

Serv. de Urología del Hosp. St. Hedwig,
de Berlín Jefe: Dr. W. HECKENBACH

Por el Doctor
W. HECKENBACH

EL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES DE LA VEJIGA ⁽¹⁾

EL tratamiento de los tumores de la vejiga es uno de los temas más grandes y difíciles de la cirugía urológica. El especialista tiene que estar familiarizado con el manejo de la sonda de coagulación, del asa para diatermia y los otros métodos endovesicales. El procedimiento quirúrgico exige esfuerzos más grandes del operador, que él, en la extirpación de tumores papilares, cumple con relativa facilidad. Pero en cambio en las resecciones parciales o totales de la vejiga, que solamente son ejecutables con buena movilización, tiene que emplear toda su experiencia quirúrgica. Aunque el dominio de los métodos instrumentales y operatorios exige grandes esfuerzos en cada uno, y por ende llevan el sello personal, los conceptos que vamos a enunciar se basan en la revista del material de una gran clínica y podemos adelantar desde ya que los fracasos no son fundados solamente en dificultades técnicas ni de inaccesibilidad. Además de la poca importancia que se da al primer síntoma por parte del enfermo y del médico, fracasa también el tratamiento a tiempo por el desarrollo sintomatológico y por el diagnóstico, a veces difícil hasta para el especialista. El destino del enfermo no depende solamente del reconocimiento a tiempo, sino también de la manera de curar, del empleo exacto de los métodos de tratamiento de que disponemos, y además, en primer lugar, el punto de vista fundamental del diagnóstico clínico. Sin entrar en detalles, el urólogo debe separar dos grupos: los tumores papilares y los sólidos. El concepto sobre el tratamiento de los tumores de la vejiga y la crítica de los resultados, tampoco son hoy armónicos. Por un lado se elogia la buena operabilidad, por otro lado se piensa

(1) Relato y traducción del Dr. Alberto E. García.

—injustamente— en forma demasiado pesimista. Los resultados no pueden ser armónicos si sólo se habla de carcinomas, pero con esto no separan siquiera los tumores papilares y los sólidos. Entre los tumores papilares conocemos los papilomas, y los carcinomas papilares. En estos últimos, para la crítica clínica no es un desarrollo directo el que encamina malignamente o a una degeneración un tumor benigno al comienzo. Papilomas y carcinomas papilares no son tan diferentes en el desarrollo clínico y tampoco tan fácilmente separables en la sintomatología, como quizás lo exprese la imagen histológica. Yo he podido inobjetablemente eliminar para siempre, por la coagulación endovesical, carcinomas papilares histológicamente comprobados, lo que con simples papilomas no lo he obtenido siempre. A menudo nos hemos encontrado con tumores histológicamente considerados benignos y que en su ulterior desarrollo han sido extraordinariamente malignos. A veces en cambio encuentra el patólogo en tumores clínicamente considerados como benignos, signos de degeneración, pero sin que esos carcinomas papilares muestren un desarrollo especialmente maligno. Ya que incontestablemente el carcinoma papilar no trae consigo el carácter de tumor maligno, como lo encontramos por ejemplo en un carcinoma de la próstata o del estómago, tenemos en el tumor papilar, sea papiloma o carcinoma papilar, las primeras condiciones favorables para el tratamiento. En ambas formas se trata de un tumor proliferante, más o menos voluminoso, que asienta sobre el pedículo, ancho o angosto, y afecta sólo la superficie, limitándose solamente a la mucosa y como tumor papilar, no muestra ninguna tendencia a crecer hacia la profundidad. Estas condiciones biológicas todavía bastante benignas pueden cambiarse completamente por un tratamiento inadecuado e inexacto. El tratamiento adecuado supone en principio los métodos endo o transvesicales, que no son según el deseo del operador, sino que tienen una indicación rigurosa. Pero el criterio no se puede hacer depender exclusivamente del examen histológico, ya que una escisión de prueba de partes superficiales puede conducir a una crítica completamente equivocada. Lo que determina el tratamiento endovesical es, en primer lugar, el asiento y la extensión de los tumores papilares y, con esto, la garantía de poder destruir el tumor en su totalidad, y sin grandes lesiones en su alrededor, y especialmente de las capas profundas de la pared vesical. Los límites de un tratamiento endo-

vesical son lógicos, pero no muy fácilmente determinables y, en ciertas ocasiones, deben dejarse a la experiencia de cada uno. Pero en todos los casos se tiene que considerar eso, que un tratamiento endovesical solamente debe ejecutarse donde ya de antemano puede asegurarse el resultado. Según eso, el ensayo de tratar primero endovesicalmente y, al fracasar, abrir la vejiga, es absolutamente condenable, porque puede conducir a complicaciones inesperadas por el empeoramiento de las condiciones biológicas. No hace mucho operé un enfermo en el que ya se había observado un tumor bastante extenso y que fué coagulado varias veces. Además de un reciente papiloma íntacto, se encontró un carcinoma infiltrado, prácticamente inoperable, con un cráter grande y sanioso. En la forma de los tumores aparentemente simultáneos, un papiloma además de un carcinoma infiltrado, es lo más aceptable que por la coagulación sobre la base de un papiloma podría producirse tal metaplasia. Por consiguiente, se tiene que considerar que un tratamiento insuficiente y no indicado puede conducir a una transformación de un tumor papilar. El carácter del tumor papilar se cambia completamente. El papiloma no se transforma en un carcinoma papilar, sino en un tumor sólido, infiltrante, el cual no se deja dominar más en la mayoría de los casos. Estas transformaciones son desconocidas. Nos encontramos después de una coagulación endovesical a menudo con una úlcera que se opone a todo tratamiento y en la mayoría de los casos significa el comienzo de un carcinoma infiltrante. Frente a esto están las observaciones de que un carcinoma papilar puede conservarse mucho tiempo, sin tratamiento, estacionado, y, ante todo, sin cambiar el carácter papilar. Sí, por consiguiente, no se tiene con una ejecución técnicamente inobjetable, la garantía segura de poder destruir completamente el tumor, será el método no sólo injustificado sino también peligroso. Esto no sólo es válido para la coagulación endovesical, sino en la misma medida también para el procedimiento fundamentalmente quirúrgico, con la abertura de la vejiga. El tratamiento quirúrgico de los tumores muy pequeños no tiene ninguna ventaja frente al tratamiento endovesical. Vemos también con él, con cierta frecuencia una diseminación irresistible sobre toda la vejiga, metástasis de vacuna (injerto cancerígeno) en las paredes abdominales y con esto una transformación en un tumor maligno con carácter aparentemente sarcomatoso. El destino del enfer-

mo es, según eso, a menudo dependiente, además de la ejecución técnica, de la indicación del procedimiento. Ya que ambos procedimientos tienen sus límites y peligros y lo que decide es el establecimiento exacto de sus indicaciones, es necesario discutir sobre la orientación y reglas de aplicación.

El tratamiento endovesical, en el cual la coagulación es el método de elección, se puede efectuar con anestesia local, que se apoya en enfermos delicados con una anestesia de fondo con Scopolamina. Anestesiemos la uretra y la mucosa de la vejiga con Percaína y casi siempre es suficiente esa anestesia de la mucosa, ya que la coagulación de la estructura intravesical no causa ningún dolor. En otros casos empleamos la anestesia peridural, pero solamente es necesaria cuando existen grandes síntomas de irritación de la vejiga. Sensible es solamente el pedículo, es decir, cuando se toca la mucosa con la sonda. No se deberá de insistir mucho tiempo con la coagulación de la estructura superficial, sino inmediatamente descubrir y extirpar el pedículo, según la posibilidad. Si no se logra eso se puede tratar de extraer el tumor papilar por absorción, (aspirador de Morgernsten) o coagular la masa y esperar hasta que se elimine la parte destruida. Yo aconsejaría siempre tal procedimiento, ya que se tiene que hacer bien accesible la base del tumor, y, ante todo, se debe coagular sólo superficialmente. Un control alejado hará la indicación del tratamiento ulterior necesario. No se debe dejar engañar por el edema cuando persiste, no seguir considerándolo como simple reacción: coagular nuevamente, hasta que disminuya o desaparezca completamente. La coagulación profunda no es necesaria por la patogenia de los tumores papilares; no mejora los resultados, retarda la curación y resulta además peligrosa. Ya que la indicación para la coagulación considera, en primer lugar, el asiento y la extensión del tumor, y con esto supone una gran visibilidad y accesibilidad, no se contará con grandes dificultades técnicas. Los papilomas en el esfínter interno o en la inmediata vecindad eran hasta ahora en todas las intervenciones endovesicales, poco accesibles. Se los puede dominar bien y seguro con el electrotomo con anestesia peridural, el mismo instrumento que empleamos para la electroresección de la próstata.

Las condiciones biológicas favorables de los tumores papilares que proceden de la mucosa y en los que no participan las capas

más profundas de la pared vesical, deciden el procedimiento quirúrgico y esto en forma que, después de la abertura de la vejiga, se tiene que operar siempre bajo el control de la vista. La resección de toda la pared vesical no es necesaria en los tumores papilares y sólo agranda inútilmente la intervención sin hacer más favorables los resultados.

Con sondas aptas se puede coagular con la vejiga abierta en poco tiempo grandes tumores. Pero como debemos esperar la demarcación de la escara, la desinfiltración edematosa, generalmente lenta, y además debemos prevenirnos de una infección del tejido parietal, hay que contar siempre con una evolución más larga y a menudo complicada. En la coagulación de grandes superficies es a menudo, por la fuerte infiltración de la pared vesical y la formación de escaras, inevitable un reflujo bi o unilateral, aunque no haya sido ejecutada en la inmediata cercanía del ostium ureteral. La coagulación extendida, solamente se puede dosificar con inseguridad y no se puede evitar una destrucción y dañar a la mucosa sana y a las capas más profundas de la vejiga. Por estas observaciones, no se la puede considerar como un procedimiento ideal. El empleo de la coagulación no es necesaria en estos tumores superficiales y se la puede reemplazar con otros métodos fisiológicamente mejores. Yo prefiero la simple escisión oval del tumor de la mucosa; avanzo en lo posible en lo sano y cierro el defecto de la mucosa con suturas delgadas de catgut, las que bastan para detener la hemorragia. Se puede naturalmente emplear en la misma forma el asa diatérmica, pero a mi juicio, es dudoso que signifique un mejoramiento este procedimiento, en los tumores papilares. Se debe, en toda circunstancia, limitarse a la intervención más simple y atenerse al principio de operar solamente bajo el control de la vista.

Cuando se atribuye al post operatorio el cuidado necesario, son los resultados favorables. El cierre completo de la vejiga no es generalmente recomendable sobre todo que una fístula vesical temporaria no alarga el desarrollo de la curación. La abertura de la fístula se achica pronto con sondas delgadas y se cierra espontáneamente en la mayoría de los casos, sin que sea necesario colocar una sonda uretral. Mientras que he observado raramente recidivas en la cicatriz o en el mismo lugar del tumor, no son evitables, desgraciadamente en algunos casos en el tratamiento endo como

transvesical, neoplasias papilares en otro lugar de la vejiga, sin estar, por consiguiente, relacionadas con el primer tumor. Se lo tiene que tener en cuenta, pero son más tarde fácilmente dominables por la coagulación endovesical, en los siguientes controles cistoscópicos, siempre indispensables. Por eso, es necesario tener esos pacientes en observación durante meses y a veces durante años.

El carcinoma sólido, que clínica e histológicamente muestra señales de malignidad, no tiene en su patogenia ninguna posibilidad comparativa con los tumores papilares. En el curso de su evolución, hacen un desarrollo de considerable importancia por encima o por debajo de la mucosa. Cuando se desarrollan por debajo de la mucosa, encontramos el conocido cuadro del carcinoma infiltrado, que muestra poca inclinación a localizarse y que por su carácter invasor, puede comprometer hasta la permeabilidad de los ureteres y de la uretra. El reconocimiento a tiempo y la determinación de tal tumor puede deparar dificultades al más hábil examinador. Los tumores que infiltran a la musculatura y toda la pared vesical, y que recién tardíamente son causa de una hemorragia, llegan a ulceraciones, necrosis y otras destrucciones en la mucosa, pero las reacciones inflamatorias inespecíficas, extraordinariamente fuertes, hacen muy difícil la identificación del cuadro. Los tumores sólidos se encuentran a menudo debilitados en su malignidad cuando hacen prociencia hacia la luz de la vejiga por una estructura más fuerte. Mientras este hallazgo no llega claramente en la imagen histológica, el desarrollo clínico es indiscutiblemente favorable en todas las observaciones. Se separan también en estos casos bien objetivamente del tejido normal, a pesar de la infiltración de las capas más profundas de la pared, facilitando así su extirpación. Esta diferenciación no es siempre posible en todos sus pormenores, pero no obstante es exacta la afirmación de que los tumores patológicamente casi similares, no son similares clínicamente. Cuanto más fuerte es la estructura, cuanto más duro es un tumor, tanto menos profunda es la infiltración y tanto mejor es la delimitación y la localización. En cambio, el carcinoma que sólo filtra a las capas de las paredes muestra un crecimiento apenas detenible.

Mientras que se tiene que adaptar a las proporciones de los tumores papilares el procedimiento endo o transvesical, se debe desistir en todos los casos de tratar un carcinoma sólido o infiltrante,

endovesicalmente o por coagulación. Aún en las mejores condiciones operatorias, se destruyen las capas superficiales de la vejiga, se causan necrosis e intensas reacciones inflamatorias, y no se elimina con esto el carcinoma, sino que se apresura y favorece el crecimiento infiltrativo superficial y se facilita una metástasis precoz. Es comprensible que como último recurso se emplee la coagulación cuando se encuentra en la vejiga abierta un carcinoma enorme, con un cráter sanioso y prácticamente inextirpable. Pero, en general es la coagulación de los tumores sólidos e infiltrativos, también con la vejiga abierta, un tratamiento sin éxito, ya que con ella no se pueden curar tales tumores. Por consiguiente, en los tumores sólidos e infiltrativos, se tiene que proceder quirúrgicamente, pero a base de la anatomía patológica, el concepto tiene que ser fundamentalmente diferente del procedimiento quirúrgico frente a los tumores papilares. Los tumores papilares deben operarse, siempre con la vejiga abierta, desde la cavidad de la misma, en cambio un tumor infiltrado se reseca siempre, es decir, se lo extirpa desde afuera con toda la pared vesical. Para una resección técnica y radical es condición fundamental la movilización de la vejiga y con esto una accesibilidad cómoda del tumor. Además de la extirpación radical del tumor juega un papel importante otra circunstancia: conservar las partes restantes de la vejiga, que después de la resección se las podrá utilizar para la reconstrucción de la misma. La posibilidad de una regeneración y reparación de la vejiga aún muy disminuída en su tamaño, es extraordinariamente favorable cuando no se lesiona en la movilización el tejido sano necesario para ello. En la resección extendida, se tiene que contar con tres dificultades desde la piel hacia las capas profundas: el peritoneo, los uréteres y los vasos. En realidad el peritoneo no gana la importancia que se le da en otros casos. Como procedimiento principal se recomienda la extraperitonización, pero en la mayoría de los casos no es necesaria y muchas veces es hasta inoportuna. Se puede con un poco de habilidad y tacto aislar grandes partes de la vejiga, sin abrir o resecar el peritoneo. Yo he ejecutado varias veces, sin la extraperitonización —según la escuela— una extirpación total, la que tampoco ha sido necesaria en muchas operaciones de divertículos. No es evitable que se rompa quizás el peritoneo en algunos lugares, sin embargo, es el cuidado definitivo de pequeñas roturas

del peritoneo generalmente más simple que el cuidado de un gran defecto en la extraperitonización. Tengo la impresión que sin la extraperitonización típica se soporta mejor la intervención. El tumor infiltrante facilita el despegamiento obtuso, porque la pared vesical engrosada y dura, se delimita bien al despegar la vejiga rellena. De otra manera se tiene que volver a un método más simple. En el divertículo se rellena la luz con gasa que el taponamiento fijo precisa los límites y facilita y posibilita el despegamiento en cualquier lugar. Se puede con eso, no sólo hacer la extraperitonización, sino que también es fácil aislar el uréter mismo en la inmediata vecindad o de sus adherencias a la superficie más grande del divertículo. Es recomendable pues taponar la vejiga abierta con tiras de gasa tan fuertemente, que también las partes no infiltradas se delimiten bien de sus alrededores y el cuidado del peritoneo se torna más fácil y más simple. Si se avanza media y lateralmente, tiene que tenerse en cuenta la arteria vesical inferior que se acerca lateralmente al fondo de la vejiga. En la mayoría de los casos nos encontramos con una arteria gruesa, pero que ya antes de la entrada en la vejiga se divide en dos o tres ramas más pequeñas, y como a menudo corren juntas con el uréter en un espacio intersticial común, se debe cuidar de sus adherencias. Mientras que generalmente en las resecciones extendidas no se necesitan colocar ligaduras grandes y difíciles, no puede dejarse de suturar y ligar la arteria vesical inferior. Ha sido simple la ejecución en todos los casos, con una excepción, en la que he tenido que dejar una pinza porque el estado del enfermo no permitía prolongar la intervención. La consideración de la arteria vesical inferior es también importante por el peligro de una hemorragia, que, en primer lugar, agrava o impide la movilización del fondo vesical.

Los tumores papilares y sólidos se conducen en forma completamente diferente en su efecto sobre las vías urinarias superiores, punto que no se considera, o se lo hace demasiado poco, en el tratamiento y en el diagnóstico. En los tumores papilares se demuestra claramente que también los tumores extraordinariamente grandes no dejan, o dejan solamente reconocer consecuencias sin importancia. La figura 1 muestra claramente un tumor papilar grande que ocupa y estrecha casi toda la luz. A pesar del carcicoma papilar extraordinariamente grande, las vías urinarias superiores quedan

invariables. Yo no he podido, después de la abertura de la vejiga, avanzar de otra manera que desmenuzando el tumor para llegar hacia el pedículo, eliminar aquél y cuidar éste. Llegóse a una curación completa, como lo confirmó un control realizado al cabo de dos años. En este caso no fué posible hacer una cistoscopia clara, así que el diagnóstico se hizo solamente por el examen radiológico. Tenemos que tratar primeramente de facilitarnos una visión clara por la cistoscopia, sobre lugar, posición, extensión y carácter del tumor. Se necesita gran experiencia en esto, para reconocer cistoscópicamente un carcinoma infiltrado en su comienzo, tanto más, cuanto que a menudo se encuentra alguna otra afección secundaria, como las estricturas del uréter, hipertrofia de la próstata, etc. También el más hábil no logra a veces interpretar el tipo de la afección, y se vé el hecho, que no es ninguna rareza, de practicar una nefrectomía, a causa de una dilatación de las vías urinarias superiores, por desconocimiento de la sintomatología primaria. Esta observación nos ayuda en la indicación importante de que un carcicoma infiltrado ya debe tener consecuencias en su desarrollo, las que debemos valorar en el diagnóstico, y que, en caso que no reconozcamos el tumor o no lleguemos a una decisión clara, tenemos que buscar el índice inicial del diagnóstico en las vías urinarias superiores. Mis experiencias han demostrado que de ninguna manera se trata aquí de una "polirragmasia", sin que, para nuestro juicio, sea indispensable para la patogenia y para nuestro procedimiento el examen radiológico. Se puede agregar el cistograma para el diagnóstico en la mayoría de los casos, para formarse un juicio, pero no debemos olvidar por esto que podemos dejarnos guiar por una interpretación falsa debido a los trastornos fisiológicos y a pesar de la mejor técnica. Especialmente en el carcinoma sólido o infiltrado en su iniciación, cuando no muestra ninguna modificación pronunciada en la cavidad de la vejiga, no resaltan tan fuertemente las retracciones de la pared rígida y así no es tan fácil formarse un juicio. En cambio encontramos en la comparación del cistograma y la urografía de excreción, puntos de apoyo importantes para el juicio de que es indispensable el examen radiológico. La conducta variable de las diferentes clases de tumores respecto a su efecto sobre las vías urinarias superiores, es aclarable por la patogénia. Los tumores papilares, cuando están en la inmediata vecindad de la

desembocadura del uréter o la rodean, influyen en la salida de la orina y la dificultan, pero sin embargo, solamente en casos muy raros he observado un cierre incompleto permanente. Prácticamente no se puede contar con esa circunstancia: en los tumores papilares se trata de efectos que están en la zona de la patología fisiológica y la mayor parte de ellos son un fenómeno de adaptación y quedan por mucho tiempo reducibles. El grado de ensanchamiento visible en el urograma para la crítica de tales estados no significa una medida absoluta. Ya que los tumores papilares también en las desembocaduras del uréter atacan solamente las capas superficiales, vemos en el lado correspondiente un ensanchamiento parejo del uréter hasta el orificio. En los procesos que duran mucho tiempo es la atonía el estado final, el desgaste completo de la musculatura con sus posibilidades de igualación y sus fuerzas de reserva. La destrucción completa del riñón es sin embargo muy rara, ya que con esos trastornos queda llamativamente conservada la función pertinente del riñón durante mucho tiempo o, por lo menos, más tiempo que de costumbre pero con alguna limitación, o sea que una infección especialmente fuerte cambia esas proporciones. Tenemos por consiguiente en los tumores papilares, en primer lugar, trastornos dinámicos; en los carcinomas sólidos o infiltrantes, en cambio, trastornos anatómicos. El tumor sólido abarca todas las capas de la vejiga y abarca por eso la parte intra y yuxtavesical del uréter en toda su extensión, en el proceso de infiltración. La primera consecuencia es la compresión, pero luego es una estenosis que comienza con rapidez y progresa anatómicamente, la cual pronto conduce a un cierre completo y luego definitivo. Con esto llega a un cierre completo o incompleto antes que a una infección, que en estas circunstancias es especialmente desfavorable y en corto tiempo contribuye a la destrucción del órgano. Tropezamos por consiguiente con imágenes, que se deben hacer presente claramente en la urografía por excreción, pero tenemos lo contrario en los tumores papilares. Con el cierre anatómico incompleto observaremos un ensanchamiento del uréter, que no abarca todo el trayecto, sino debe cerrarse en la estenosis, antes de la desembocadura en la vejiga. Tiene, por consiguiente, que presentarse con el cierre limitado puntagudamente o en forma de clava; en la última parte del uréter, no llega a la imagen del cierre completo. Con esto se hacen notorias

precozmente las consecuencias de la infección, en forma de una interrupción completa de la función del órgano. Tenemos, por consiguiente, en los tumores papilares un ensanchamiento parejo que llega hasta el orificio, y casi nunca una anulación completa de la función del riñón. En los tumores sólidos e infiltrados en cambio no llega a verse, por la estenosis anatómica, la parte inferior del uréter; el relleno tiene que terminar antes de la entrada de la vejiga. Con esto encontramos a menudo y relativamente temprano una ausencia completa de la función del riñón. En la patogénia variada, tenemos que considerar en la dilatación del uréter, todavía otro punto. En el tumor papilar queda conservada la elasticidad de la pared y la movilidad de la vejiga. El tumor papilar grande impide principalmente el vaciamiento mecánico y puede conducir, en cooperación con los trastornos dinámicos del uréter, a una hiperextensión o desgarramiento de la desembocadura del mismo, un hecho que sin falta tenemos que considerar en el proceso de dilatación del uréter. Si la capacidad del cierre de la desembocadura del uréter no llega a visualizarse modificada en el cistograma, debe de contarse siempre con la posibilidad de un cierre mecánico, no reconocible, de dicho orificio por las masas tumorales flotantes. Pero si se comprueba en la operación la desembocadura abierta y ancha, que deja pasar sin resistencia la más gruesa sonda, no debe dejarse engañar por la ausencia de reflujo en el cistograma. Importante resulta este hecho para la neoimplantación del uréter. A pesar de la mejor técnica se tendrá después de la operación un reflujo, ya que el perjuicio o daño del ureter, dinámico o por alteración de la elasticidad, pone en cuestión su capacidad de cierre y, en la mayoría de los casos, no la permite más. La neoimplantación fracasa, por consiguiente, no por la técnica sino por las relaciones anatómicas y fisiopatológicas.

En el tumor sólido e infiltrante, que ya precozmente lleva a una limitación de la movilidad y de la fuerza de compresión de la vejiga, el uréter se cierra completamente, por lo menos en su parte inferior o intravesical, por el desarrollo de la neoplasia a ese nivel. No puede, por consiguiente, llegar a un reflujo del mismo lado. Pero, nos encontramos en la cistografía con un reflujo que aparece en el lado opuesto, el que no está atacado por el tumor, y producido por el proceso infiltrante de la pared vesical. Según

eso, debemos dar por seguro que hay que contar en los tumores papilares con un reflujo del lado afectado, y en cambio en los tumores sólidos con un reflujo del lado indemne. Encontramos por consiguiente en el examen radiológico resultados tan claros y diferentes que nos podemos permitir conclusiones seguras sobre el carácter de un tumor vesical. Ya que estas variaciones —en los tumores papilares trastornos funcionales y dinámicos, en los tumores sólidos



Figura N° 1.

consecuencias de una estenosis anatómica— se presentan ya precozmente, quizás en un tiempo en que cistoscópicamente no podemos diagnosticar todavía un tumor con seguridad, se hace interesantísimo el diagnóstico por el examen radiológico. La observación y el conocimiento de las variaciones características en el urograma de excreción, con conocimiento de estados tales, serán como indicación sobre la afección, más importantes para la curación que el mejor método técnico. Algunas imágenes hacen bien visible y comprueban sencillamente ese método. En los primeros pacientes —Fig. 1— se produjo después de la operación un reflujo pasajero. Pero dado el buen estado de las vías urinarias superiores, no podía ser irreparable este daño, y ya después de tres meses se había restablecido de nuevo la



Figura N° 2



Figura N° 3



Figura N° 4



Figura N° 5



Figura N° 6

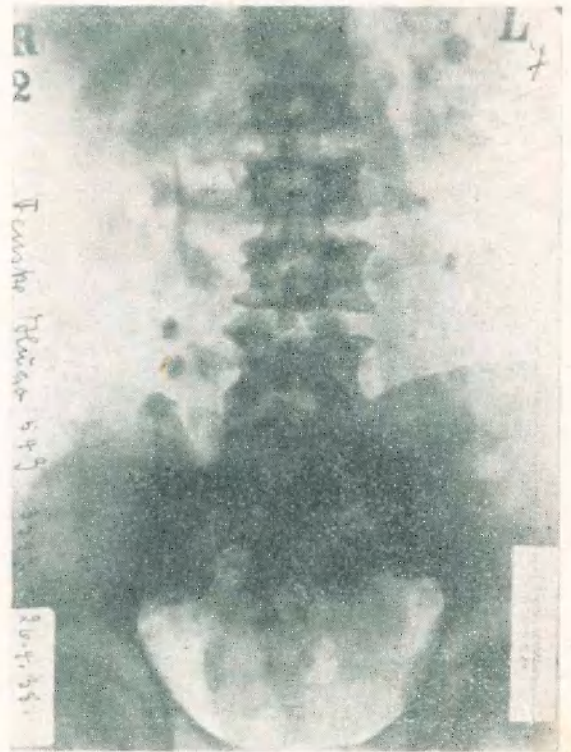


Figura N° 7

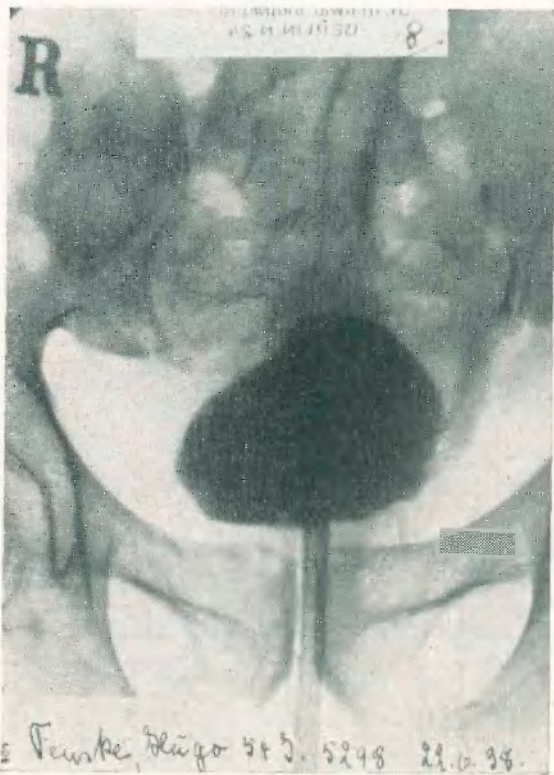


Figura N° 8



Figura N° 9

capacidad del cierre. En otro paciente —Fig. 2— se vé en el cistograma un tumor grande redondo, irregular, que muestra especialmente del lado derecho un defecto grande del relleno con bordes puntiagudos y rotos, al lado de una mancha clara, grande y regu-



Figura N° 10



Figura N° 11

lar en la mitad inferior de la vejiga. La misma imagen resulta con el relleno de aire, pero permite reconocer más claramente todavía en el borde de la vejiga una banda fina de contraste (Fig. 3), un signo importante para el carácter de un tumor, para el tumor papilar. En el urograma de la secreción —Fig. 4— es el defecto en la vejiga muy grande. Además se vé en las vías urinarias superiores, a la izquierda, la imagen casi normal, en cambio a la derecha una congestión fuerte, que se extiende sobre todo el uréter. A base de lo mencionado anteriormente se tiene que tratar de un tumor papilar grande, en el cual está comprendido también el uréter. No

obstante que en varias oportunidades no llegó a visualizarse ningún reflujo, tiene que contarse con él. Masas tumorales móviles se colocan con el relleno delante de la desembocadura del uréter y la cierran mecánicamente. Era un carcicoma papilar del tamaño de un puño, según la opinión de nuestro patólogo Prof. Schürmann, justamente en el período de infiltración inicial. El uréter derecho



Figura N° 12

desemboca en el tumor. Yo ejecuté una neoimplantación, pero ya sabía de antemano que era todo inútil. Pues con el grado alto del daño de la pared del uréter, no se podía contar con una reparación, así que más tarde se tuvo que hacer la nefrectomía, no obstante haberse llegado a una curación primaria de la neoimplantación. Se ven las proporciones en la figura 5. La vejiga tiene nuevamente buena capacidad, el reflujo es claramente reconocible.

Las mismas relaciones encontré en otro paciente. En el cistograma —Fig. 6— se vé claramente el tumor grande desviado, que solamente deja libre a la cúpula. En el urograma de excreción, a la derecha proporciones inalterables; en cambio, a la izquierda, un

fuerte ensanchamiento directo y congestión —Fig. 7—. Por lo tanto, se debe deducir lo siguiente: el uréter desemboca en un tumor papilar. En la operación se halla un carcínoma papilar de un tamaño como de dos puños que comprendía la desembocadura izquierda del uréter. Resección del tumor desde la vejiga, neoimplantación del uréter izquierdo. Después de un mes se vé en la imagen de contraste la vejiga bien sana y, a la izquierda, claramente un reflujo Fig. 8—. El paciente transcurre un año sin recidiva, el riñón se ha podido conservar. Fig. 9: Muestra el cistograma un tumor papilar que ocupa casi toda la vejiga. Aquí llega a verse claramente la incapacidad del cierre de la desembocadura derecha y muestra también los daños extendidos e irreparables en la pared del uréter.

En el caso siguiente —Fig. 10— encontramos en el urograma de la secreción la vejiga solamente rellena, de contraste, en una región falciforme en el cuadrante superior derecho. De la vejiga restante se vé solamente la pared externa con una cantidad irregular de relleno de contraste, con zonas claras lobulares y limitación irregular. La secreción de las vías urinarias superiores está bien en ambos lados. Con el relleno directo y regular del uréter hasta el orificio se hace el diagnóstico fácil: tumor papilar —carcinoma—. En la operación fueron confirmadas estas deducciones.

Contrariamente a esto se observa en la próxima imagen —que pertenece a un enfermo que llegó tarde al tratamiento—, primeramente que en el urograma de la secreción falta el riñón izquierdo. A la derecha, una dilatación del uréter derecho que termina en punta, por arriba del orificio del mismo —Fig. 11—. Esta dilatación es tan característica que solamente la puede dar una estenosis anatómica. En unión con el cistograma —Fig. 12— en el que se vé solamente la mitad derecha irregularmente rellena, es el diagnóstico seguro: con la falta del riñón izquierdo y el uréter derecho en la forma característica, corriendo hasta terminar en punta delante de la vejiga, se puede tratar únicamente de un carcinoma infiltrante, que casi ocupa toda la vejiga. Estas conclusiones se verifican en la operación (extirpación total de la vejiga). En el otro cistograma Fig. 13— se descubre en la mitad izquierda de la vejiga un defecto grande, irregular, con un relleno liso y compacto de la vejiga. Con esta imagen pueden tenerse dudas, si se trata de un tumor papilar o sólido, pero la urografía permite —Fig. 14— la conclusión, por la

falta de función del riñón izquierdo, de que deben de existir graves alteraciones anatómicas que solamente pueden atribuirse a un carcinoma sólido, infiltrante. La operación dió razón a esta idea. Tales destrucciones funcionales extendidas no las encontramos en los tumores papilares.



Figura Nº 13

Fig. 15: Muestra la imagen de un paciente de 52 años, que ingresó para operarse por una hematuria que se consideraba proveniente del riñón izquierdo calculoso. En la urografía de la secreción —Fig. 16— está el uréter izquierdo fuertemente dilatado, termina en forma de clava poco antes de la entrada en la vejiga; la parte terminal no está rellena. El enfermo se queja de trastornos disúricos y también de hematurias, las que no pueden relacionarse con el cálculo del lado izquierdo y no es sino en consideración

de las observaciones antes mencionadas que obtenemos un diagnóstico claro: a causa del defecto de la mitad vesical izquierda y en correlación con el ensanchamiento del uréter, que termina por arriba de la vejiga, sólo puede tratarse de un carcinoma sólido de la vejiga que condujo a una formación secundaria de cálculos, ade-

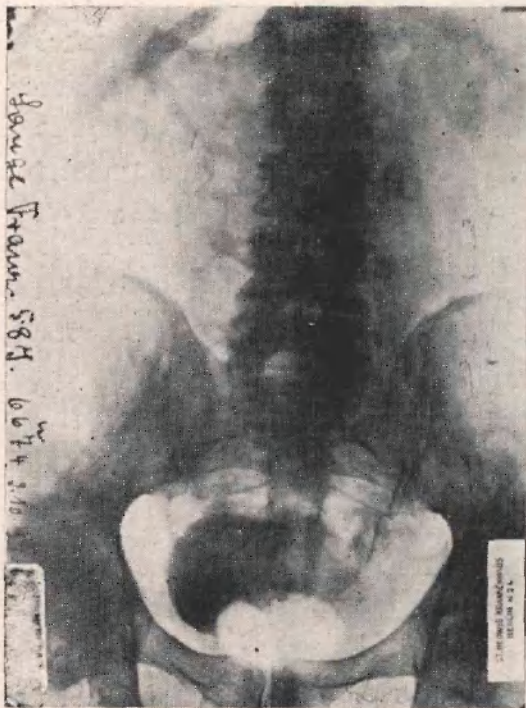


Figura N° 14



Figura N° 15

más de los efectos de la estenosis anatómicamente incompleta, pero no reductible, de la parte vesical del uréter. Se puede imaginar que justo en este caso, uno pudo dejarse tentar por una terapéutica quirúrgica de las lesiones secundarias en las vías urinarias superiores. En la así llamada atonía del uréter, que entra en cuestión para el diagnóstico diferencial, está la estenosis más alta. Aparece más o menos de 3 a 5 centímetros por arriba de la desembocadura en la vejiga.

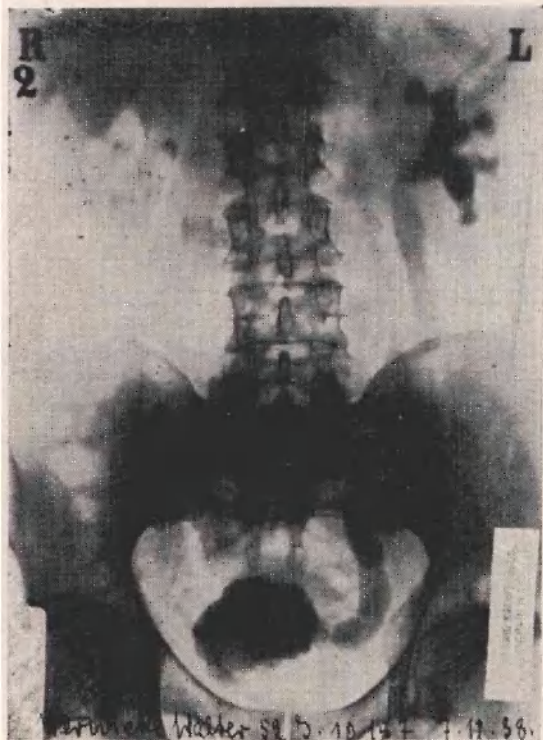


Figura Nº 16



Figura Nº 17

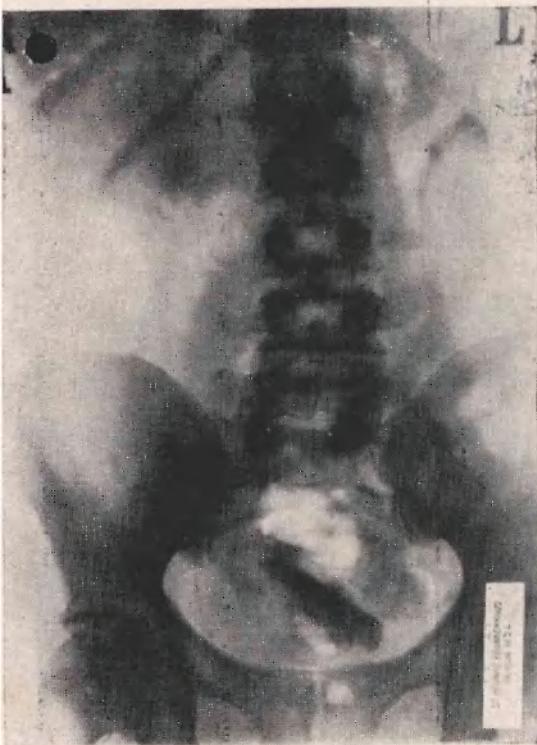


Figura Nº 18

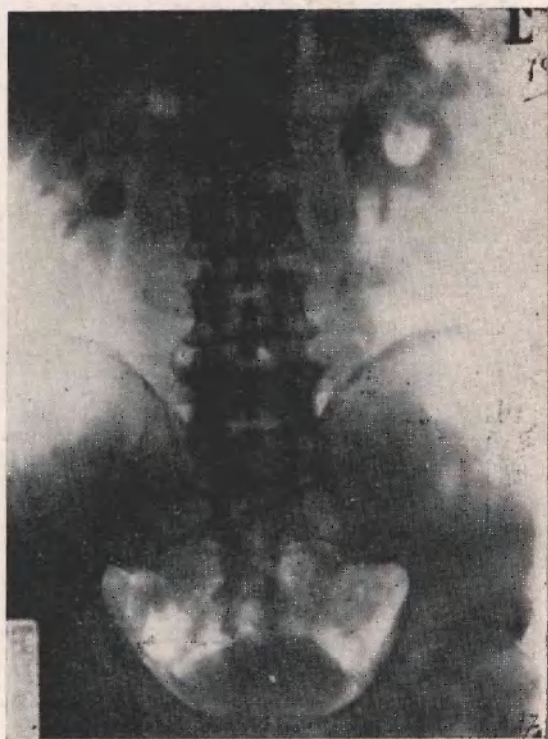


Figura Nº 19

En el cistograma que sigue —Fig. 17— es reconocible una fuerte deformación de la vejiga. A la izquierda se vé claramente un reflujo. En la urografía de la secreción — Fig. 18— falta totalmente el riñón derecho; a la izquierda es visible un relleno directo del uréter. El diagnóstico es, a causa de la falta de la función del lado derecho y el reflujo del izquierdo, de un carcinoma infiltrante de la mitad derecha de la vejiga con invasión del uréter y ello confirmado en la operación. El reflujo aparece, en un carcinoma infiltrante, en el lado sano.

Basado en estas observaciones no es necesario ningún otro comentario que la indispensable urografía de excreción, en la crítica de los tumores vesicales. Pero no sólo ganamos puntos de apoyo extraordinariamente importantes para el diagnóstico, sino también para el tratamiento. El procedimiento a seguir —en complicaciones— con el uréter resulta ahora consecuente en relación con los estados anatómopatológicos heterogéneos, también por las consecuencias heterogéneas en las vías urinarias superiores. En los tumores papilares con modificaciones fisiopatológicas en el uréter tenemos buenas perspectivas para la operación, no así en los tumores infiltrantes con estenosis anatómica, que no puede regenerarse. Si los resultados con la implantación del uréter no son absolutamente seguros, ello ocurre fuera de la atonía y el reflujo, por el procedimiento técnico seguido. Ejecútase la neoimplantación de la manera típica, como la conocemos por ejemplo en las técnicas ginecológicas; así primeramente se debe seccionar el uréter, implantarlo nuevamente luego en la mitad superior de la vejiga, es decir, en un lugar seguro, que no modifique las relaciones dinámicas. Se vé en los fracasos primarios y en las consecuencias alejadas, que tarde o temprano se hace necesaria una nefrectomía, en buena parte de los enfermos. Pero ya que el tumor papilar abarca solamente la capa superficial de la vejiga, no está indicada ni es necesaria la ureterocistoneostomía típica, sino reemplazable por un método más simple, que en primer lugar considere las relaciones anatómopatológicas y por otro lado evite todos los perjuicios que resultan por la sección en la neoimplantación. Siendo decisivo a nuestro entender que los tumores papilares se deben operar siempre desde la cavidad de la vejiga, no existe ningún otro motivo para cambiar esa decisión en las complicaciones del uréter. Quisiera recomendar el siguiente

procedimiento, que empleé a menudo y que la práctica me lo ha aprobado. Se despega el tumor papilar, que se coloca anularmente alrededor de los bordes externos del uréter, se prepara cuidadosamente y se toma también el pedículo y la mucosa hasta que se llega al uréter, que siempre se deja palpar y desprender fácilmente. Se aísla completamente ahora el uréter en el trayecto de $\frac{1}{2}$ a 1 centímetro por encima del tumor, de manera que éste cuelgue finalmente sólo del uréter. Después que la brecha de la vejiga se ha reparado con suturas de catgut, se tira hacia adentro el uréter y se lo reseca por encima del tumor en la región sana. No puede deslizarse hacia atrás porque está retenido en su posición por la parte endovesical no alcanzable, en el interior de la pared vesical, y se lo ha extirpado poco antes por encima de la desembocadura, de manera que la perforación especialmente importante de la pared vesical es poco o nada considerable. Es aconsejable suturarlo con dos puntos de fijación a la pared vesical y eventualmente introducir también una sonda ureteral y dejarla todavía unos días. A pesar que el aislamiento del tumor y del uréter, generalmente no ocasiona ninguna dificultad, se puede facilitar más todavía si se logra introducir antes una sonda ureteral. El procedimiento tiene dos ventajas importantes: 1°), no se necesita movilizar la vejiga y se evita el seccionamiento transversal y el despegamiento completo del uréter desde la pared vesical; 2°), contrariamente a la otra ureterocistoneostomía, desemboca el uréter en el mismo lugar de la vejiga que antes de la operación, y se conserva en su posición natural con las mismas relaciones anatómicas. La extirpación de una pequeña porción por encima de la desembocadura no ofrece ninguna desventaja a la función, como lo puedo comprobar por el resultado, un año después de la operación, del lado izquierdo —Fig. 18—. Por consiguiente, se debe permanecer fiel al principio de operar, también en las dificultades inevitables en el uréter, siempre desde la vejiga, en los tumores papilares; y se tiene con ello un procedimiento con el cual se pueden conservar en cualquier caso las relaciones anátomo-fisiológicas.

En la coagulación de tumores pequeños y grandes he visto yo, en relación con el uréter y aparte de la estenosis, complicaciones post-operatorias, en la mayoría de los casos de no poca importancia, por la infección. Por lo tanto, soy partidario en la

mayoría de los tumores, y especialmente en los que asientan en la vecindad de los orificios, de abordarlos por vía transvesical. Decisivo queda para este procedimiento quirúrgico, que se puede precaver segura y simplemente el uréter de la manera antes descrita. En carcinomas sólidos e infiltrantes no es tan fácil resolver las complicaciones con el uréter, porque en la estenosis anatómica extendida no podemos operar intravesicalmente y estamos obligados a la resección de las partes enfermas de la vejiga. Debe quedar bien aclarado para nosotros que tenemos que ejecutar aquí una sección del uréter y neoimplantación en una vejiga a menudo considerablemente achicada. Además de la destrucción de los elementos mucosos, musculares, y elásticos, se debe considerar que la congestión y la infección inevitables, no sólo influyen considerablemente en la función del riñón, sino la suprimen muy pronto por completo. Las esperanzas de una intervención conservadora no son, por ello, tan grandes. Se tiene que tener en cuenta, tarde o temprano, la nefrectomía unilateral, circunstancia que en una extirpación radical de un tal tumor maligno, no juega ningún rol. Ya que toda implantación del ureter malograda por la infección y la pielonefritis molesta considerablemente al enfermo, y los peligros post-operatorios en una intervención ya de por sí difícil se agravan con eso considerablemente, no se debe ejecutar de antemano el ensayo inútil de una reimplantación del uréter. Generalmente es inútil una operación conservadora con una falta completa de la función del riñón en la urografía de excreción. Cuando ya no puede esperarse ningún éxito con una reimplantación en la vejiga, son inadecuadas y sin objeto todas las modificaciones de técnica. De ninguna manera se debe demorar con tales preoperaciones inútiles y peligrosas. Un ejemplo para un tal procedimiento es la siguiente historia clínica —Figs. 14 y 15—: En éstas el riñón y el uréter, que no llegaron a la visualización en el urograma de excreción, no se consideró desde el principio el ensayo de una neoimplantación. Yo encontré en la operación, donde tuve que sacrificar casi tres cuartas partes de la vejiga con el tumor infiltrante, el uréter izquierdo del grosor de un pulgar y completamente estenosado y relleno de pus espeso. Yo lo separé después de la ligadura de la arteria vesical inferior, luego ejecuté la movilización del tumor en un principio aparentemente inoperable, resequé ampliamente en lo sano y formé de los res-

tos, según la posibilidad, un nuevo reservorio. Ya que no conté con una curación primaria, se drenó la vejiga con una sonda gruesa desde afuera. Después hice uso de la extremidad del ureter, saturándola sobre la pared abdominal. Con el drenaje con una sonda gruesa se alejó la congestión purulenta, así que, primero post-operatoriamente, no se podía esperar ninguna complicación por este lado. Después que se restableció el paciente, y que una recidiva se podía eliminar por un tiempo, extirpé el riñón izquierdo. Está naturalmente, en cada caso así, la consideración que se extirpe antes de la resección el riñón correspondiente. A base de las variaciones exactamente confirmadas antes de la operación por el conocimiento y valoración de los métodos radiológicos, debería ser justificado este procedimiento. Pero en dos puntos puede fracasar tal manera de pensar esquemática: que después de la resección no tengamos más a nuestra disposición una superficie suficiente de la vejiga para proveer un desagüe normal, aunque escaso, de un reservorio; o que ambos riñones estén comprendidos en la misma medida en el proceso, de modo que un sólo riñón en estas circunstancias no puede subenir más tarde a las funciones. En la mayoría de los casos mueren esos pacientes, rápidamente, de una uremia.

Mientras que los tumores papilares se mantienen diferenciados en todos los puntos frente a los carcinomas sólidos e infiltrantes, llega eso también a la cuestión de las metástasis, sobre la cual las opiniones son variadas en la literatura. Aunque se ha visto metástasis aisladas no he encontrado yo, en mi gran material de enfermos, ninguna metástasis en un tumor papilar. Los carcinomas papilares causan solamente metástasis cuando han llegado a la mencionada metaplasia y con esto el carácter del tumor se cambia tan rápidamente y de tal manera, como se la observa clínicamente sólo en los sarcomas. Al lado de las lesiones locales de una infiltración ininterrumpida se llega entonces más rápidamente que de costumbre a una metástasis. Característico es para ello un carcinoma, veloso en su superficie, pero que en una base ancha muestra una consistencia más dura intravesical llamativamente pequeña, con localización preferente en la pared vesical anterior, sorprendiéndonos rápidamente con una adherencia precoz hacia la sínfisis. Contrariamente a los tumores papilares primarios invariables, es en esos casos la infiltración evidente, de modo que la estructura papilar pura no

puede conducir a un error. La coagulación es en tales tumores peligrosa, no sólo porque observamos un crecimiento rápido imposible de detener, sino también por las metástasis que en poco tiempo se generalizan. El tumor de tipo sarcomatoso, resistente, en la pared abdominal, que más tarde se necrosa completamente y a menudo conduce también a una perforación intestinal o provoca lesiones similares en los ganglios inguinales, son características de estos tumores. En una observación ulterior se cambió completamente el carácter papilar del tumor en la vejiga. Llamativo es que tales consecuencias no se han podido observar en un carcinoma primario sólido e infiltrante. Si se desconoce el carácter del tumor y no se apela inmediatamente al único procedimiento, la resección de toda la pared vesical, no debe extrañarle a uno, si se encuentra repentinamente frente a un carcicoma extremadamente maligno. Aunque la causa de la metaplasia nos es desconocida, sin embargo hay que contar con que también un tratamiento inadecuado de los tumores papilares puede traer consigo una tal transformación. Encontramos un ejemplo de ello en los tumores papilares de la pelvis. renal No es rareza que se observe un carcinoma papilar latente de la pelvis renal durante un año, fuera del injerto metastásico benigno en el uréter, hasta que se agrega muy raras veces un crecimiento infiltrativo no detenible con una metástasis rápida. En los tumores sólidos e infiltrantes de la vejiga está la metástasis al alcance de la posibilidad, sin embargo, no cuenta en las reglas generales. En la metástasis aislada y ante todo la muy tardía, aún con metástasis locales muy avanzadas, no son muy favorables en este sentido las perspectivas de operación. No se deberían olvidar esas circunstancias tampoco en la indicación para la operación. En los tumores papilares no es ninguna dificultad invencible la extirpación de tumores extraordinariamente grandes. Lo mismo debería lograrse siempre con la extirpación de numerosos tumores grandes y pequeños que rellenan la luz de la vejiga y la cierran. Yo he podido restablecer nuevamente unos cuantos de esos enfermos en forma casi completa. Se utiliza el procedimiento más simple, en que se seccionan primeramente los grandes tumores, luego se cuida el pedículo o en una diseminación sistemática se extirpa un tumor después de otro. La extirpación total no tiene ninguna indicación en los tumores papilares. Decisivo es, no la posibilidad de un aunque complicado cuidado del

ureter y la formación de un reservorio más o menos artificial, sino la patogenia, que hace supérflua e inútil una tal intervención. Yo he ejecutado sin embargo en el carcicoma sólido e infiltrante varias veces la extirpación total de la vejiga. Después que me había decidido para la operación me encontraba frente a una decisión difícil: dar una ayuda al enfermo, aunque no completa, por lo menos un alivio pasajero, por una ureterostomía bilateral. Ya encontré antes de la abertura, la vejiga como un tumor macizo, único, que ni se dejó movilizar ni delimitar. Ya que no quería dejar al enfermo en su seguro destino, pero por otro lado no encontraba ninguna metástasis comprobable en la abertura del peritoneo, llevé a cabo la extirpación total. No fracasó por dificultades técnicas. La pude terminar en todos los casos sin la extraperitonización típica, puede rechazar obtusamente el peritoneo y también soltar el recto sin lesiones. Los uréteres se suturaron ambos en la pared abdominal. Los pacientes sobrellevaron el primer "shock" de la operación pero fallecieron todos de las consecuencias, por la uremia y la urosepsis, que a pesar de la eliminación de los uréteres y todos los cuidados, no pudieron evitarse. En estos casos tiene que contarse con eso, que las lesiones de las vías urinarias superiores conducen a una catástrofe inevitable. En la autopsia no se encontró en ningún caso metástasis, por consiguiente se puede decir: *la extirpación total en un carcicoma sólido e infiltrante, con indicación exacta, sin ninguna perspectiva; en tumores papilares sin justificación.*

RESUMEN

En el tratamiento adecuado de los tumores de la vejiga se debe, a base de los caracteres anátomo-patológicos, primeramente comenzar con la diferenciación de tumores papilares y sólidos. Los tumores papilares, se pueden tratar endo o transvesicalmente, pero se debe someter la vía de elección a una indicación estricta. La operación de los tumores papilares, que en la mayoría de los casos sólo mentalmente desde la luz de la vejiga. Como método de elección se da la escisión de la mucosa. Un nuevo método de la implantación del ureter permite evitar la neoimplantación típica. En los tumores sólidos e infiltrantes, que se extienden sobre todas

las capas de la vejiga, es el tratamiento endovesical un defecto imperdonable de técnica. Aquí es principalmente ejecutable la resección de partes y superficies completas de la vejiga.

Aparte del desarrollo patogenético son los efectos sobre las vías urinarias superiores heterogéneos, sin embargo, para ambas clases de tumores tan característicos, que podemos ganar con el examen radiológico y la urografía de la secreción, importantes indicios para el reconocimiento y tratamiento. Ya que esas imágenes típicas en las vías urinarias superiores, especialmente en tumores infiltrantes pueden aparecer en un tiempo, cuando no se obtiene todavía ninguna visión de la clase de la afección con el examen instrumental, significa el examen radiológico un apoyo valorable del diagnóstico precoz.