

MESA DE DISCUSION SOBRE TUMORES DE VEJIGA

DR. CARLOS H. SCORTICATI.

Lectura del libro del Génesis, Capítulo 11 Versículo 1º al 9º.

Toda la tierra hablaba una sola lengua con las mismas palabras.

Al emigrar (los hombres) de Oriente, encontraron una llanura en el país de SINAAR y se establecieron allí, y se dijeron unos a otros: vamos a construir una ciudad y una torre que alcance al cielo, para hacernos famosos y para no dispersarnos por la superficie de la tierra. El Señor bajó a ver la ciudad y la torre que estaban construyendo los hombres y se dijo: son un solo pueblo con una sola lengua. Si esto no es más que el comienzo de su actividad, nada de lo que decidan hacer les resultará imposible. Voy a bajar y a confundir su lengua, de modo que uno no entienda la lengua del prójimo.

El Señor los dispersó por la superficie de la tierra y cesaron de construir la ciudad. Por eso se llama Babel, porque allí confundió el Señor la lengua de toda la tierra, y desde allí los dispersó por la superficie de la tierra. Así, nos explica el Libro de los Libros, el origen de la desinteligencia de los hombres.

En nuestra humilde condición de médicos urólogos no puede entrar en nuestras aspiraciones reconstruir a Babel, pues nuestras limitaciones superan ampliamente a nuestros mejores anhelos, pero esa desinteligencia, que hemos mencionado existe también en el mundo de la medicina, y frecuentemente oímos mencionar como idénticos a procesos que solamente tienen en común su apellido, faltándole individualidad suficiente como para poder compararlos.

Así, en el transcurso de estas reuniones anuales que realizamos los urólogos, el tema de los tumores de vejiga fue repetidamente tratado y hemos podido escuchar opiniones muy autorizadas que aseguraron que los tumores de vejiga se tratan sistemáticamente por resección endoscópica y los que no se curan con ella no se curan con nada, y también hemos oído comentar, con el mismo tono de incredulidad y reparo que nosotros nos motiva, que alguien ha sugerido que los tumores de vejiga deberfan tratarse por nefroureterocistectomía total y trasplante renal, por reconocer que ese tumor es expresión de una enfermedad de todo el urotelio y que únicamente por su exéresis completa, se lograría un tratamiento oncológicamente eficaz.

Hace 2 años la Sociedad Argentina de Urología, elaboró un bosquejo de pautas diagnósticas y terapéuticas para el cancer de vejiga que fue bien recibido por los urólogos argentinos y uruguayos reunidos en Bs. As., quienes en su mayoría comprometieron su participación en su puesta en práctica. Del estudio de las mismas podemos deducir que ellas tienen dos componentes bien definidos: uno totalmente rígido, que corresponde a las pautas diagnósticas y a la clasificación y el otro ampliamente elástico que se refiere a las pautas terapéuticas. La razón de esta dualidad se justifica porque para poder comenzar a entendernos, era necesario poner nombre y apellido al tumor que íbamos a tratar y hoy en día todos estamos de acuerdo en que los elementos que definen el pronóstico de los tumores de vejiga estan dados por su histología, (paramalpighiano, epidermoide o glandular) y su estadio evolutivo, definido por la profundidad de infiltración parietal y por el grado de diferenciación de sus células constitutivas.

Estos elementos, junto con la natural interdependencia del huésped con su tumor, que se puede reconocer en forma empírica por la relación entre la duración e intensidad de la sintomatología clínica y el estadio evolutivo alcanzado en el momento del diagnóstico y que es expresión del estado o respuesta inmunológica tienen en forma absoluta bajo su dependencia, el pronóstico de la enfermedad y del enfermo con prescindencia casi total del médico tratante como factor definidor de la evolución.

De allí que la realización de una anamnesis prolija, un examen físico integral, complementado por los análisis generales, urograma excretor y radiografía de tórax con la sospecha clínica de tratarse de un tumor vesical el examen bajo anestesia que comprende cistoscopia palpación bimanual y biopsia endoscópica, es de imposición.

Ya no podemos admitir el tratamiento de un tumor vesical sin estos

recaudos y de la necesidad de su rigurosa aplicación es ejemplificador el hecho que el anatómo patólogo nos corrigiera el diagnóstico clínico de tumor vesical en 6 casos en los últimos 2 años, 2 eran carcinomas colónicos propagados a vejiga, 1 era una tuberculosis intestinal fistulizada en el reservorio urinario y 3 eran cáncer de próstata con invasión vesical.

Esta sistemática de estudio tiene como objetivo conocer al tumor con la relatividad que los medios de diagnóstico clínico ofrecen, definiendo su conformación histológica, su grado y su estadio, para agruparlos en una clasificación, habiendo adoptado la T. N. M. de la Unión Internacional contra el Cáncer, porque internacionalmente es más difundida, y porque en escasas sílabas expresa muchas concepciones clínicas, lo que consideramos como perfeccionamiento de la idea de Jewett y Strong, que constituyen básicamente el sustrato de la clasificación. Reconocemos que esta clasificación es perfeccionable ó puede ser superada por otra.

Esto también lo acepta la U. T. C. C., que ha modificado la clasificación inicial en 1974, manteniendo la actual en el período de prueba de 1975 al 79. Aceptamos que en nuestra casuística nos resulta difícil y aún imposible valorar todos los parámetros que ella incluye, sobre todo el estadio del N que tenemos en la mayoría de los casos registrados como X, testimonio de nuestra incapacidad de poder definir clínicamente el estadio ganglionar, pero tampoco es exigencia de la T. N. M. la estadiificación de cada uno de los parámetros que la integran, por eso nos ofrece la "X", como recurso aplicable ante nuestra impotencia. Pero el respetarla significa tratar de palpar los ganglios regionales y yuxtaregionales sistemáticamente, recurrir a la linfograffa cuando es posible y consideran útil no desperdiciar la oportunidad que ofrece una eventual laparotomía para reconocer y biopsiar las adenopatías satélites.

Como miembro integrante de la UICC, el Instituto de Oncología aplica la T.N.M., en todos los tumores de todas las especialidades, es mi misión pedir a todos uds. su adopción, para que en el futuro todos nosotros hablemos de lo mismo, en el mismo idioma, forma ideal de alcanzar la claridad.

Hasta aquí, aquellas pautas que comentamos en el aspecto del diagnóstico son en parte espontáneamente rígidas, debido a que las mismas tienden fundamentalmente a reconocer la infiltración del tumor en la pared del órgano, dato de primordial importancia para sospechar un pronóstico y establecer una terapéutica. Pero esta rigidez es tan solo académica, pues es imposible pretender ser absoluto en el reconocimiento de la invasión en profundidad, cuando aún no está demostrada la existencia de una membrana basal definida en el epitelio vesical, cuando a veces el mismo epitelio sufre invaginaciones, que arrastran a su lámina propia simulando perfectamente verdaderas infiltraciones y cuando frecuentemente las piezas de biopsia endoscópica no incluyen la lámina propia correspondiente o se encuentran marcadamente modificadas por la acción de la corriente eléctrica.

Y si la histopatología tiene limitaciones en cuanto a su capacidad de definición, cuanto más lo no la han de tener, los medios clínicos de investigación para diferenciar por ejemplo un T₂ de un T₃, es decir una infiltración superficial de otra más profunda del músculo vesical. A esta conclusión llegó la Conferencia Internacional sobre cáncer de vejiga que se realizó en LEEDS en 1971 y con la que coincidimos plenamente.

Pero no creo perogrullesco el insistir en que la T.N.M. es nada más que una clasificación que tiene un muy alto margen de error, ofreciendo solamente entre 40 y 80 por ciento de seguridad en el diagnóstico, más seguras en los estadios extremos y menos fiel en los intermedios, pero ella es el camino para que con su aplicación rutinaria y por el perfeccionamiento que da su práctica continúa, disminuyan los errores de diagnóstico, mejore la apreciación de los estadios y pueda plantearse la terapéutica sobre bases más sólidas.

Comprimidos recubiertos

Flebotropin®

Diosmina 100 mg

Enfoque causal del riesgo capilaro-venoso

Primer enfoque científico de la **enfermedad venosa y del riesgo vascular**

Incluyendo los estados **varicosos y provaricosos**, insuficiencia venosa crónica, **edema de origen linfático o venoso**, **síndrome de piernas pesadas**, **insuficiencia venosa del embarazo - síndrome postflebitico**.

Psicología de orientación:

1 comprimido por día repartidos en dos tomas.

Presentación:

Envases conteniendo 20 comprimidos recubiertos



Bago

Investigación y desarrollo - Argentina

A diferencia de las pautas diagnósticas, las propuestas terapéuticas del protocolo que comentamos ofrecen una amplia gama de posibilidades, y ello es debido a que no existe experiencia en nuestro medio sobre determinados tratamientos en definidos estadios evolutivos del tumor, con un seguimiento de los casos que permitan sacar conclusiones valederas, y a ello tienden estas pautas terapéuticas, conseguir en un lapso más o menos breve, una casuística apreciable de casos valuados con los mismos parámetros y tratados con diferentes esquemas terapéuticos, elegidos según preferencias individuales del médico tratante, a veces condicionados al medio, pero encuadrados dentro de una serie de premisas aceptadas como reales que el protocolo no puntualiza específicamente pero que permite deducirlas:

1. El papiloma vesical es considerado como tumor in situ para los fines diagnósticos y terapéuticos. Así lo apreciaron las dos terceras partes de los patólogos cuestionados por Mostofi en una consulta Internacional, y lo refrenda la experiencia de cada uno de nosotros al observar su tendencia recidivante que llega al 45 por ciento en los únicos y al 66 por ciento en los múltiples (Lerman) y por el hecho que 15 a 20 por ciento de los mismos culminan en un carcinoma de vejiga bien definido, al cabo de unos años.
2. Incluir a los T₂ y T₃ en un mismo grupo con respecto a las pautas terapéuticas que les correspondan, porque es casi imposible una diferenciación clínica, y aún anatomopatológica bien definida entre ambos, por otra parte la incidencia de propagación linfática que se atribuía al T₃ se ha visto últimamente que corresponde en igual proporción al T₂, de manera tal que esa circunstancia de tan alto valor pronóstico es compartida por ambos estadios, lo que en cierta forma hace injustificada su diferenciación.
3. Considerar en forma muy diferente al tumor virgen de tratamiento, del tumor recidivado, recurrente o persistente. Estas circunstancias expresan mayor agresividad del tumor o menores defensas del huesped y de igual manera inducen a plantear más soluciones más radicales.
4. Reconocer diferente significación entre el tumor único y el múltiple, aceptando el primero como una posible enfermedad regional de la vejiga, que en ciertas circunstancias admite tratamientos parciales y reconociendo en el segundo una enfermedad generalizada del epitelio vesical, cuando no de todo el urotelio, solamente pasible de tratamientos totales o generalizados.
5. Las actuaciones quirúrgicas conservadoras deberán resolverse por vía endoscópica, aunque ella deba ser reiterada en varias oportunidades. Únicamente se admite la apertura de la vejiga para cistectomías parciales, en tumores únicos ubicados a más de 2 cm del cuello vesical y cuya valuación preoperatoria permita suponer una exéresis satisfactoria con suficiente margen de seguridad. En estos casos es criterioso realizar biopsia de los bordes del resto del órgano para detectar una infiltración neoplásica submucosa, no apreciable macroscópicamente.

Estos son los grandes lineamientos que yo creo, este protocolo, trata de precisar. Todos ellos son merecedores de mayor polémica, de aceptación con reparos y de cuestionamientos muy fundados, pero me permito excluirlos del comentario hoy para ofrecerles en mesa de discusión algunas de las pautas terapéuticas que pueden tener aplicación general, en cualquier medio y de las que será interesante sacar conclusiones sobre las opiniones de todos nosotros.

Será esta, la primer experiencia en tal sentido que se realiza en un Congreso Argentino de Urología, siguiendo la tónica que privó en las reuniones mensuales de la

Sociedad Argentina en el transcurso de este año, llevando a la discusión abierta, amplia y sincera, temas controvertidos de la especialidad. Aquí como allí, se han de escuchar en coincidencia o en contrapunto las opiniones desbordantes de experiencias de nuestros maestros, como las tímidas o fogosas impresiones de los más jóvenes.

Las razones que justifican estas mesas de discusión son múltiples y creo necesario puntualizarlas.

1. La necesidad de **conocer nuestra experiencia** para crear pautas nacionales o regionales, porque no debemos aplicar en nuestro medio en forma rigurosa la experiencia extranjera que por otra parte y sobre todo en cancer de vejiga es bastante controvertida, y esto tiende también a un fin utópico pero posible que algún día podamos mostrar al mundo nuestra propia experiencia, resultado de una unidad de criterio basado en una comunión de ideas de los urólogos de todo el país, lograda pese a las grandes distancias que nos separan y a los distintos sistemas asistenciales que rigen nuestra actividad profesional.

Creo que debemos **aplicar todos, nuestras propias pautas**, no por un capricho nacionalista, sino porque aunque hablemos del mismo cancer en el mismo órgano este no se comporta en la misma forma en diferente regiones geográficas y en distintos medios sociales. Acaso son comparables el cáncer de pene en Israel, EE.UU, Indonesia o Pakistan? . Su frecuencia, el promedio de edad de los pacientes y sobre todo el estado evolutivo en que se diagnostica, así como las condiciones generales del portador, en relación con el índice de pauperismo del país y los medios para combatirlo con que cuentan, hacen que los parámetros carezcan de toda lógica.

En los que respecta a tumores del urotelio en general y a los de vejiga en particular ocurre lo mismo, no son comparables los que se presentan en los Balcanes, en Egipto o en la Argentina, los factores predisponentes son totalmente distintos, ecológicos, parasitarios, múltiples y ellos influyen marcadamente en las características del tumor.

En segundo lugar, yo sospecho que el cáncer de vejiga, es uno de los tumores que soporta más anarquía en cuanto a su terapéutica. ¿Quién no ha visto algún caso tratado con iterativas sesiones de electro coagulación cada vez más frecuentes y más extensas, mientras la profundización de la neoplasia proseguía? .

¿Quién no ha visto casos sometidos a varias cistectomías parciales, insistentemente indicadas ante repetidas recurrencias o recidivas? . Aislados éxitos, frecuentemente temporarios, mantienen la vigencia de estas posturas, las que se encuentran justificadas, por las implicancias personales y sociales que condicionan la pérdida del emuntorio vesical.

Cuando tratamos un tumor de vejiga ¿no envidiamos a los ginecólogos, que han llegado a establecer pautas casi inflexibles, ante los diferentes estados de los carcinomas de cervix? : Que tranquilidad de conciencia nos aportaría el poder encuadrar nuestros casos en determinada terapéutica, sabiendo que ella es la mejor porque la experiencia así lo determina.

Y a ello tiende esta reunión de hoy, aunque nuestra pretensión no es más que el balbuceante inicio de esa meta, la oportunidad de aportar opiniones sinceras, espontáneas, naturales, en amistosos grupos, desprendidas de todo protocolo y de posturas magistrales. Cada grupo contará con un secretario, que no necesariamente ha de ser la persona más representativa, para evitar se convierta en el líder hegemónico del mismo, favoreciendo la democratización y la amplitud de las discusiones. Este actuará de coordinador y sacará sus conclusiones, y con ellos nos reuniremos para tratar de esbozar resumidamente la opinión de la

mayoría que daremos a conocer mañana. Los temas que proponemos para la discusión son:

1. Cistectomía parcial. Indicaciones actuales.
2. Limitaciones del tratamiento endoscópico.
3. Tratamiento de los T₂ – T₃ con localización trigonal.

Cada tema será motivo de discusión durante 30 minutos y el Secretario de cada grupo registrará los tópicos más significativos de ellos y las conclusiones a que arribaron. Señores, en estas mesas de trabajo, todo es productivo la experiencia propia, la información bibliográfica, las posiciones empíricas y por supuesto también los criterios filosóficos sobre la vida, la muerte, el cáncer.

Amigos, vuestras opiniones de hoy, estoy seguro que serán los cimientos para la construcción de nuestra Babel urológica, en beneficio de la salud de nuestro pueblo, por el prestigio de nuestra especialidad y por nuestra tranquilidad de conciencia.

**

Mesas de Trabajo sobre Tumores Vesicales.

Coordinador: Dr. Carlos Scorticati.

Secretario: Dr. Mario E. Sember

Agradecemos a participantes y coordinadores su colaboración, dado que hemos podido apreciar en la recorrida por las mesas, el diálogo amable y el estrechamiento de vínculos a que lleva este tipo de trabajo grupal. Los participantes comprendieron inmediatamente la filosofía de este tipo de trabajo. Pasaremos a continuación a informar las conclusiones que se obtuvieron en las distintas mesas.

Es de señalar que en muchas mesas, de manera espontánea, se cambió el orden de los puntos en consideración por estimar que ello conducía a un planteamiento más conveniente de la evaluación y resolución del cuestionario. Todas estas conclusiones están enfocadas para tratamiento con fines curativos, no paliativos. Aunque se reconoce que esta es una tesis de trabajo, propuesta para las mesas y en pacientes en condiciones generales que admiten la terapéutica oncológicamente más indicada.

La coordinación de las mesas considera que todo enfermo que no pueda encuadrarse en estos requisitos, queda excluido de pautas y el tratamiento se condiciona a lo que sea permisible para su estado.

1. INDICACIONES DE LA CISTECTOMIA PARCIAL

Según las opiniones vertidas, la cistectomía parcial es una intervención que mantiene actualidad, aunque con indicaciones más limitadas. Su condicionamiento, está dado en tumores únicos, en estadio evolutivo hasta T₃ (infiltración profunda de la capa muscular), que no tengan ubicación en cuello vesical y trigono. Se consideró que la cistectomía parcial es una buena indicación en los tumores recidivados luego de tratamiento endoscópico, pero no tiene indicación luego de recidivas de una anterior cistectomía parcial.

2. LIMITACIONES DEL TRATAMIENTO ENDOSCOPICO

La existencia de tumores múltiples (multicentricismo) no es contra-

indicación del tratamiento endoscópico, sino por el contrario, el mismo puede efectuarse en varias sesiones terapéuticas. Las indicaciones de la resección transuretral en la mayoría de los participantes quedó limitada a tumores hasta estadio T₁, aunque profesionales bien entrenados, la aceptan hasta estadio T₃.

La ubicación suprameatal de la neoplasia, en general no contraindica el tratamiento endoscópico, el que sí queda contraindicado en la cúpula vesical y zonas ciegas de la vejiga.

3. TRATAMIENTO DE LOS TUMORES T₂ – T₃ NO CON LOCALIZACION TRIGONAL

Las conclusiones terminantes de todos los equipos, indican la cistoprostatectomía total y derivación urinaria como la terapéutica de elección, precedida y/o complementada por tratamiento radiante. La coordinación de esta mesa considera que tanto en la indicación de la cistectomía total para la resolución de esta encuesta, como la práctica o realización de la cistectomía parcial como resolución de la primer pregunta, deben ser sistemáticamente precedidas por la exploración y biopsia por congelación de los ganglios linfáticos regionales, única forma de poder conocer el N de la neoplasia y acercarnos a la verdadera extensión de la misma.

**

EVALUACION DE LAS PRUEBAS FUNCIONALES RENALES

LUIS EPSTEIN

CATEDRA DE UROLOGIA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

AÑO 1975