dado de alta 12 días después reingresa a mediados de marzo con una tumoración en pared abdominal a nivel de la incisión. Se instituye cobaltoterapia que no brinda mayores beneficios al paciente. Este fallece el 25 de julio comprobándose en la necropsia que la masa tumoral de la pared abdominal se continuaba sin solución de continuidad con el tumor endovesical recidivado.

CONCLUSIONES: Aceptando la relación existente entre el acto operatorio y el implante tumoral de la pared abdominal, el cirujano debe extremar los recaudos para disminuir esa posibilidad.

Así, la protección con segundos campos, que luego de la excéresis del tumor serán retirados; el mínimo manoseo tumoral; el cambio de guantes e instrumental una vez extirpada la neoplasia y el lavado de la herida con fijadores (formol, éter, alcohol), o citostáticos tales como Endoxán, serán las medidas profilácticas a llevar a cabo.

De los 456 casos de neoplasias vesicales vistas en nuestro Servicio desde el mes de Setiembre de 1956 hasta Setiembre de 1964, sólo estos dos casos presentaron localización parietal (0,43%).

Evidentemente, podemos haber pasado por alto alguna complicación de este tipo que no se haya hecho atender por nosotros, sobre todo en el período terminal, pero con todo la incidencia sería estadísticamente baja.

DISCUSION

SR. SCHAPPAPIETRA.- En el servicio del Italiano hemos tenido dos casos semejantes, y uno de ellos fue tratado por mí, hace varios años, sin que hubiéramos podido confirmar la recidiva local. En el segundo caso, se extendía más arriba hasta la región epigástrica. Presenté ese caso, porque había una gran falta de pared en la posición epigástrica, lo que es mucho más difícil que suceda que en la región hipogástrica.



Y ...
AGUA MINERAL

Villavicencio

PEDIDOS:
32-6902 32-8647