

Hosp. Alvear. Servicio de Urología
del Prof. Dr. JUAN SALLERAS

Por los Doctores

CONSTANTE COMOTTO

LEUCOPLASIA VESICAL, CÁLCULO DE PROSTATA Y OTRAS LESIONES DEL APARATO URINARIO EN UN MISMO SUJETO

LA observación que traemos se refiere a un enfermo de 67 años que ingresa al Servicio por retención completa de orina y un deficiente estado general. Su historia clínica, que lleva el N° 2930, es la de un prostático que después del clásico período de disuria inicial y progresiva durante varios años, con algunos episodios de retención completa pasajera, entra al período actual de retención completa definitiva. En sus antecedentes, llegamos a establecer una retención aguda completa de orina hace treinta años, respecto de la cual recuerda que le practicaron, con un instrumento metálico y cortante, que introdujeron por su uretra, una operación que interpretamos fuera de uretrotomía interna, después de la cual y de estar dos días con sonda, pudo orinar espontáneamente. Pero desde entonces, con intervalos hasta de años, repetía sus crisis de retención que aprendió a conjurar con una sonda, sin que experimentara jamás ninguna otra molestia, aunque siempre necesitó evacuar su vejiga cada tres a cuatro horas de día y de noche. Hacemos incapié en estos detalles, por creer que nos ayudarán a explicarnos parte del complejo patológico de nuestro caso. Niega venéreas y cualquier otra enfermedad. Pasamos entonces al

Examen clínico. — El enfermo tiene puesta una sonda Bequille N° 16. Sus orinas son turbias y un poco hemáticas. El tacto rectal nos muestra una tumoración prostática grande como una mandarina, elástica, de superficie uniforme, bien limitada lateralmente y hacia arriba y que en el tercio inferior y un poco lateralizado a la derecha de la línea media, presenta un *cuerpo duro grande como un garbanzo*, ligeramente movilizable, aunque haciendo cuerpo con la masa tumoral y muy superficialmente colocado con respecto a ésta; la mucosa

rectal no adhiere en absoluto a la masa subyacente. La uretra permeable al explorador N° 24 sin particularidad, salvo el alargamiento de unos seis centímetros de la porción prostática. Capacidad vesical de 120 cc.

Cistoscopia. — El medio vesical se aclara con dificultad. Se observa mucosa vesical uniformemente enrojecida y con algunos copos de mucopus en el bajo fondo; en la pared posterior y por encima del trigono, lateralizándose a la izquierda, se observa una zona que ocupa casi un tercio de dicha pared, ha-

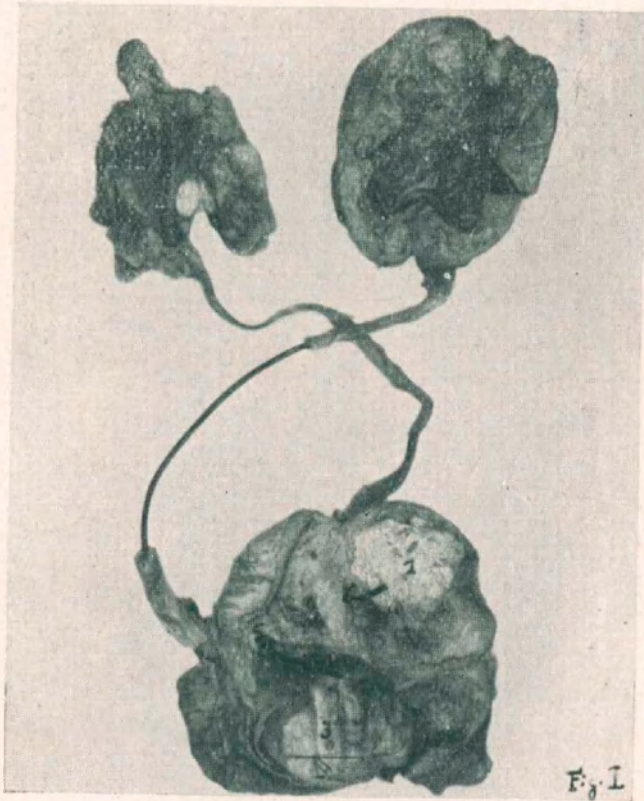


Figura N° 1.
Fotografía de conjunto. Relación que presentaban los órganos estudiados en el sujeto.

ciendo relieve neto sobre la mucosa circundante y que resalta del resto por su coloración blanquecina azulada, de superficie homogénea y lisa con ligera estriación fina y con el contorno algo irregular como geográfico, pero perfectamente adherida en su totalidad. El meato ureteral derecho a ocho horas, un poco entreabierto; el izquierdo, no conseguimos visualizarlo a pesar de nuestra atenta búsqueda. Cuello ligeramente convexo en el lado izquierdo y marcadamente en el derecho; signo de la cortina esbozado; signo de Marión positivo franco a la derecha. Los exámenes de laboratorio dieron en sangre 2 gramos 30 de úrea por mil y en orinas nada de particular.

Sero reacción de Wassermann negativa. A los pocos días del ingreso y espontáneamente, aparecen hematurias profusas con coágulos, que obligan a un

paciente trabajo de evacuación de los mismos: al día siguiente las hematurias se reproducen y el estado general del enfermo se agrava, entrando en lipotimia irreductible para fallecer por la noche. La necropsia nos deparaba algunas sorpresas que pasamos a referir.

Extraemos vejiga, próstata y vesículas seminales en un solo block, seccionando las conexiones anatómicas con los demás órganos. La vejiga se nos presenta del tamaño de un puño con paredes gruesas, la próstata transformada en una tumoración piriforme con base superior, teniendo los caracteres del ade-



Figura N° 2.

1: Leucoplasia. 2: Cálculo prostático en la pared de la loge. 3: Adenoma parcialmente enveleado y sostenido con una pinza. 4: Pared de la loga prostática. 5: Maeto ureteral derecho cateterizado con una bujía. 6: Muesca producida al extraer la biopsia.

noma periuretral, grande como una mandarina y en cuya pared posterior, lateralizado ligeramente a la derecha y en el tercio inferior, se presenta un cuerpo duro, bien limitado, del tamaño de un garbanzo y subyacente a los planos superficiales; una incisión sobre éstos pone en evidencia su naturaleza, del nódulo tipo cálculo fosfático. Vesículas seminales sin particularidad. Extremidad inferior del *uréter derecho*, gruesa como un dedo mediano y desembocando en la región anatómica correspondiente.

Ureter izquierdo, no se consigue reconocerlo, pero parece representado por un cordón fibroso, que observamos partiendo cerca del vértice de la vejiga. Conductos deferentes sin particular. Seccionada la vejiga, siguiendo la pared anterior por la línea media e incluyendo cuello vesical con la porción anterior de

la adenoma, se verifica: paredes vesicales engrosadas hasta un centímetro, mucosa lisa, negruzca, con muy pocas celdas y columnas. El meato ureteral derecho entreabierto, desembocando en la extremidad correspondiente del rodete interuretérico. Imposible encontrar el otro meato ureteral, tanto que lo consideramos inexistente. Trígono y cuello muy levantado por el gran relieve endovesical del adenoma, que presenta un lóbulo derecho más grande que el izquierdo y los caracteres típicos de este tumor. Volviendo a la cavidad vesical, observamos en el tercio superior de la pared lateral izquierda, una placa blanco azulada ligera-

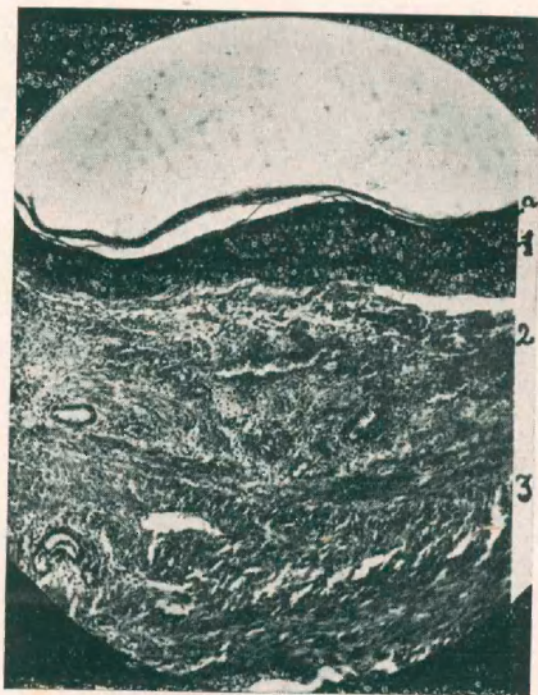


Figura N° 3.

Microfotografía de un trozo de la placa leucoplásica. Pequeño aumento. (Doctor Behr). 1: Epitelio de tipo Malpighiano, cuyas capas más superficiales (a) sufren la degeneración córnea. 2: Corión mucoso. 3: Capa muscular.

mente rugosa que ocupa una superficie del tamaño de una hoja de hiedra, de bordes irregulares y perfectamente adherida en su totalidad a los planos subyacentes, sobre los que hace ligero relieve; la superficie mucosa restante es perfectamente lisa y de color negruzco, que consideramos como alteración cadavérica, el cual hace resaltar netamente la superficie blanquecina descrita de la que hacemos el diagnóstico macroscópico de *placa única de leucoplasia vesical*. Intrigados por la ausencia del meato ureteral izquierdo, proseguimos nuestro examen necrópico hacia la loge renal, que había de depararnos nuevas sorpresas

en este sujeto que nos resultó una verdadera miscelánea patológica. En el lado izquierdo encontramos un riñón grande, con sus cavidades dilatadas y con el uréter del tamaño de un dedo mediano, que *cruzando la línea media* a la altura del promontorio, se continuaba con el extremo distal seccionado del uréter, que nosotros describimos como *uréter derecho*, de acuerdo a su desembocadura vesical. En el lado derecho se nos presenta un riñón del tamaño de un huevo de gallina, blanquecino, de superficie abullonada por vesículas grandes como gra-

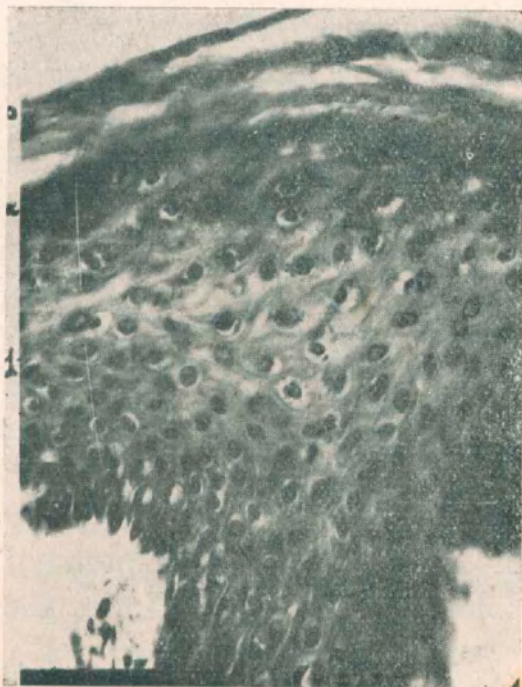


Figura N° 4.

Microfotografía de un trozo de la placa leucoplásica. Gran aumento. (Dr. Behr).
1. Epitelio de tipo Malpighiano, cuyas capas de células más superficiales se cargan de Keratina (a) pura y transformarse en células córnea (b) exactamente como en la epidermis cutánea.

nos de uva; de cuyo hilio parte un paquete vascular pequeño, rodeado de una masa esclerolipomatosa, y un cordón que corresponde al uréter, pero de estructura fibroelástica sin que podamos encontrar en él macroscópicamente, vestigios de cavidad central ni de estructura anatómica propia de este órgano; dicho cordón se dirige hacia abajo siempre en el lado correspondiente terminando su extremo distal en el vértice de la vejiga, penetrando en ésta, pero sin evidenciar en la cara interna la más mínima huella de meato ureteral. El riñón derecho incindido a lo largo de su dorso, nos muestra la presencia de numerosos quistes a contenido seroso transparente y parenquima renal irreconocible, lo mismo que

la pelvis renal, cuyo lugar se halla ocupado por una masa con el tamaño y forma de una avellana, que se deja seccionar fácilmente presentando una superficie blanquecina, de consistencia pastosa como masilla.

El estudio necrópsico nos lleva a la conclusión de tratarse de un sujeto portador: 1º, de una transposición del uréter del riñón izquierdo que termina a la derecha; 2º, una hipotrofia con degeneración quística de riñón y uréter derecho; 3º, leucoplasia vesical; 4º, cálculo de próstata, y 5º, un adenoma periurétral.

De todo este "tratado parcial de patología urinaria encontrado en un mismo sujeto", nos circunscribiremos más especialmente a la lesión leucoplásica y al cálculo de la próstata, los demás elementos los dejamos de lado para no alargar excesivamente nuestro trabajo y serán motivo de otra comunicación.

Leucoplasia vesical, también llamada psoriasis vesical, leucoqueratosis, colesteatoma o cornificación, es una afección caracterizada esencialmente, por una transformación del epitelio mucoso normal en epidermis córnea, ya en parte o en toda la mucosa vesical. Las primeras observaciones se deben a Rokitansky, en 1861, que llamó a esta lesión colesteatoma; luego siguieron muchas otras de diversos autores que no entraremos a detallar, pero a juzgar por el escaso número de ellas en la literatura mundial, debe ser considerada como afección muy rara, teniendo en cuenta además que falta, en la mayor parte de ellas, la demostración anatómopatológica: citamos la estadística de Russell Hennessey, que encontró hasta 1927 en una estadística mundial, tan sólo 43 casos, entre nosotros el primer estudiado pertenece a Nin Posadas y data del año 1899, diagnosticado por cistoscopia (1). Macroscópicamente Marion y Heitz-Boyer reconocen tres aspectos: "a) mancha blanca nacarada lisa y sin relieve; b) por proliferación epitelial exuberante las placas presentan pequeñas crestas epiteliales que le dan un aspecto cuadrículado; c) aspecto verrugoso, superficie irregular, levantada, recordando su aspecto el de un glaciar visto desde arriba". En la mayor parte de los casos las lesiones son múltiples, siendo mucho más rara la presencia de una sola placa aislada, como el caso nuestro; presentan como carácter común su coloración blanco azulada brillante, su adherencia íntima a los planos subyacentes, la se-

(1) Otro caso reciente del profesor Castaño que data de 1937.

paración neta y brusca de la superficie vecina sobre la cual el conjunto presenta relieve más o menos marcado. Microscópicamente es característica la transformación del epitelio normal en epitelio pavimentoso estratificado, con capa basal, capa de células pavimentosas reunidas por filamentos de unión, células de Keratina y capa córnea. Los preparados microscópicos que presentamos son bien demostrativos al respecto, mostrando la transformación córnea de las capas superficiales, reproduciendo sobre un epitelio mucoso la estructura histológica de la epidermis. La etiopatogenia de esta lesión es muy discutida, algunos las consideran causada por la inflamación crónica o irritación persistente de la mucosa vesical, pero la observación de esta lesión aislada y solitaria en algunos casos y la muy demostrativa de Leber en un niño de cuatro meses (citado por Belmiro Valverde) impide aceptar en todos los casos aquella patogenia. Muchos autores, entre ellos Marion, aceptan la teoría de la malformación congénita, pensando que la heterotipia celular se deba a la inclusión, en el epitelio de la mucosa vesical de origen mesodérmico, de células de origen ectodérmico, durante el desarrollo embriológico y que luego en virtud de una causa que puede ser la irritativa, de cualquier naturaleza, proliferar activamente, dando lugar a la placa leucoplásica. La sífilis ha sido la causa más incriminada: el caso de Nin Posadas, el de Belmiro Valverde, siete de los doce casos de Saveur y Li Virgui, curaron con el tratamiento específico. En el caso nuestro no ha sido posible poner en evidencia una causa aceptable, las malformaciones congénitas del sujeto hacen pensar que fuera ésta la causa predisponente. En cuanto a sintomatología no existe ninguna propia. El diagnóstico es cistoscópico o hecho en el curso de una intervención o una autopsia; el estudio del sedimento urinario permitió a Berti, citado por Marion y Heitz-Boyer, hacer el diagnóstico al encontrar células de tipo pavimentoso córneo características. Le Fur, citado por los mismos autores, haciendo una inyección endovesical de ácido pícrico al 1/200 consigue teñir de amarillo una placa blanquecina vesical en virtud de la presencia en ella de las clásicas células córneas.

El diagnóstico diferencial se hará con aquellas lesiones blanquecinas que pueden simular una leucoplasia: el típico color blanco azulado y la inmutabilidad en cuanto a los caracteres de las lesio-

nes leucoplásicas de un examen a otro, es un signo de mucho valor. El pronóstico es serio, pues es frecuente la transformación epiteliomatosa de la lesión; en otros casos la extensión de las placas puede cubrir toda la superficie endovesical y trayendo consecutiva pérdida de la capacidad e insuficiencia de los meatos ureterales, provocar una pielonefritis ascendente. El tratamiento debe ponerse en obra en cuanto se ha hecho el diagnóstico; deberá ensayarse siempre el específico. La destrucción por curetaje de las lesiones después de la talla, se ha practicado con éxito mediocre; la electrocoagulación a cielo abierto o la endoscópica a ser posible, es el procedimiento de elección, el Dr. Salleras lo ha practicado en un caso del Servicio historiado con el N° 1506, después de talla, con resultado negativo en cuanto a la curación.

Como conclusión podemos aceptar que la leucoplasia vesical es una lesión rara, casi siempre diagnosticada por la endoscopia, por la cirugía o por la necropsia, de etiología indeterminada y cuya causa determinante parece ser de carácter irritativo o inflamatorio crónico, según los casos y con mucha frecuencia sifilítico, constituida por una heterotipía del epitelio mucoso vesical, que se transforma en pavimentoso estratificado con transformación córnea de las capas superficiales, cuyo pronóstico es sombrío por la frecuente transformación epiteliomatosa maligna, y en el cual el tratamiento, cuando no responde al específico, es el cruento, con destrucción directa de las lesiones ya por talla o endoscópicamente por electrocoagulación diatérmica.

En cuanto al cálculo de próstata, la enucleación parcial del adenoma siguiendo el clásico plano de clivaje que separa la tumoración de su loge, nos revela la situación topográfica de éste, incluido en el espesor de los elementos de la loga, es decir, aceptando la clásica interpretación de la constitución de la misma, entre los restos del tejido prostático, comprimido y laminado por el desarrollo del adenoma periuretral. Es un cálculo del tamaño de un garbanzo, duro, blanquecino y de superficie lisa que no hemos extraído para que la pieza resultara más demostrativa, parece tratarse de un cálculo fosfático. ¿Cómo explicar la presencia de este cuerpo en una situación tan excepcional, si no aceptamos la formación autóctona del mismo? Nosotros queremos dejar sentada una hipótesis

basada en un antecedente lejano de nuestro sujeto y que ya mencionamos al comienzo. El nos refería que treinta años antes sufrió de una retención aguda de orina que trataron con una uretrotomía interna y luego sonda permanente y que después de ese episodio, periódicamente se repetían sus retenciones que él conjuraba con un autosondaje. Al efectuar nuestro examen clínico pensábamos encontrar las secuelas de práctica de las uretrotomías internas, pero la endouretra se nos presentó con caracteres normales, lo cual nos permite dudar de la indicación operatoria oportuna en aquella lejana oportunidad. Luego ante el descubrimiento del cálculo prostático y atando cabos, pensamos que el accidente primero sufrido por enfermo, fuera producido por el enclavamiento de un cálculo emigrado a la uretra prostática, y que la uretrotomía interna con el sondaje permanente consecutivo, encastillaron en el espesor de la pared uretral, enparedándolo poco a poco para quedar excluido de la cavidad uretral, luego la hipertrofia de las glándulas periuretrales que en su lento desarrollo excéntrico, empujando hacia afuera la próstata también lo hicieron con el huésped de aquélla, llevándolo hasta la región donde nosotros lo encontramos. Repetimos que no es más que una hipótesis la que sentamos, los hechos pueden no haber pasado así, sólo la creemos razonable y la presentamos a la consideración de los señores colegas para que la juzguen y nos den su opinión.

Nuestro jefe, el profesor Salleras, empeñado siempre en señalarnos nuevos rumbos en el mejor conocimiento de la especialidad, nos pide con ese objeto el estudio necrópsico sistemático de los fallecidos por afecciones propias del aparato urinario. El caso que presentamos y que tantas sorpresas nos ha deparado, es uno de los primeros con que iniciamos la nueva modalidad y que abre auspiciosamente, creemos, el capítulo de la *autopsia de los urinaros*, que tantas enseñanzas depara.

Quedamos muy agradecidos al Dr. Oscar Behr, jefe del anfiteatro del Hospital Alvear, que con tanta solicitud y ciencia nos preparó las biopsias y las microfotografías que ilustran el presente trabajo.

BIBLIOGRAFIA

- Melherbe et Pasqueroau*: "Encyclop. Française D'Urolog.". T. 4º, pág. 541.
- Marión*: "Traité D'Urol". 1928, pág. 555.
- Marión y Heitz Boyer*: "Cystoscopie et Catheterisme ureteral". 1923, pág. 130.
- Saveur et Eugene Li Virghi*: "Journal D'Urol.". Tomo 16, Nº 6, pág. 461.
- Legueus*: "Trat. Médico quirúrgico de las vías urinarias". 1926, pág. 638.
- Russel Hennessey*: "The Journal of the Am. Assoc.". Junio 15 de 1827, página 146.
- Young and Davis*: "Practice of Urologie". 1926, pág. 148.
- Bolmiro Valverde*: "Archivos do Servicio de Vías urinarias de Policlínica Geral do Río de Janeiro". 1931, pág. 96.
- Nin Posadas*: Leucoplasia vesical. "Argentina Médica". Tomo 3. Año 1905, página 29.
- Ravasini*: "Leucaplasie Totale de la vessie". Año 1902, pág. 438. Ubic 4644 (Biblioteca de la Facultad).
- Ch. Perrier*: Leucoplasie vesicale avec transf. epitelom. 36 (tomo).
"Congrés France d'Urologie in Journal d'Urol". Tomo 42, Nº 6, pág. 574.
- Enrique Castaño*: "Revista Argentina de Urología". 1933. Tomo 2, pág. 267.