

EL Dr. JUAN M. GHIRLANDA SE OCUPARA DEL DIAGNOSTICO DEL CANCER INCIPIENTE DE VEJIGA

No por conocidos creemos que deban dejar de ser mencionados los adelantos que se han logrado en lo que respecta a la pesquisa, estudio, diagnóstico y tratamiento de carcinomas ubicados en ciertos órganos.

Lesiones similares de otros, por razones difíciles de comprender no han logrado hasta el momento motivar la organización y estructuración de tales hechos.

Los tumores de la vejiga se encuentran en este último grupo y verdaderamente no es por falta de estudios colaterales que tal hecho es una realidad. Tenemos que reconocer en verdad una real falta de esquematización en el estudio de la clínica y programación del tratamiento de los mismos, cualquiera sea el estadio que presente la neoplasia.

Tal situación se agrava en los estadios más iniciales, en los cuales la enfermedad muy frecuentemente tarda en evidenciarse clínicamente. Ya en la década del 40 Jewett y Strong concretaron una clasificación de los tumores de la vejiga, tomando como parámetro más importante el grado de infiltración de la neoplasia en las paredes de la misma. Es así que individualizaron los estadios: O (carcinoma in situ), A (T. con infiltración del tejido subepitelial), B₁ (T. con infiltración de la capa muscular superficial), B₂ ó C (T. con infiltración de la capa muscular profunda), D (órganos adyacentes), D₁ (nódulos linfáticos hasta la bifurcación de arterias ilíacas) y D₂ (ganglios periaórticos u órganos alejados), que tienen como similares en la clasificación de la U. I. C. C. a los estadios T_{1a}, T₁, T₂, T₃, T₄, con N y M + ó —.

Tenemos esta noche la misión de ocuparnos de los primeros estadios, los que agrupados podrían clasificarse como incipientes, y que se individualizan con las denominaciones de O, A y B₁ ó T_{1a}, T₁ y T₂, según nos manejen con una u otra de las clasificaciones antes mencionadas.

Sin embargo, si bien desde el punto de vista anatomopatológico, puede encasillarse en alguno de los grados enunciados un tumor en estudio, permitiéndonos presumir el grado de extensión del mismo, no creemos que deba dejar de ser aclarado que, desde el punto de vista terapéutico, no será sólo ese parámetro el que nos hará adoptar una conducta determinada.

El tamaño, número, ubicación, edad, sexo, virginidad de tratamientos, serán elementos que relacionados con el anterior, nos orientarán en cada caso. Es decir que el grado de infiltración, es el dato que trataremos de determinar clínicamente, a veces con ayuda del anatomopatólogo, para uniéndolo luego a los otros datos mencionados, adoptar la mejor conducta a seguir.

Es el diagnóstico, sin lugar a dudas, uno de los capítulos que en esta patología más entusiasma, por la diversidad de enfoques a los que puede someterse.

Desde un punto de vista práctico y para ordenar la exposición, dividiremos al mismo en dos subcapítulos:

a) el de diagnóstico de enfermedad y b) el de diagnóstico de estadio. Con respecto al primero creemos que es importante remontarnos a las teorías que discuten aún la primacía sobre su participación en la génesis de los tumores de la vejiga, y es evidentemente la irritativa la que con más razones puede defenderse.

Son numerosos los trabajos de investigación que han puesto de manifiesto la existencia de lesiones mucosas vesicales en un elevado porcentaje de

enfermos con tumores de vejiga, más del 80 % en el estudio de Schade de 1968, y que van desde las simplemente inflamatorias hasta las verdaderamente neoplásicas.

En el año 1967, tuvimos la oportunidad de estudiar con el Dr. Hugo Romano un lote de enfermos en los que investigamos específicamente la existencia de esas lesiones y pese a que la frecuencia con que encontramos las mismas, en calidad varían con las encontradas por Schade, coinciden en el aspecto porcentual, pues prácticamente estaban presentes en más del 90 % de los casos.

Ante la evidente inexistencia de factores que justifiquen la irritación prolongada de la mucosa, tales hechos, nos llevan de inmediato a pensar en la existencia de elementos que vehiculizados en la orina puedan producir ese tipo de lesiones, que evidentemente seguirán evolucionando, aún cuando por medios terapéuticos y más específicamente quirúrgicos, erradiquemos los macroscópicamente visibles. Esta realidad nos obliga a considerar en este mismo subcapítulo no sólo a los carcinomas que visualizados y diagnosticados darán al enfermo las mayores garantías de curación, sino también, los carcinomas in situ que producirán las muy frecuentemente mal llamadas recidivas, pues según nuestro criterio, en un elevado porcentaje de casos, se tratarían de la simple evolución de lesiones ya existentes, que seguirían evolucionando al persistir las condiciones que motivaron la aparición de las mismas y de las lesiones visibles y erróneamente consideradas como únicas.

Por otra parte, son conocidas las alteraciones que se presentan en la excreción urinaria de ciertos metabolitos del triptofano en enfermos portadores de este tipo de neoplasias, y en ciertas situaciones que predisponen a la misma enfermedad, tal el caso de enfermos bilharziásicos y trabajadores de anilinas y productos afines.

Estudios hechos con respecto a las alteraciones en la excreción de uno de esos metabolitos, el ácido xanturémico, nos mostró aumentos en ocasiones franco en prácticamente el 50 % de los casos estudiados. El dosaje de otros metabolitos tales como el ácido antranílico, 3 hidroziantranílico y 3 hidroxikynurenina, de acción probadamente cancerígena demostró en estudios realizados por otros autores, elevaciones prácticamente constantes.

Por lo anteriormente mencionado es que creemos que el diagnóstico de un tumor de vejiga, siempre tendrá que colocarnos no sólo ante el tumor diagnosticado, sino también ante un número de lesiones no fácilmente visualizables pero sí estadísticamente significativas e histológicamente pre y/o cancerosas, que nos obligarán a su búsqueda al dejarnos con la sensación de haber prescripto una terapia no siempre completa ni radical.

Si esquemáticamente quisiéramos ordenar los elementos que nos permiten efectuar el diagnóstico de los tumores en los estadios que nos ocupan, tendríamos que reconocer ante todo que la búsqueda de los mismos es la que nos permitirá efectuar el diagnóstico de las lesiones iniciales, y para ordenar de algún modo la serie de elementos que tenemos para tal fin, pensamos que pueden ser agrupados los mismos de la siguiente manera:

Diagnósticos de tumores de vejiga

Estadios T_{1R} , T_1 y T_2

- a) Datos aportados por el tumor mismo.
- b) Búsqueda de elementos que hacen presumir la existencia de una neoplasia del urotelio.

a) *Datos aportados por el tumor mismo.*

- 1) Signo o sintomatología: aún en el carcinoma in situ, es la hematuria, esta vez en calidad de microscópica, la que puede ponernos en la pista de la neoplasia.
- 2) Visualización del tumor por medios endoscópicos: a los que recurriremos cuando algún elemento nos lo aconseje.
- 3) Investigación de células exfoliadas por el tumor: sobre 24 casos estudiados tuvimos citología positiva en 16 (66.66 %) con 7 casos negativos y 1 dudoso.
- 4) Investigación de fluorescencia:
 - a) Por medios endoscópicos.
 - b) En sedimento urinario, lectura macroscópica.
 - c) En sedimento urinario, lectura microscópica.

Pese a que evidentemente por el momento no tenemos fácil acceso a tales estudios, creemos que tiene que formar parte de un esquema destinado a la pesquisa de tumores primarios y/o lesiones asociadas, y pesquisa de recurrencias tumorales.

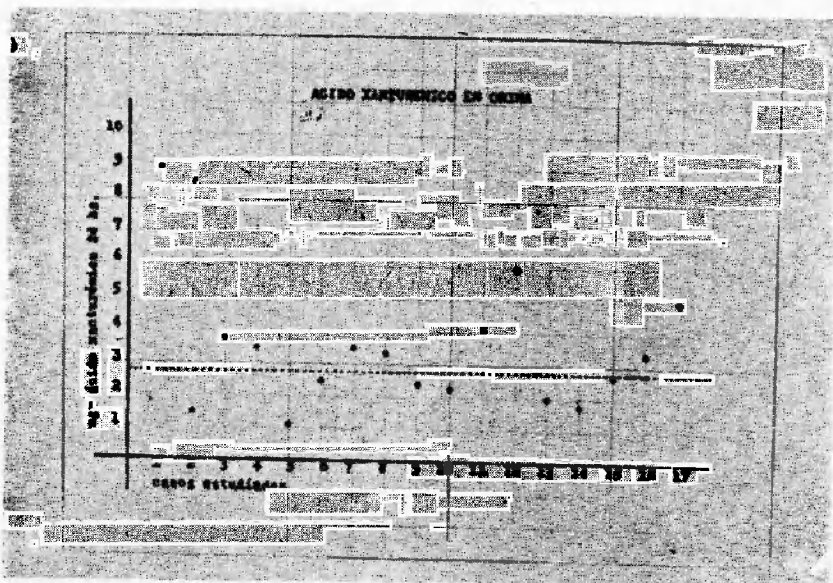


Fluorescencia en sedimento, lectura microscópica.

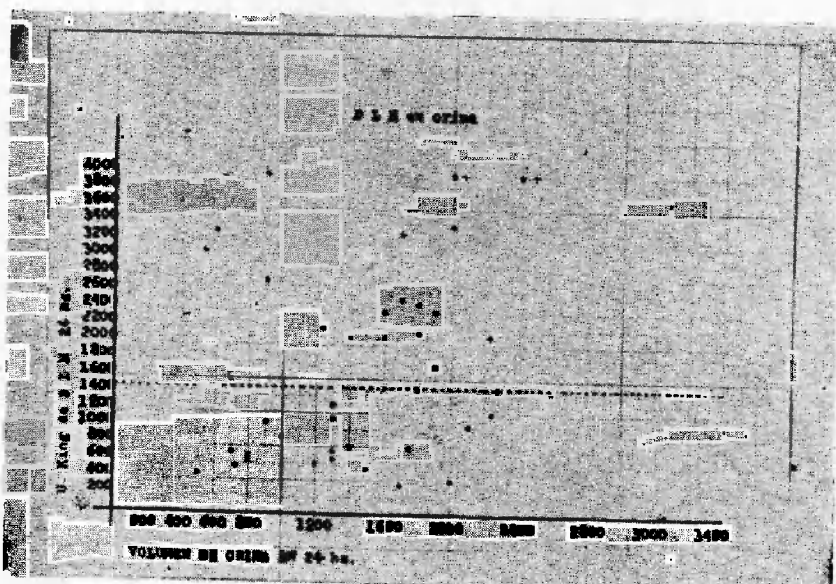
La ordenación de los exámenes en tales casos se haría: ante la presunción de la existencia de lesiones tumorales (por estar presentes elementos que han sido mencionados o se mencionarán) la fluorescencia tetraciclínica positiva, obligaría a la biopsia de tales zonas y al estudio anatomopatológico de las mismas.

Son muchas las consideraciones que se podrían hacer al respecto pero consideramos que escaparían al interés de esta mesa. Por el momento tenemos experiencia sólo en lo que respecta al estudio del sedimento.

- b) *Búsqueda de elementos que de una manera u otra hablan de la probable o real existencia de una neoplasia del urotelio.*
- 1) Búsqueda de metabolitos del triptofano: creemos que es de importancia real en individuos que por el tipo de tareas en las cuales trabajan están probadamente expuestos a presentar la patología que nos ocupa.
 - 2) Investigación de enzimas vehiculizadas en la orina:
 Beta-glucuronidasa: sobre la que no tenemos ninguna experiencia personal. Su aumento es específico de lesiones neoplásicas del urotelio y/o infecciones crónicas del árbol urinario superior.
 Dehidrogenasa láctica: de valor discutido de acuerdo a los diversos autores. El estudio de las isoenzimas abre un camino de gran importancia y aparentemente mucha mayor especificidad diagnóstica.



Dosaje de ácido xanturémico en un lote de enfermos con tumores de vejiga.



Dosaje de dehidrogenasa láctica en enfermos con tumores de vejiga.

Comprobada la existencia de la neoplasia vesical, tendremos que abocarnos al diagnóstico del estadio, que será, junto a los otros elementos ya enumerados, el que orientará la conducta terapéutica. Los medios clásicos con los que se trata de determinar tal situación son:

a) Palpación bimanual mediante tacto rectal.

Evidentemente de gran valor, es discutible sin embargo, en su incapacidad para poder diferenciar procesos neoplásicos, inflamatorios o cicatriciales postratamiento. Por otra parte posee todos los inconvenientes de los exámenes subjetivos, en donde la comparación es difícil de establecer.

b) Biopsia por resección endoscópica.

Prácticamente aconsejada en todos los trabajos que se ocupan del tema, encontramos que en la práctica diaria no es posible su indicación indiscriminada pues muchas veces el tamaño y/o la extensión del tumor se oponen a un estudio racional por el mencionado medio.

c) Cistoscopia.

De enorme valor no sólo en lo que respecta a la determinación del tamaño, número, ubicación, forma y base de implantación del o de los tumores visibles cistoscópicamente, sino también de gran utilidad y objetividad en el estudio de la zona periimplantación del tumor. Aumentos de irrigación, irregularidades, pérdidas de flexibilidad de la mucosa, cuando puedan observarse, serán elementos que podrán hacernos presumir la existencia de infiltración de las capas subyacentes.

Cuando técnicamente pueda efectuarse el estudio en forma complementaria con iluminación mediante luz ultravioleta, la presencia de fluorescencia tetraciclínica permitirá el estudio biopsico de dichas zonas y la confirmación de lesiones necesariamente necesitadas de tratamiento.

d) Urograma de excreción.

Evidentemente estudio de gran utilidad, funcional, dinámico, objetivo y que da todo su valor en las neoplasias yuxtameáticas, en donde la falta de función o ectasia del árbol urinario correspondiente será el exponente casi infalible de la infiltración de la capa muscular.

Otros medios diagnósticos, principalmente exámenes radiográficos han sido desarrollados para poder concretar y aumentar la agudeza diagnóstica, ellos son:

a) Policistografía.

Estudio pasivo, artificial, pero que tiene el valor y la objetividad de mostrarnos la elasticidad de las paredes del órgano, alterada en los casos en que procesos patológicos alteren su anatomía.

En nuestra experiencia han sido un medio diagnóstico eficaz, comprobado bajo controles posteriores anatomopatológicos de la pieza operatoria.

b) Arteriografía.

Aún en la etapa de estudio en nuestra experiencia, no deja de ser un aporte más en la difícil tentativa de lograr una certificación preoperatoria del grado de infiltración de la neoplasia.

INFILTRACION	de capa muscular		de acción		sin invasión de c.	
	a/alter.	s/alter.	a/alt.	s/alt.	a/alter.	s/alter.
TACTO RECTAL	4	4	1	8	1	2
CISTOSCOPIA (estado de la base) no datos en 3 cas.	2	4	7	2	0	3
DIAGRAMA DE EXCRECION	a. 3 b. 1	4	0	9	0	3
CISTOGRAMA	3	0	8	1	1	2
POLICISTORRAFIA	7	1	0	9	0	3

Cuadro comparativo entre los distintos medios diagnósticos de estadio.

Finalmente si tuviéramos que concretar claramente la opinión que sustentamos con respecto a la patología que nos ocupa diríamos que:

- 1) Se trata en un número significativamente alto de casos de una enfermedad de toda la mucosa y no de una lesión focal.
- 2) No toda la mucosa participa contemporáneamente de tal patología.
- 3) Reconocemos la participación de la orina como vehiculo de sustancias con evidente acción cancerígena.
- 4) Creemos que es imperiosa la necesidad de estructurar y ordenar los medios diagnósticos para poder evaluar cada caso particular, con referencia a una clasificación clinicoterapéutica.
- 5) Tenemos los elementos necesarios para iniciar un programa de pesquisa de lesiones neoplásicas del urotelio, y
- 6) Para poder cumplir con tales necesidades e inquietudes, nos permitimos insinuar a las autoridades de las Sociedades que han organizado esta reunión, la formación de un Comité y/o Registro Argentino de Tumores del Urotelio.

**una nueva forma
de administrar
cloramfenicol**

AMFOCLOR

**UNICA COMBINACION DE CLORAMFENICOL
Y AMFOTERICINA B**

**Eficaz en el tratamiento de las infecciones
susceptibles al cloramfenicol.**

**Eficaz en la profilaxis y tratamiento de la
sobreinfección moniliásica.**

**Eficaz en la terapéutica inespecífica
concomitante por su contenido**

PRESENTACION:

**Frascos con 12 cápsulas. Cada cápsula contiene:
250 mg. de Cloramfenicol, 50 mg. de actividad
de Amfotericina B y 250 mg. de vitamina C.
de vitamina C.**