

## IMPORTANCIA DE LA DETERMINACION DEL ESTADO ANATOMOCLINICO DE LOS TUMORES DE LA VEJIGA. ENSAYO PARA SU DETERMINACION

Dres. GHIRLANDA JUAN, OTAMENDI BELISARIO, PROKOPIC JORGE  
y BORZONE RAUL

El diagnóstico de una neoplasia vesical, nos coloca de inmediato ante la necesidad de determinar el estadio anatomopatológico del mismo.

Tal situación debe su existencia según nuestro entender a:

- 1º) la necesidad de precisar el real estadio tumoral, para poder de esa manera:
  - a) presumir el grado evolutivo de la misma, y
  - b) determinar su pronóstico.
- 2º) poder, una vez agrupados los diferentes estadios en grupos individuales, determinar él o los tratamientos más eficaces y sensatos para cada uno de ellos, pues toda estadística de evaluación de una técnica terapéutica determinada, no tendrá ningún sentido si no se efectúa con referencia a determinado estadio, y es más, según nuestro parecer puede convertirse en peligrosa y iatrogénica.

Si a estas necesidades las convertimos en objetivos e intentamos estructurar la metodología para alcanzarlos, creemos entonces que deberán ser satisfechos varios requisitos:

- 1º) deberá por supuesto adoptarse, una nomenclatura que permita individualizar cada tumor en estudio.
- 2º) deberán reunirse un grupo de estudios que nos permitan analizar distintos parámetros, todos útiles, para la obtención de aquel fin.
- 3º) deberán compararse los resultados de tales estudios, con el estadio anatomopatológico de las neoplasias, y
- 4º) finalmente deberá determinarse la utilidad de cada estudio para lograr la individualización de aquellos estadios.

Con este plan procedimos de la siguiente manera:

- 1º) adoptamos la clasificación TNM de la Unión Internacional contra el Cáncer.

Al hacerlo tuvimos en cuenta:

- a) el fundamento de la misma en lo que respecta a su capítulo Tumor.

Tal ítem, está determinado por los diferentes grados de infiltración de una neoplasia, y si aceptamos que ellos, de acuerdo a los trabajos de Whitmore y Marshall, Wallace y los de Baker nos permiten presumir el grado de porcentaje de propagación al sistema linfático, tendremos fijadas las pautas para intentar la individualización preoperatoria de alguno de esos grados y poder delimitar y agrupar procesos que por su evolución deben ser considerados y por lo tanto tratados con criterios diferentes; y

- b) por estar avalada por un organismo que por su prestigio asegura la permanencia de la misma, aún cuando no dudamos que

el perfeccionamiento de técnicas diagnósticas pueda producir reagrupaciones destinadas a simplificarla y racionalizarla en relación con orientaciones terapéuticas.

Tal clasificación, como es por todos conocido, tiene un período de prueba que se inició en 1963 y finalizará en 1972. Es válida sólo para los de origen epitelial, vírgenes de tratamiento y da por sentada la verificación histológica de la enfermedad. Aconseja para la determinación a la cistoscopia, el examen bimanual bajo anestesia y la biopsia. No incluye, ante la posibilidad de que alteraciones evidenciables por él puedan ser debidas a otra patología, al urograma de excreción, ni menciona ningún otro medio diagnóstico. En lo que respecta al tumor individualizado por T, fundamenta su clasificación en la de Jewett y Strong.

Es así que considera:

- T<sub>1s</sub> carcinoma preinvasor, también llamado carcinoma in situ, sea papilar o sesil;
- T<sub>0</sub> cuando no hay evidencia del tumor primario;
- T<sub>1</sub> tumor con infiltración del tejido conectivo subepitelial;
- T<sub>2</sub> tumor con infiltración del músculo superficial;
- T<sub>3</sub> tumor con infiltración del músculo profundo;
- y T<sub>4</sub> tumor fijo o invasor de órganos vecinos;
- N determina los ganglios linfáticos regionales;
- N<sub>x</sub> cuando es imposible determinar estos ganglios;
- N<sub>0</sub> cuando no hay deformación de los ganglios regionales en la linfografía;
- N<sub>1</sub> cuando los ganglios están deformados en la linfografía;
- M analiza las posibles metástasis a distancia;
- M<sub>0</sub> cuando no hay evidencia de metástasis distantes;
- M<sub>1</sub> cuando las metástasis están presentes, incluyendo en esta categoría los ganglios por encima de la bifurcación de las ilíacas primitivas.

II<sup>o</sup>) En un grupo formado por 30 pacientes de ambos sexos que padecían tumores epiteliales de la vejiga, vírgenes de tratamiento se efectuaron:

- a) *urograma de excreción*: pese a que la U.I.C.C. no lo consideró oportuno en el estudio que nos ocupa, creemos que no puede desde ningún punto de vista, excluirse del plan y por sus características de estudio funcional y dinámico coincidimos con R. Couvelaire en su utilidad, tanto más, cuando la neoplasia que nos ocupe tenga una ubicación yuxtameática, pues la ectasia o falta de función del árbol urinario correspondiente, ante la inexistencia de otra patología que pueda condicionarla, nos orientará hacia la presencia de infiltración de la capa muscular de la vejiga.
- b) *tacto rectal y/o vaginal con palpación bimanual*: examen de gran valor, ve limitada su utilidad en su incapacidad para diferenciar procesos neoplásicos, inflamatorios o cicatriciales. Como examen personal y subjetivo, la exacta documentación y comparación se hace difícil de efectuar.
- c) *cistoscopia*: con especial estudio de la zona periimplantación del tumor para poder determinar la existencia de irregularidades, alteraciones de la irrigación y pérdida de la flexibilidad de la mucosa.
- d) *policistografía*: con la pretensión de poder determinar y documentar la elasticidad de las paredes vesicales.

No se consignan en el presente trabajo, los datos aportados por la biopsia por resección endoscópica por:

- 1º) la escasa casuística que poseemos;
  - 2º) por las dificultades que frecuentemente se nos presentan para la realización de la misma con finalidades diagnósticas. Pese a que en forma casi unánime es aconsejada por la mayoría de los autores como medio de estudio, el tamaño del tumor, su extensión y la no infrecuente existencia de tumores múltiples aconsejarían la resección de las lesiones en su totalidad para poder incluir en el estudio la zona de mayor infiltración, lo que desde un punto de vista práctico no es siempre posible.
- IIIº) Los resultados obtenidos en relación con el estadio anatomopatológico determinado por el estudio de la pieza operatoria fueron:

C U A D R O

Infiltración	de capa muscular		de corion		intraepitelial	
	c/alter.	s/alter.	c/alter.	s/alter.	c/alter.	s/alter.
Tacto Rectal y/o Vaginal	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>4</b>
Cistoscopia (estudio de la base)	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
	no datos	en <b>6</b> c.	no datos	<b>2</b>	no datos	en <b>2</b> c.
Urograma de Excreción	<b>5</b> unil. <b>2</b> bil.	<b>6</b>	<b>0</b> <b>1</b> dudosa	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>5</b>
Policistografía	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>5</b>

Si reuniéramos los enfermos estudiados por el grado de infiltración podríamos agruparlos en 3 grupos:

- 1º) de neoplasias intraepiteliales constituido por 6 pacientes ( $T_{1a}$  de la U.I.C.C.)
  - 2º) de neoplasias con infiltración del corion constituido por 11 pacientes ( $T_1$ ) y
  - 3º) de neoplasias con infiltración de la capa muscular constituido por 13 pacientes ( $T_2$  y  $T_3$ ).
- IVº) En base a tales resultados podemos inferir que:

- 1º) en los 13 casos que presentaban infiltración de la capa muscular:
  - a) la policistografía presentó alteraciones en 12;
  - b) el urograma de excreción en 7;
  - c) la cistoscopia en 7, no pudiendo tomarse datos de la zona adyacente tumoral por el tamaño de la misma en 6;
  - y d) el tacto rectal en 9, mostrando características normales en 4.
- 2º) en los 11 casos que presentaban tan solo infiltración del corion:
  - a) la policistografía fue normal en todos;
  - b) el urograma también fue normal en todos;
  - c) la cistoscopia mostró alteraciones en 8, fue normal en 1 y no pudo aportar datos por no visualizarse la zona adyacente tumoral en 2;
  - y d) el tacto rectal fue normal en 10 y presentó alteraciones en 1 caso.
- 3º) en los 6 casos intraepiteliales:
  - a) la policistografía fue normal en 5 presentando alteraciones en 1;
  - b) el urograma de excreción también fue normal en 5 presentando alteraciones en el restante;
  - c) la cistoscopia fue normal en 3, presentó alteraciones en 1 y no pudo aportar datos en los 2 restantes;
  - y d) el tacto rectal fue normal en 4 casos presentando alteraciones en los 2 restantes.

En base a estos resultados creemos que de los estudios efectuados:

- a) la policistografía y el urograma de excreción, este último cuando la neoplasia tenga una ubicación yuxtameática son los que con más exactitud determinan la existencia de una neoplasia infiltrante de la capa muscular, mientras que;
- b) el estudio endoscópico de la zona adyacente a la base de la neoplasia podría orientarnos hacia la presunción de la infiltración del corion;
- c) pese a que en este pequeño grupo de enfermos el tacto rectal aportó datos contradictorios, puede en casos dudosos decidir el criterio clínico y por lo tanto bajo ningún concepto nos sentimos autorizados a negarle utilidad.

Finalmente, queremos dejar perfectamente aclarado que:

- 1º) consideramos al presente, un primer intento para alcanzar los objetivos especificados al iniciar el presente trabajo;
- 2º) la adquisición de nuevas técnicas de estudio, sin lugar a dudas incrementará el arsenal de medios para lograr la determinación del estadio anatomoclínico de la lesión, que si bien podrá en algunos casos no ser el real reflejo del anatomopatológico, nos servirá para esquematizar tratamientos lógicos y razonables y retará a nuestra imaginación y habilidad para tratar de adquirir elementos que nos permitan progresivamente ir disminuyendo el porcentaje de tales falsas presunciones, y
- 3º) es ésta, por todo lo anteriormente enunciado, una razón más para que nuevamente nos atrevamos a solicitar a las autoridades de la Sociedad Argentina de Urología, la creación de un Registro de Tumores del Urotelio.

#### DISCUSION

*Dr. Scorticati.* — Quiero felicitar al doctor Ghirlanda por el motivo de esta presentación que creo que tiene por objeto que esquematizamos en todos los Servicios una forma de estudio y de trabajo para orientar un tratamiento racional de los tumores de vejiga.

Creo, nosotros lo hacemos en el Instituto Roffo, que podríamos incluir en este estudio pese a todas sus falacias, a la linfografía.

El doctor Ghirlanda puntualizó la necesidad de determinar una clasificación TNM para establecer el estadio ganglionar. Si bien no lo puede establecer a veces la linfografía, en muchos casos, para localizar los ganglios obturadores y los hipogástricos. Si la linfografía fuera positiva es un elemento útil para el diagnóstico dentro de la clasificación TNM; si fuera negativa, tendríamos la duda de si es falso negativo.

También se puede incluir en forma ordinaria, la investigación de Papanicolaou preoperatorio que nos puede orientar hacia otro elemento de valor en el estudio del cáncer de la vejiga, esto es, el grado de tumor, el tipo de diferenciación celular.

Por otra parte, me uno a la opinión del doctor Ghirlanda para que esta Sociedad forme un Centro de Tumores donde podamos hacer llegar las pequeñas experiencias que cada uno de nosotros pueda aportar.

*Dr. Sáenz.* — Yo también quiero felicitar al doctor Ghirlanda y col. por lo que significa haber iniciado un estudio sistemático de los tumores de la vejiga.

Nosotros también lo hemos hecho y llevamos un registro, el cual, a su vez, es trasladado a la Secretaría de Salud Pública que lleva el Registro de Tumores de todo el país. De manera que existe ya un registro de Tumores del aparato urinario que lleva esa Secretaría de Estado.

Hemos adoptado una conducta sistemática e incluimos la resección endoscópica acompañada al tacto bimanual y a la cistoscopia en un mismo acto y bajo anestesia. Creo que es fundamental el estudio histológico de este tipo de tumores, si bien hay que reconocer que no siempre va a ser tan exacta como para darnos características del tumor, pues en aquellos tumores muy vegetantes o que no se puede abordar el pedículo por la enorme masa que ocupa la vejiga puede darnos datos inexactos.

Pero puede complementarse la toma biopsia del tumor con la toma biopsia de la zona peri tumoral, sobre la cual ha hecho hincapié el doctor Ghirlanda.

Quisiera agregar que consideramos que la linfografía, más que determinar el N determina el M, pues los ganglios que muestra la linfografía hecha por el dorso del pie, ha de establecer los ganglios del segundo escalón que recorren los linfáticos de la vejiga, que fundamentalmente, luego de tener una rica red perivesical y aun ganglios perivesicales discretos van a los ganglios ubicados en la división de ambas arterias iliacas y aun a los ganglios del sacro.

*Dr. Ghirlanda.* — Agradezco los aportes de los doctores Scorticati y Sáenz.

Con respecto a la linfografía, refiriéndome a los comentarios del doctor Scorticati, creo que con el correr del tiempo pocos van a ser los estudios para tratar de agotar el estudio del estadio anátomo-clínico.

Con los datos de que se dispone en la actualidad no me atrevería a establecer un estadio solamente con las imágenes linfográficas, a menos que fueran muy groseras.

Con respecto al Papanicolaou estoy de acuerdo. Lo utilizamos para la pesquisa de las neoplasias del urotelio.

Estoy de acuerdo con el doctor Sáenz en que la resección endoscópica puede proporcionarnos el dato preciso para determinar el estadio anatomopatológico, pero entiendo que en esos casos, prácticamente la estamos utilizando como tratamiento, salvo que la neoplasia sea muy infiltrante, pero hago hincapié en que, por lo menos personalmente, tenemos inconvenientes cuando se trata de tumores muy grandes.

Para determinar el estadio anatomopatológico con la resección endoscópica deberíamos resear todo el tumor. Debido a la escasa casuística que tenemos sobre el particular, no la incorporamos a nuestro trabajo.