

ADENOCARCINOMA DE VEJIGA

Dr. Horacio A. Levati

La presentación de este caso tiene por único objeto agregar uno más al escaso número de adenocarcinomas de vejiga comunicados comparativamente al total de neoplasias vesicales observadas.

Resumen de la historia del caso: F. M. M., 61 años, argentino, casado.

Consulta en el mes de junio del año pasado manifestando que hacía 8 meses había tenido un episodio de hematuria sin coágulos que le había durado tres días. Como el cuadro en esa oportunidad se había acompañado de polaquiuria no dio importancia al hecho porque lo interpretó como una cistitis. Pero desde hacía un mes la eliminación periódica de coágulos negruzcos de variable tamaño y las periódicas hematurias lo inducían a consultar. Nunca fueron éstas profundas y alarmantes.

No presentaba alteraciones miccionales.

Al examen: examen clínico sin particularidades.

Orinas: cristalinas, sin filamentos.

Tacto rectal: próstata algo mayor que lo normal.

Lisa, indolora, limitable. Mucosa rectal libre. Tamaño de una ciruela pequeña.

Cistoscopia: (9-6-65). Buena capacidad vesical. Mucosa sana excepto una zona en cúpula, inmediatamente por detrás de la burbuja de aire, en donde se muestra una masa de aspecto papilífero, pediculada, del tamaño de una arveja y de buena arborización.

Placa simple del árbol urinario: sin particularidades. †

Urograma excretor: buena eliminación renal bilateral con cistograma que no muestra alteración alguna.

Análisis de laboratorio: dentro de límites normales. Sólo un discreto aumento de la eritrosedimentación.

Dado el aspecto de la neoformación y la falta de problemas obstructivos predisponentes el 5-7-65 se practica una electrocoagulación endoscópica.

El 10-8-65, un mes después, se hace un nuevo examen cistoscópico de control encontrándose la recidiva in situ del proceso que ahora se muestra sesil, abarcando la superficie de una moneda de \$ 5. La superficie es irregular y mamelonada, con algunos acúmulos de fibrina en su superficie. Se descarta por el aspecto el estar en presencia de un proceso inflamatorio reaccional posterior a la electrocoagulación.

Se propone entonces cistectomía parcial a lo que el paciente accede.

Es intervenido el 16-8-65.

Anestesia general. Incisión mediana infraumbilical. Llegado a vejiga y liberada, se observa en la cúpula una masa del tamaño de un durazno que hace cuerpo con la cúpula vesical.

Se extraperitoniza y se efectúa la resección en bloque del tumor y de la cúpula vesical. Resto de la vejiga sin particularidades. Cuello vesical idem. No se observan ni palpan ganglios. Cierre por planos dejando sonda uretral y Pezzer por hipogastrio. Vasectomía bilateral por escroto.

Postoperatorio sin inconvenientes. Es dado de alta diez días después del acto quirúrgico.

Diagnóstico anatomopatológico: Dr. Adolfo Mosto.

Neoformación de vejiga constituida por tubos glandulares con caracteres atípicos. La tumoración muestra caracteres infiltrantes por medio de elementos tapizados por célu-

ADENOCARCINOMA DE VEJIGA

las cilíndricas de núcleos alargados y citoplasmas claros.

En otras zonas, las glándulas, se tornan más indiferenciadas con la luz irregular y células cúbicas o poliédricas.

La grasa perivesical está invadida. En partes hay reacción PAS positiva.

Diagnóstico: Adenocarcinoma de vejiga.

A posteriori inició tratamiento con cobalto 60 en la Clínica Di Rienzo. Lleva aplicados 6.000 r.

Los dos controles cistoscópicos efectuados hasta la fecha muestran una vejiga sana pero el escaso tiempo transcurrido no nos permite abrir juicio aún sobre el resultado operatorio.

CONSIDERACIONES

El adenocarcinoma vesical constituye una variedad tumoral poco numerosa si la comparamos sobre todo con el elevado número de casos de epitelomas papilíferos vesicales. De acuerdo a las diversas estadísticas observadas, la relación gira alrededor del 1% sobre el total de los tumores vesicales.

Cistoscópicamente su imagen no nos brinda la posibilidad de hacer el diagnóstico anatomopatológico de presunción y es el anatomopatólogo el que nos informará sobre la existencia de glándulas. Su localización preferente es la cúpula, el trigono y el cuello vesical. Generalmente son únicos y tienen tendencia a la invasión local con metástasis tardías si bien el pronóstico como el de otras neoplasias vesicales infiltrantes es pobre. Desde hace tiempo se consideran tres teorías para explicar su patogenia:

1) La llamada teoría anatómica que se basa en la degeneración neoplásica de glándulas que normalmente se hallan en la vejiga en la región trigonal y en el cuello y que ya fueron descritas por Albarrán. Esta teoría no justifica la existencia de adenocarcinomas ubicados en otro lugar de la vejiga como la cúpula.

2) La teoría de las inclusiones embrionarias, de restos celulares embrionarios que quedarían incluidos durante el desarrollo y que posteriormente se degenerarían. Apoyan esta corriente autores como Friedman y Ash que sostienen que la existencia de este fenómeno se sostiene de la misma manera que se explica la presencia de adenomas nefrogénicos, endometriomas y hamartomas. En contra otros autores manifiestan que los restos celulares incluidos y que darían origen al proceso no se descubren en la vejiga del recién nacido y que el promedio de edad en que se diagnostican los adenocarcinomas, que oscila alrededor de los 55 años, sugiere más una lesión adquirida que una embriológica.

3) La teoría de la matoplasia del epitelio vesical condicionada a trastornos irritativos (infección crónica, obstrucción). De la misma manera se explican la aparición de hiperplasias, cistitis cística y cistitis glandulares que de acuerdo a algunos autores son de por sí lesiones precancerosas.

Con el mismo mecanismo se tiende a explicar las raras comunicaciones de adenocarcinomas de ureter y de pelvis renal.

Además se deben distinguir estos adenocarcinomas de los de origen uracal en los que se mostrará y sobre todo se palpará una masa suprapúbica y en los que se hallará un resto uracal unido a la neoplasia. En los de mayor tamaño puede estar invadido el epitelio vesical y mostrarse este ulcerado de allí el que a veces se planteen dudas. El desarrollo se hará en los tejidos profundos inmediatos de la pared abdominal (trayecto uracal).

CONCLUSIONES

Se presenta un caso de adenocarcinoma de vejiga con el fin de agregar uno más al escaso número de adenocarcinomas de vejiga comunicados comparativamente al total de neoplasias vesicales observadas.

Existe una amplia bibliografía de este tipo de tumoraciones que parcialmente anotamos al final. De ella recordemos la comunicación que hace 10 años presentaron en esta Sociedad los Dres. García y Rocchi.

BIBLIOGRAFIA

- Abeshouse, B. S. ; J. Urol. 49:259, 1943.
Allen, T. D. and Henderson, B. W. - J. Urol. 93: 50-56, 1956.
Coppidge, W. M., Roberts, L. C., Culp, D. A. - J. Urol. 65: 540-549, 1951.
Kittredge, W. E. Collet, A. J. and Morgan, C., Jr. - J. Urol. 89: 145-150, 1964.
Friedman, N. B. and Ash, J. E. - Atlas Tumor Path: Armed Forces Inst. Path., sec. 8, fasc. 31 a, 1959.
Melicow, M. M. - J. Urol. 74: 498, 1955.
Monserat, J. L. - Rev. Arg. Urol. 24: 193, 1955. †
Mostolfi, F. K. - J. Urol. 71: 705, 1954.
Patch, F. S., Pritchard, J. E. - J. Urol. 67: 126, 1947.
Pund, E. R., Yount, H. A. and Blumberg, J. M. - J. Urol. 68: 242-251, 1952.
Scott, L. S. and Sorbie, C. - Britt. J. Urol. 28: 264-267, 1956.
Shaww, J. L., Gislason, G. J. and Imbriglia, J. E. - J. Urol. 79: 815-822, 1958.
Trabucco, A. E. - Morfogénesis de los tumores de vejiga. El Ateneo, 1948.
Williams, J. I., Gowin, M. C. and Cross, R. R. Jr. - J. Int. Coll. Surg., 25:461-470, 1956.