

# CURACION DE NEOPLASIA DE VEJIGA POR CISTECTOMIA PARCIAL

## PRESENTACION DE ENFERMO

Por el Dr. RODOLFO I. MATHIS

Nos parece interesante llevar a conocimiento de los señores consocios, los resultados obtenidos en el tratamiento de las neoplasias de la vejiga.

Desde hace ya algún tiempo venimos precediendo en forma mucho más radical, con el objeto de obtener resultados curativos, poco frecuentes con los medios empleados hasta hace unos años.

En un trabajo reciente publicado en colaboración con el Dr. Gerardo Vilar, ensayo de sistematización del tratamiento de estos tumores, puntualizábamos que como medios curativos, solamente contamos con la cirugía, efectuando:

- a) Electrocoagulación endoscópica,
- b) Electrocoagulación a cielo abierto.
- c) Resección submucosa.
- d) Cistectomía parcial.
- e) Cistectomía total.

La indicación dependería de una serie de factores que no es nuestro objeto repetir.

Hoy presentamos este enfermo que lleva más de 5 años de operado, vale decir que ha cumplido el plazo para dar por definitivamente curada esta terrible enfermedad.

Se trata de R. L. que nos consulta en el Servicio de Urología del Hospital Teodoro Alvarez (Jefe: Dr. Pedro Wallace), a principios de 1941. Contaba en aquella época 43 años

de edad; nos revela como antecedentes una gonorrea a la edad de 18 años complicada de epididimitis bilateral y que desde entonces no ha vuelto a molestarle.

Fué operado de varicocele a los 23 años, de hemorroides a los 27 años y de hernia inguinal derecha a los 39 años. Es regular fumador y bebedor.

Nos consulta en aquella época porque desde tres meses antes siente ardor al orinar y polaquiuria, notando sus orinas muy turbias.

Es tratado médicamente hasta la desaparición de los síntomas, pero desde entonces tiene hematurias de tipo total, por lo que se le practica una endoscopia que comprueba en el lado derecho de la vejiga entre las IX y las X, de la esfera horaria la presencia de dos mamelones

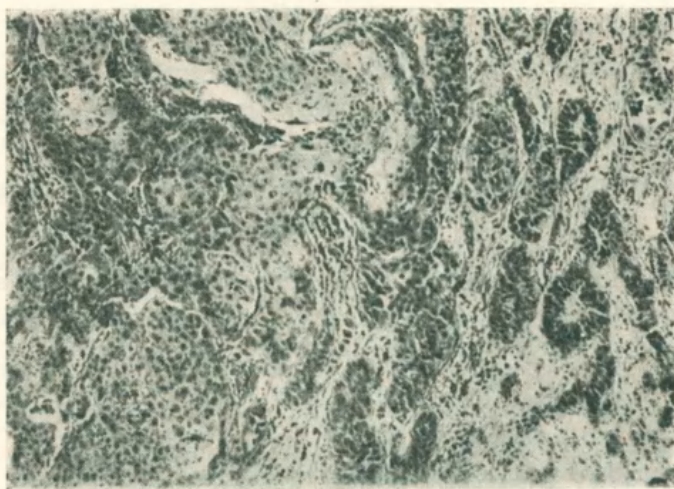


Figura 1

Inclusión 13.967

Adenocarcinoma parte central.

sésiles, rodeados de mucosa sana, sobre la que proyectan sombra, y que sangran abundantemente, por lo que se efectúa una sesión de electrocoagulación endoscópica lo más completa posible.

Se continúa con el tratamiento médico y se tiene al enfermo en observación.

El 17 de febrero se vuelve a practicar una endoscopia a pesar de haber desaparecido toda sintomatología, comprobándose, nuevamente el crecimiento de los dos mamelones, pero no bien limitados; en este momento las orinas eran ámbar.

El tacto rectal con palpación combinada demostró que le vejiga a este nivel estaba indurada.

Se interna en la sala VIII, el 4 de marzo, ocupando la cama 31.

El examen clínico y los distintos análisis de laboratorio no demostraron nada de particular, salvo la presencia de hematuria microscópica.

Operación el 8 de marzo de 1941. Operador Dr. Mathis. Ayudantes, Dres. Hourcade y Ortúzar.

Anestesia Raquinovocaina 0.12 grs. entre 2 y 3 L.

Incisión umbílico púbica. Se llega al espacio prevesical, despegándose ampliamente el peritoneo, se comprueba la pared lateral derecha de vejiga que da sensación acartonada en una extensión de unos 4 centímetros de diámetro. Se abre la vejiga y se reseca la pared vesical en una amplia extensión. Sutura de vejiga en dos planos no perforantes con catgut, dejándose drenaje vesical con sonda Pezzer hipogástrica. La pared se sutura con catgut dejando drenaje de goma en Retzius.

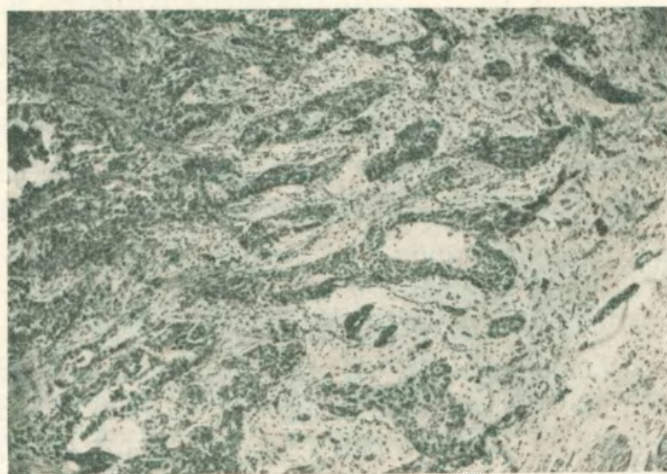


Figura 2

Adenocarcinoma parte periférica.

El postoperatorio se hizo sin incidentes salvo una supuración de la herida que hizo fijar la fístula al pubis, lo que obligó a realizar el cierre quirúrgico el 13 de mayo.

El 4 de junio es dado de alta en óptimas condiciones.

Hemos vigilado este enfermo desde entonces cada 6 meses, comprobándose una vejiga perfectamente cicatrizada, que ha recuperado su capacidad absolutamente normal, realizándose la micción a pesar de la amplia superficie reseca en perfectas condiciones.

El estudio anatómopatológico efectuado por el Prof. Chr. Jakob, dice: Se observa un muscular. En el centroadenocarcinoma en franca invasión atípica del tejido vecino fibro zonas compactas epiteliomatosas en la periferia, líneas celulares alargadas, algunas con secreción hialina central.

Diagnóstico: Adenocarcinoma. (14 de marzo de 1941).

Queremos insistir en los buenos resultados en el tratamiento correcto de la neoplasia de vejiga. Llevamos ya intervenidos hace más de 5 años más de una docena; la mayoría viven actualmente en buenas condiciones. Algunos por razones obvias no quieren concurrir, pero a medida que podamos los iremos trayendo para presentar los resultados.

#### DISCUSION

Dr. Surra Canard. — *Con motivo de esta comunicación, quisiera aprovechar la oportunidad para reflejar la experiencia que he adquirido en materia de tratamiento quirúrgico de las afecciones malignas de vejiga.*

*El problema de la resección parcial de la vejiga es, quizás, un problema de un poco de azar, por cuanto nosotros vemos al enfermo en la situación en que se nos presenta. Desgraciadamente, se nos presenta con la lesión muy avanzada. Si la lesión está limitada en apariencia, muchas veces esa lesión ya ha franqueado los límites de lo que es aparente a la endoscopia y a la cistografía.*

*Tengo una observación muy bien seguida de una lesión tumoral de la cúpula en que se hizo una hemicistectomía, es decir, que se seccionó toda la cúpula. Ese enfermo estuvo bien un año, al cabo del cual comenzó a sentir pequeñas molestias renales del lado izquierdo. Al principio, fueron atribuidas a una hidronefrosis izquierda infectada que tenía el paciente. El examen endoscópico reveló al año que a nivel de la cicatriz no había recidiva, pero sí un edema submucoso en la región ureteral. Junto con el edema, el tacto rectal permitió percibir una infiltración de lo que podía llamarse el paquete vasculolinfático con el pedículo de la vejiga del lado resecado y el enfermo evolucionó su lesión progresivamente por la vía del sistema ganglionar entrando en caquexia.*

*A ese enfermo, tuvimos la suerte de aplicarle una terapéutica moderna que los ingleses pretenden que es anticancerosa, el H-11, porque, vinculados a la Embajada, pudimos conseguir material suficiente, haciéndose la terapéutica de acuerdo a los cánones que el laboratorio fabricante exige. Se lo trató durante ocho meses consecutivos con inyecciones diarias de H-11, el que es, al parecer, el producto de la hormona anticrecimiento de la hipófisis. Es indudable, que dada la malignidad de la lesión y la lentitud de progresión del proceso, porque no podemos hablar de recidiva, el H-11 quizá haya traído una mayor lentitud en el desarrollo de la lesión, pero la evolución fué la misma.*

*En los últimos trabajos, hay tendencia a clasificar el éxito quirúrgico de las intervenciones por neoplasias de vejiga de acuerdo a la profundidad a que ha llegado la neoplasia. En ese sentido, podría referir el caso del último operado*

en el mes de enero. Se hizo el diagnóstico por una hematuria y por un pequeño lóbulo perdido de la vejiga del tamaño de un grano de arroz, con una pequeña deformación en el sentido de la convexidad del cuello, a las nueve horas del examen cistoscópico. En ese enfermo, lo que parecía insignificante, ya que la biopsia tomó casi la totalidad de la lesión aparente, en el acto quirúrgico, se comprobó un infiltrado de todas las capas de la vejiga y hasta había una pequeña pericistitis y una pequeña lesión adhesiva de la celulitis del tejido celular perivesical.

El pronóstico está subordinado al tipo de lesión anatomopatológica y también, al grado de profundidad alcanzado; muchas veces, existe una adenopatía que no nos permite el examen clínico.

La eficiencia terapéutica estará en la divulgación de los conocimientos urológicos y dependerá del hecho de que estos enfermos sean tomados en su debida oportunidad, para que los médicos que nos hacen llegar los enfermos no demoren en hacer intervenir al urólogo, que es el que está en mejores condiciones para determinar el tratamiento que corresponde aun enfermo de esta naturaleza.

Dr. Trabucco. — En los tumores de vejiga, el éxito terapéutico depende prácticamente, desde el punto de vista práctico, exclusivamente de la exacta clasificación anatómica.

Es indudable que un epiteloma papilífero, exclusivamente mucoso, cura con una simple intervención a cielo abierto. Existen carcinomas vesicales a nacimiento intrínseco, es decir, que nacen en la pared. Esos carcinomas son de difícil solución desde el punto de vista terapéutico, porque se manifiestan recién cuando han invadido gran parte de la pared, asomando en la mucosa y provocando la primera hematuria. La única posibilidad que se tiene es recurrir a la cistectomía total. Como bien dijo el doctor Surra Canard, en esto entra un poco el azar, en cuanto se refiere a su descubrimiento, pero con una biopsia bien hecha puede llegar a clasificarse al carcinoma intrínseco, aquel que nace en la pared y asoma después de aquel carcinoma que se coloca en la mucosa y penetra después. Este carcinoma es susceptible de una cistectomía parcial, porque aun no ha llegado a la pared. La solución se debe desarrollar en el acto quirúrgico, como lo ha demostrado perfectamente el doctor Mathis: la extirpación total de la pared, cuando hay intervención de la pared muscular y submucosa cuando toma nada más que la capa mucosa.

Con respecto al H-11, tengo una pequeña experiencia en un enfermo en que hemos aplicado justamente este procedimiento; coincido con el doctor Surra Canard, en que no se produce mejoría de ninguna especie. Las últimas comu-

nicaciones parecen demostrar que el H-11 se ha desprestigiado considerablemente y según me informa un médico recién llegado de Inglaterra, en Londres se tiene la impresión de que se trata de un simple "bluff" comercial.

Dr. Irazú. — Deseo ocuparme de un caso reciente de cistectomía parcial por un tumor infiltrante pequeño, cuyas radiografías tengo a mano por si desean verlas, y cuya solución, desgraciadamente, fué mala, porque el enfermo falleció al año y meses de su intervención, con una metástasis cerebral.

El interés del caso que nos presenta el doctor Mathis, radica en la diferenciación del tipo de tumores para tener éxito terapéutico. Este tumor es del tipo de los tumores a que se refiere el doctor Trabucco: tumor infiltrante, pequeño, que apenas se asoma en la mucosa vesical y que, después de operado, a los pocos meses, hace su recidiva "in situ", manifestándose paulatinamente en la misma forma que en un comienzo. La extirpación de esta tumoración se hizo por medio del electrobisturí.

Tendría interés en saber qué procedimiento usó el doctor Mathis, porque hay referencias de que el electrobisturí, para unos, es beneficioso, y para otros, por mala cicatrización, es perjudicial. En mi caso, la reproducción del tumor en tan breve lapso, quizá haya sido influenciada por esta conducta terapéutica.

Dr. Surra Canard. — Este tema podría ser discutido en conjunto con la comunicación que presenta el doctor Rubi.

Sr. Presidente Dr. Rubi. — El orden no va a tener importancia al respecto. Hay cierta uniformidad de criterio, el que va a resultar de las breves consideraciones que haré sobre el tema.

Dr. Bernardi. — En cuanto al pronóstico de las tumoraciones vesicales, hay que tener muy en cuenta las complicaciones renales, ya sea por causas de origen mecánico y dinámico. Es común observar que los enfermos no mueren de metástasis como de complicaciones renales. En las necropsias que solemos hacer, encontramos grandes dilataciones de las vías altas, uréteres del tamaño de una asa de intestino y verdaderas pionefrosis.

Es común que se insista en todos los detalles de las complicaciones de las metástasis hepáticas o cerebrales, pero cuando se hacen autopsias encontramos que esos tumores no son tan frecuentes, observándose, por el contrario, grandes dilataciones de las vías altas. Así vemos que un enfermo que tiene una tumoración vesical, fallece por lo común de uremia y cuando se le practica la autopsia nos encontramos con esas grandes lesiones renoureterales.

Dr. Mathis. — El objeto de mi comunicación consiste nada más que en mostrar un enfermo curado, puesto que ha transcurrido el plazo de cinco años, que es el que se exige para dar por curada una neoplasia.

Desde hace 8 ó 9 años que hago estas cosas, por lo que considero que tengo ya alguna experiencia al respecto. En un ensayo de clasificación de la conducta terapéutica a seguir en los tumores de vejiga, a principios de este año, con el doctor Vilar, hicimos un trabajo en el que tratábamos de sistematizar la conducta a seguir en los distintos casos que pueden presentarse.

Dividíamos, aunque parezca un tanto excesivo, los tratamientos de tumores de vejiga en preventivos y curativos; en el preventivo, fuera de los tumores provocados en los obreros de anilinas, englobábamos también, la necesidad de hacer el tratamiento correcto de los tumores papilíferos de aspecto benigno de la vejiga, que son los que muchas veces, llegan a la degeneración posteriormente, cuando no se sigue una terapéutica correcta. Incluíamos también, dentro del tratamiento preventivo, la necesidad de tratar los tipos de uroteliomas altos —según los llama un autor americano— en forma completa.

Hemos visto tumores de vejiga secundarios a tumores papilíferos de pelvis renal. Si no se trata el tumor alto, es inútil tratar los tumores de vejiga.

El tratamiento lo supeditábamos al resultado del examen clínico; teníamos desde el enfermo que era absolutamente incurable desde el primer momento hasta el enfermo en que se corría todos los riesgos con tal de poder llegar a una curación.

Con este motivo, presentamos estos casos de cistectomía parcial, en que está justificado correr el riesgo de intervenciones sumamente cruentas ante la gravedad del enfermo. Supeditábamos este procedimiento, en primer lugar, a la localización del tumor y en segundo término a su invasión en profundidad. Hemos visto tumores submucosos como el descrito por el doctor Trabucco, que llegan a invadir toda la mucosa desde el primer examen y recuerdo el caso del hermano de un colega, caso que vió el doctor Bernardi, con una dilatación de vías altas, pudiéndose afirmar que, desde el primer examen, toda la vejiga estaba prácticamente transformada en un tumor. Este caso estaba por encima de toda conducta terapéutica.

En los casos que comúnmente se nos presentan creo que está justificado correr todos los riesgos en una enfermedad que condena indefectiblemente al paciente. Por eso, somos partidarios del tratamiento, en todo lo posible, radical. No hacemos toques de electrocoagulación endoscópica ante un tumor que tenga caracteres de malignidad.

Ante un tumor de tipo vellosa de vejiga, —en individuos de edad avanzada.— con base amplia, caso en el que antes se practicaba la electrocoagu-

*lación endoscópica, somos partidarios de ir a cielo abierto. Los medios de diagnóstico de que disponemos no nos permite en muchos de estos casos, llegar a hacer un diagnóstico de seguridad. Hay que tratar en toda forma, como lo recomienda Marión, de hacer el tratamiento radical en una sola sesión y para eso, nada mejor que recurrir al procedimiento de cielo abierto; eso, en el caso de que no estuviera enfermo el plano submucoso.*

*En lo demás, concuerdo ampliamente con los señores colegas que han tenido la gentileza de contribuir a la discusión de mi comunicación.*