

TUMOR DE CUELLO VESICAL

CISTECTOMIA PRE - TRIGONAL

Dres. A. E. Trabucco, O. C. Carreño, H. A. Levati y S. A. Fefer.

Presentamos a vuestra consideración la evolución excepcionalmente favorable hasta el momento de esta comunicación, es decir dos años, de un paciente portador de un proceso vesical neoplásico de gran malignidad, de localización cervical fuera sometido a cirugía de tipo conservador.

HISTORIA CLINICA

J. Z. 63 años, italiano. Historia Nº 18. Serie 765. Ingreso: 27/9/63. Egreso: 20/11/63. Antecedentes hereditarios y personales sin importancia para la historia actual.

Hematurias con coágulos al finalizar la micción, desde hace dos meses, acompañadas de ardor terminal. Existe también un aumento en el número de las micciones nocturnas, si bien sin disuria, pero en ocasiones con la fuerza de proyección del chorro miccional disminuída.

Riñones no palpables, maniobras indoloras. Uretra libre. Genitales sin particularidades. A la cistoscopia se observa una vejiga de discreta capacidad que presenta a nivel del cuello (hora 5) una masa proliferante, con gran superficie de implantación, congestiva, edematosa, e infiltrativa. La tumoración en sí impide ver si el meato izquierdo está comprometido.

A la pielografía endovenosa (15/8/63) se muestran imagenes calicio-pielo-ureterales normales; una vejiga de tamaño reducido con invasión de su pared izquierda por una masa irregular que la deforma y desplaza. El fondo vesical elevado por ademonia prostática (Fig. 1).

Al tacto rectal la próstata edematosa tiene el tamaño de una ciruela. Se tactan dos lóbulos separados por un surco medio, lisos, indoloros, con la mucosa que desliza libremente. Por encima del borde superior prostático y sobre la izquierda se comprueba infiltración de la pared vesical.

Ante un estudio analítico correcto, excepto en lo referente a la presencia de hematíes y pus en la orina y reobservado cistoscópicamente luego de un aceptable período de antibioticoterapia se decide intervenirlo.

Operación: 26/10/63. Cirujano: Dr. Carreño. Aytes. Dres. Garimaldi y Fefer. Anestesia peridural.

Incisión mediana infraumbilical. Abierta la vejiga se comprueba una proliferación sessil, del tamaño de un durazno, necrótica, maloliente, con amplia base de implantación en cuello vesical, sobre el lado izquierdo del mismo que invade la pared lateral de la vejiga y que se aproxima a la desembocadura del ureter izquierdo.

Se practica la extirpación amplia del tumor involucrando cuello, tejido prostático y meato ureteral izquierdo.

Ureterocistoanastomosis izquierda, reconstrucción de la cavidad vesical sobre una sonda introducida por uretra. Se deja otra sonda por vía hipogástrica y cateterizado el ureter reimplantado.

Postoperatorio: Buena evolución. A los 10 días se quitan los puntos de sutura y la sonda Pezzer hipogástrica (Al 4º día habíase salido el cateter ureteral). A los 22 días se extrae la sonda uretral y 48 horas después es dado de alta con micciones espontáneas y ligeramente polaquiúricas.

El estudio anatómo-patológico efectuado por uno de nosotros (Dr. Trabucco) informa: N° 5535. El estudio histológico practicado de acuerdo a los métodos habituales permite ver un estado infiltrativo de la pared vesical donde el tejido propio del órgano está invadido por gruesos troncos macizos formados por células de tipo epitelial de distinta forma y tamaño con núcleos irregulares, algunos en mitosis, que configuran el aspecto del epiteloma paramalpighiano originado en la mucosa vesical. En algunas zonas puede observarse algunos fenómenos de metaplasia adquiriendo las células cierto aspecto espinoso que las asemejan al epiteloma malpighiano.

Existe muy acentuada reacción inflamatoria en distintas fases de evolución. Clasificación de Broders grado 4.

Control posterior: (Radiológico y cistoscópico).

27/11/63. Rx. simple y urograma excretor: Vejiga asimétrica pero de bordes limpios. Uroextasia izquierda con leve dilatación pielocalicial izquierda. En la placa de 45º corte neto del borde vesical izquierdo pero sin irregularidades.

28/12/63. Cistoscopia de control: Orinas ligeramente opalescentes. Buena capacidad vesical. Al paso del instrumento por la uretra posterior se nota un resalto que obliga, para franquearlo a descender al aparato. La mucosa está sana. En cuello y uretra posterior se observa una pequeña elevación de aspecto fibroso y cubierta de mucosa sana que tiene el aspecto de lesión cicatricial y no recidiva tumoral.

14/8/64. Uretrocistografía sin particularidades.

11/9/64. Cistoscopia de control. Como en la anterior orinas opalescentes y al introducir el aparato una serie de resaltos obligan a descenderlo. Se ven rebordes fibróticos a nivel del cuello, donde no se comprueba ninguna recidiva de lesión tumoral.

Orina 2 veces por la noche y cada 3½ a 4 horas durante el día. No hay polaquiuria exagerada ni disuria. A veces nota orinas ligeramente turbias. Nunca hematurias.

3/5/65. Cistografía: Buena capacidad vesical. Sin signos sospechosos de invasión parietal pero con un claro reflujo izquierdo (por la neoreterocistoanastomosis). (Fig. 2 y 3).

7/5/65. Rx. simple y urograma: Placas de poco contraste pero que en los últimos minutos (30) dan un buen cistograma y una aparente buena eliminación renal bilateral si bien nos queda la sospecha de lesiones pielonefríticas izquierdas.

24/5/65. Cistoscopia: Igual informe que el anterior comprobándose que los rebordes fibróticos que simulan la imagen de un cuello vesical no tienen movilidad como respuesta a los esfuerzos miccionales.

CONSIDERACIONES

Una vez más el caso presentado, planteó el cirujano interviniente la disyuntiva de dos conductas quirúrgicas: la cirugía radical que conforma en lo que se refiere a extirpación pero que aporta el problema de la derivación urinaria con sus riesgos y su grado

de invalidez y la cirugía conservadora que manteniendo en lo posible el tejido vesical sano y aprovechándose de sus cualidades plásticas busca crear un reservorio amplio y hacer que el paciente miccione por donde siempre lo ha hecho.

En este caso ya son dos años que se le han brindado al paciente de confort (y esperamos que sean muchos más) no sólo en lo que se refiere a sus micciones en sí sino en todo lo psíquico agregado, pues al no tener ninguna de las múltiples derivaciones urinarias conocidas él se siente como un igual y ejerce su trabajo y vive sin ningún tipo de inhibiciones.

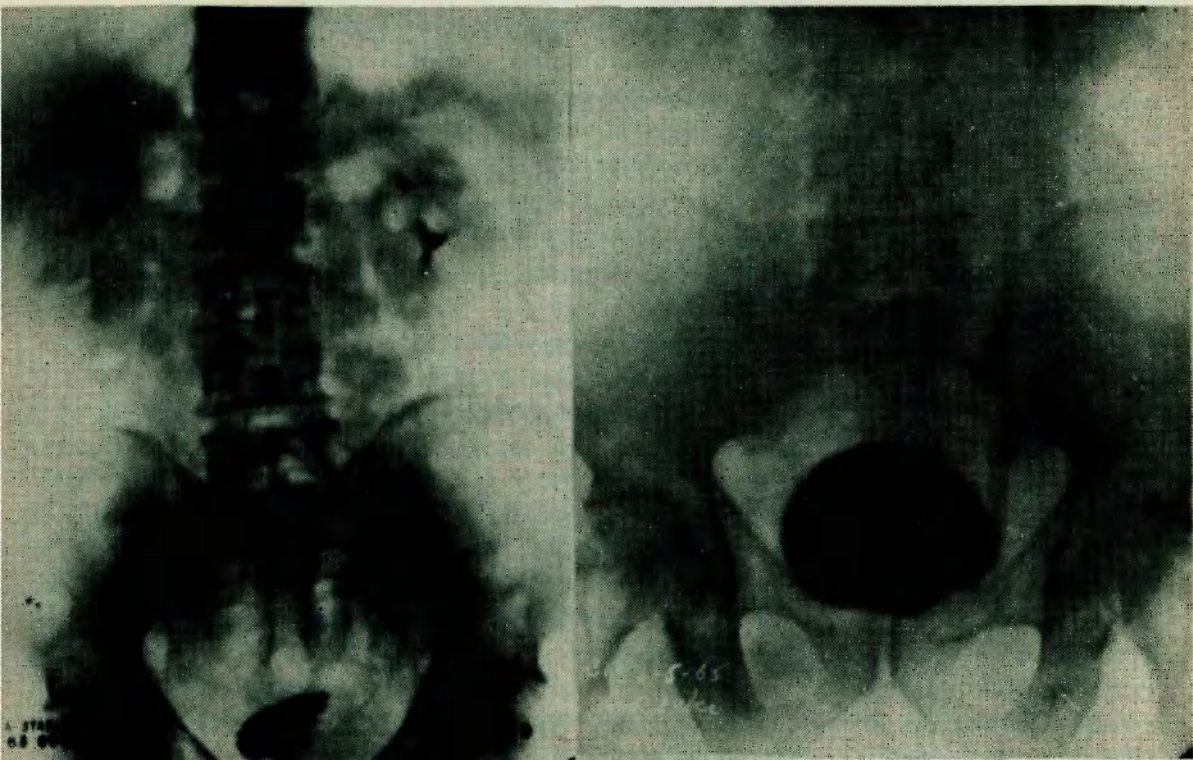


fig. 1

fig. 2



fig. 3