

FISTULA ENTEROVESICAL; ADENOCARCINOMA DE VEJIGA

Dr. Rochman, Elías José

Resumen

Se presenta un caso de fistula vesicoenteral espontánea como rara complicación en el curso evolutivo de un tumor de vejiga, histológicamente un adenocarcinoma, realizándose consideraciones sobre estas dos patologías.

Las fistulas urodigestivas etiopatogénicamente pueden ser: 1) traumáticas, 2) quirúrgicas, 3) inflamatorias, 4) tumorales, 5) actínicas.

Culley, C., y colaboradores, en una revisión de 100 casos de la Clínica Mayo (Minnesota) encuentran que un 95 % correspondieron a fistulas vesicocolónicas, caracterizadas por neumaturia y fecaluria, y un 5 % a fistulas ileovesicales cuyos signos y síntomas hallados en estos casos fueron infección urinaria, fiebre, y tumoración abdominal.

CUADRO I

Fistulas de origen vesical	Porcentaje de la Clínica Mayo	Fistulas de origen intestinal
Tuberculosis	—	Tuberculosis
Sífilis	—	Cuerpos extraños
Diverticulosis	51	Diverticulosis
Traumáticas	16	Traumáticas
Tumor	5	16 Tumor
Quirúrgicas	—	12 Enfermedad de Crohn
Actínicas	—	Actínicas

Paciente: C. Z., 71 años.

Presenta hematuria macroscópica con polaquiuria y nocturia de 3 meses de evolución. Pérdida de peso, astenia, dolores articulares y trastornos en la marcha. Hay antecedentes de alcoholismo crónico.

Al examen físico es normotenso, presentando una hepatomegalia e hipertrofia prostática.

Los análisis clínicos indican: eritrosedimentación, 15 mm la 1ª hora; hemoglobina, 16,1 g; glóbulos blancos, 6.300; uremia, 0,29 g; glucemia, 1 g.

Sedimento urinario con abundantes hematíes y microorganismos; urocultivo + 100.000 colonias de *E. coli*.

Urograma excretor, normal.

Endoscopia; uretra anterior, s/p; uretra posterior presenta 2 lóbulos prostáticos no obstructivos. Buena capacidad vesical; en la cúpula, por debajo de la burbuja de aire, se observa pequeño orificio umbilicado rodeado de mucosa normal. Se trata de observar esta zona vaciando la vejiga deprimiendo el hipogastrio, no lográndose obtener más detalles de los descritos.

Se practica, a continuación, cistografía retrógrada en distintas posiciones.

Con vejiga llena se puede apreciar el borde superior de ésta, irregular, con imagen triangular que se proyecta desde la misma y a la par se ve cómo la sustancia opaca aparece en el intestino.

Concluimos que estamos en presencia de una fistula urodigestiva. Se encaran estudios complementarios para lograr el diagnóstico de localización entérica y la etiología de la misma.

Colon por enema: revela divertículos en colon sigmoide.

Colonoscopia (Dr. B. A. González). Se introduce hasta el ángulo esplénico, 80 cm, hallándose varios divertículos con estrechamiento de la luz colónica fácilmente distensible. No se encuentra otra patología hasta el nivel mencionado. Rx de tórax y electrocardiograma, normales.

Se decide laparotomía exploradora; con el paciente anestesiado se palpa una tumoración en hipogastrio.

Cirujano: Dr. Rochman; ayudante: Dr. Nikceвич.

Incisión mediana infraumbilical. Diéresis de planos musculoponeuróticos.

Se abre el peritoneo y localiza el intestino delgado adherido por su borde antemesentérico a una zona tumoral que hace cuerpo con la vejiga.

Se disea el asa separándola del tumor, observándose un orificio de 5 mm, aproximadamente. Se resecan sus bordes y cierre del mismo en 2 planos.

Desperitonización de la vejiga. Cierre del peritoneo previa exploración buscando metástasis.

Se libera la vejiga por su cara anterior y se abre la misma, pudiéndose observar que su mucosa está sana, mientras que en la cúpula tiene un pequeño orificio que comunica con el tumor incluido en su pared.

Se realiza cistectomía parcial amplia.

Cierre vesical en 2 planos. Drenajes. Cierre de pared por planos.

Posoperatorio satisfactorio; entre el 5º y 9º día pierde orina por la herida hipogástrica. Alta a los 14 días.

Anatomía patológica (Dr. Eguía): 1) pequeña porción de intestino delgado sin signos de neoplasia; 2) sector de vejiga infiltrada totalmente por tumor duro, blanco, con focos hemorrágicos; 3) proliferación neoplásica de células cilíndricas atípicas en tubos glanduliformes irregulares, que infiltran la pared; la mucosa presenta signos de cistitis crónica edematosa.

Diagnóstico histopatológico: adenocarcinoma diferenciado infiltrante.

Clínica Privada San Juan, Burzaco, Provincia de Buenos Aires
Domicilio: J. B. Justo 4018, Capital



Figura 1

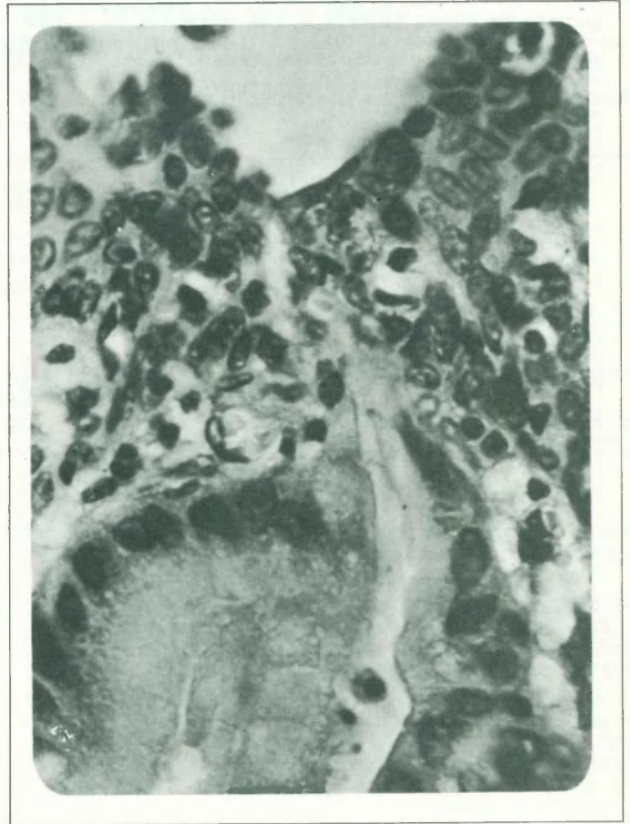


Figura 2

Consideraciones

Los adenocarcinomas de la vejiga representan 1 a 2 % de los tumores de la vejiga.

En el 6º Congreso Peruano de Urología de 1978 presentamos, en colaboración con los Dres. De Marco, Petrone y Garcés, 7 casos, realizando consideraciones sobre los mis-

mos y un estudio de su etiopatogenia, destacándose sus características histológicas, su clínica evolución, tratamiento y diagnóstico diferencial con los tumores de uraco (cuadro II).

Mostofi, en una recopilación de 44 casos, realiza un cuadro comparativo entre los adenocarcinomas y los carcinomas a células transicionales (cuadro III)

CUADRO II

Adenocarcinoma de vejiga	Adenocarcinoma de uraco
- Epitelio patológico ulcerado con invasión de la submucosa y muscular.	- Invasión muscular y submucosa con epitelio intacto.
- No tiene relación con el uraco.	- Demostración del uraco conectado con el tumor.
- Presencia de cistitis quística o glandularis.	- Ausencia de cistitis quística o glandularis.
- Localización en cúpula preferentemente (también en trigono y pared lateral).	- Localización en cúpula exclusivamente.
- Invasión de pared vesical y muy tardíamente la pared abdominal.	- Invasión tumoral precoz de pared abdominal, ombligo.

CUADRO III

Adenocarcinoma		Carcinoma a células transicionales
17 %	Cara lateral	47 %
9 %	Trígono	21 %
10 %	Cara posterior	18 %
10 %	Cara anterior	8 %
57 %	Cúpula	6 %
63 %	Tumor único	35 %
80 %	Infiltrante	60 %
20 %	No infiltrante	40 %
70 %	Mortalidad a los 5 años	50 %

Bibliografía

Culley, C. Carson; Reza S., Malek, y Remline, W. H.: "Urologist aspect of vesicoenteric fistulas". J. Urol., vol. 119, 744, 1978.
 Best, J. W., y Davis, R. M.: "Vesicointestinal fistulas". J. Urol., 101, 62, 1969.

Abeshouse, B. S.; Robbins, M. A.; Gann, M., y Salk, A. O.: "Intestino-vesical fistulas". JAMA, 164, 251, 1957.
 Mostofi, F. K.: "Pathological aspect and spread of carcinoma of the bladder". JAMA, 206, 1968.

Mostofi, F. K.; Thomson, R.; Dean, B. L., Jr.: "Mucous adenocarcinoma of the urinary bladder". *Cancer*, vol. 8, 741, jul.-ag. 1955.

Susmano, D.; Rubinstein, A.; Dakon, A., y Lloyd, F.: "Cistitis glandularis and adenocarcinoma of the bladder". *J. Urol.*, 105, 671, 1971.

García, A., y Rocchi, A.: "Adenocarcinoma de vejiga: 2 casos". *Rev. Arg. de Urología*, vol. 25, 1956.

Leveti, H.: "Adenocarcinoma de vejiga". *Rev. Arg. de Urología*, vol. 35, 1966.

De Marco, J. M.; Rochman, E. J.; Petrone, E. G.; Garcés, J. M.: "Adenocarcinoma de vejiga". 69 Congreso Peruano de Urología. Lima, 1978.