

# A PROPOSITO DE UNA NEOPLASIA DE VEJIGA

Por los Dres. R. DE SURRA CANARD y HECTOR D. BERRI

La presente comunicación se refiere a una neoplasia de vejiga tratada por una cistectomía parcial, proceso éste, que sí bien es de observación corriente en la práctica diaria; no lo es en lo que respecta a los factores que pueden haber motivado esta afección.

Se trata de un paciente S. N., de 56 años de edad, de nacionalidad español, de estado casado, de profesión mecánico, domiciliado en la localidad de Lavallol (Provincia de Buenos Aires).

*Antecedentes hereditarios:* Padre falleció de cáncer laríngeo. Son varios hermanos todos sanos.

*Antecedentes personales:* Sarampión en su infancia. A los 25 años de edad, uretritis gonocócica que le exigió dos años para su curación. No es bebedor, ni fumador.

En 1938 acusa dificultad progresiva en la micción que lo obliga a concurrir al Servicio de Vías Genito Urinarias del Hospital Alvear, donde es atendido por uno de nosotros que le efectúa una cervicotomía a cielo abierto (28 de mayo de 1938) saliendo de alta un mes después en muy buenas condiciones en lo que respecta a sus micciones, pero con orinas algo turbias, acompañada de frecuencia en la micción, la que desapareció después de varios meses del tratamiento, que se efectuó (instilaciones). (Radiografía N° 1 Cistograma).

Continúa bien hasta este año en que acusa al final de la micción orinas sanguinolentas y frecuencia de micción diurna y nocturna, aumentando ambos síntomas de intensidad progresivamente por lo que vuelve a consultarnos nuevamente. Es examinado e internado en un Sanatorio de esta Capital.

*Estado actual:* Micción. Polaquiuria diurna y nocturna. Dolor al final de la micción. Hematuria tipo terminal. No hay disuria. Buena proyección y volumen del chorro de micción.

Orinas. Examen completo normal. Examen bacteriológico, no hay bacilo de Koch.

*Examen no instrumental del aparato urogenital:* Normal. Tacto rectal. Próstata de tamaño y caracteres normales.

*Examen general:* Sujeto en regular estado de nutrición. Mucosas húmedas y rosadas. Aperítico.

Aparato digestivo y nervioso. Normales.

Aparato respiratorio. Bronquitis tipo asmático.

Aparato circulatorio. Corazón normal. Pulso 80', regular, rítmico (Mx. 14 - Mn. 8).

Azotemia. 0.40 %

Glucemia. 1.10 %

*Examen instrumental:* Al examen endoscópico efectuado con 150 c.c. de líquido se observa pared vesical con celdas y columnas. Mucosa normal. salvo en el techo de este reservorio

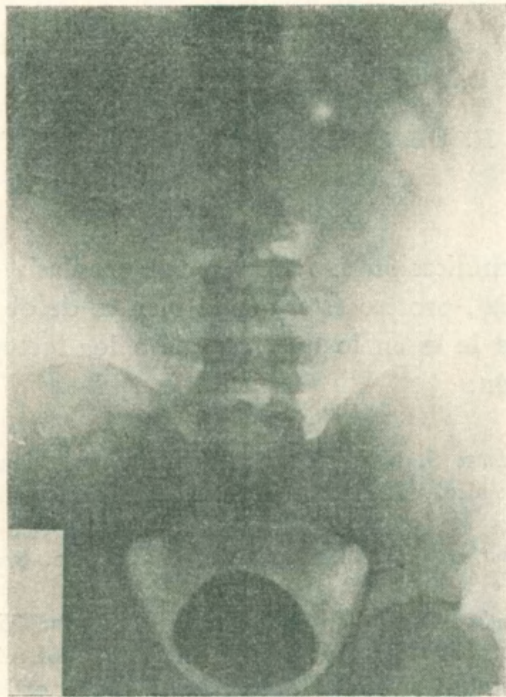


Figura 1

en que se observa en la línea media y algo hacia la izquierda la presencia de una tumoración sesil de 3 cts. de diámetro redondeada, rodeada de un tejido edematoso que se extiende hacia el cuello. La tumoración se halla recubierta de muco pus abundante. Cuello vesical redondeado en toda su circunferencia a excepción de las IV a VII horas en que presenta la forma de una V ampliamente abierta hacia arriba y muy profunda cuyo vértice se continúa insensiblemente con la uretra prostática. Meatos ureterales normales

Se efectúa una biopsia tratando de tomar tejido de la tumoración que está enmascarada por abundante muco pus. El resultado de ella no da mayores datos ilustrativos.

*Examen radiográfico:* Radiografía simple de aparato urinario N° 1. Normal. Urograma

de excreción N° 2 y 3. A los 5' y 30' con cambio de posición. Se observa riñones normales con buen funcionamiento global y por separado.

*Diagnóstico:* En vista de los resultados obtenidos por el examen endoscópico se hace diagnóstico de Neoplasia vesical.

*Tratamiento:* Se resuelve la internación quirúrgica la que se efectúa bajo anestesia raquídea 0.12 grs.

Se extirpa cicatriz operatoria de la cistectomía, se llega a vejiga la que se libera en su

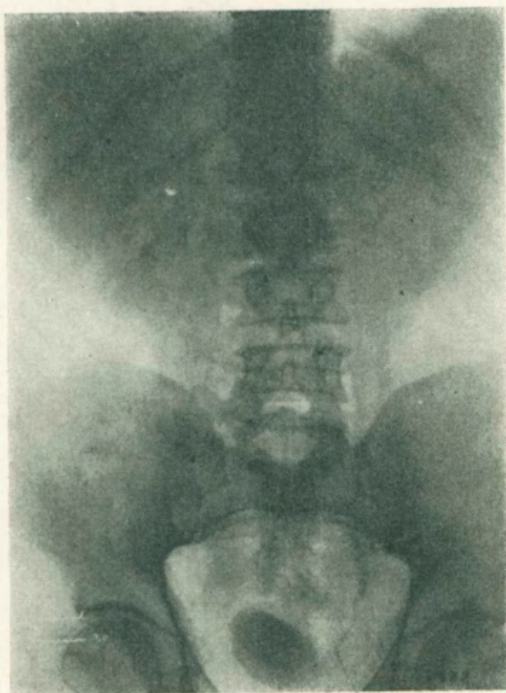


Figura 2

parte anterior y laterales. Se incide la pared vesical comprobándose al abrir ésta que en el techo existe una tumoración con los caracteres de malignidad. Se extirpa la pared vesical afectada con una zona amplia de superficie sana alrededor de la tumoración y de la zona edematosa. La zona estirpada mide 6 x 4 cts. y se extiende hasta la vecindad del cuello vesical. Se sutura la vejiga dejando sonda Pezzer acodada en su extremo posterior, se cierra la pared por planos, dejando drenaje en la zona prevesical.

*Examen histopatológico:* La pared vesical con el proceso tumoral es enviado al Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Argerich donde es estudiada por el Dr. Polak, cuyo informe anotado bajo el N° 6019 dice lo siguiente:

Histológicamente la neoformación vesical se halla formada por cordones de estructura epitelial constituida por células poligonales de citoplasma claro débilmente acidófilo. Los núcleos poliformos e hiper Cromáticos presentan abundantes mitosis atípicas. En zonas los cordones que acabamos de describir infiltran las capas músculo conectivas de la pared vesical y otras adoptan disposición vellosa con ejes conjuntivos vasculares. La reticunia se dispone rodeando a estas formaciones.

Histológicamente se diagnostica Carcinoma epidermoideo vellosa de vejiga.

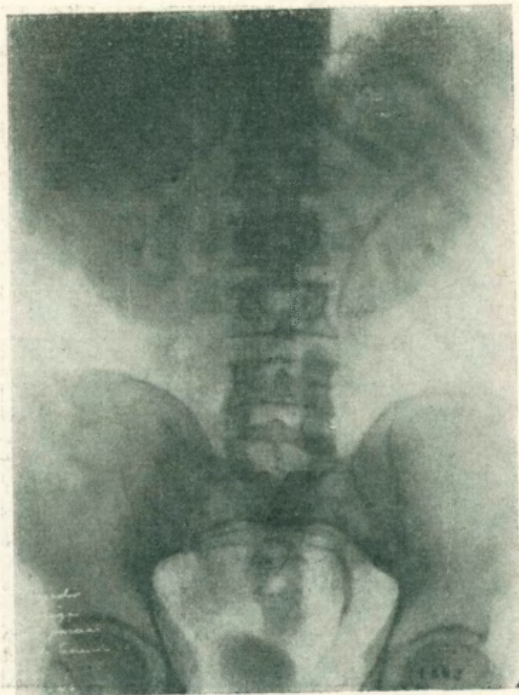


Figura 3

Figura 4ª Cordón edematoso observado a gran aumento. Células con citoplasma claro y núcleos polimorfos hiper Cromáticos.

Figura 5ª Disposición de la trama conectiva reticular alrededor de los cordones epiteliales.

*Pos-operatorio.* Bueno. A los 3 días se retira drenaje prevesical, a los 7 los puntos de sutura y a los 15 se coloca sonda permanente retirando la derivación hipogástrica. A los 25 días es dado de alta con su derivación hipogástrica cerrada, con orinas algo turbias y poliquiuria. A los 40 días es examinado nuevamente, su estado general a mejorado notablemente, la capacidad vesical ha aumentado, las micciones se efectúan hasta con intervalo de una hora y media. A los 50 días su peso ha aumentado 5 kilos desde su intervención, sus micciones

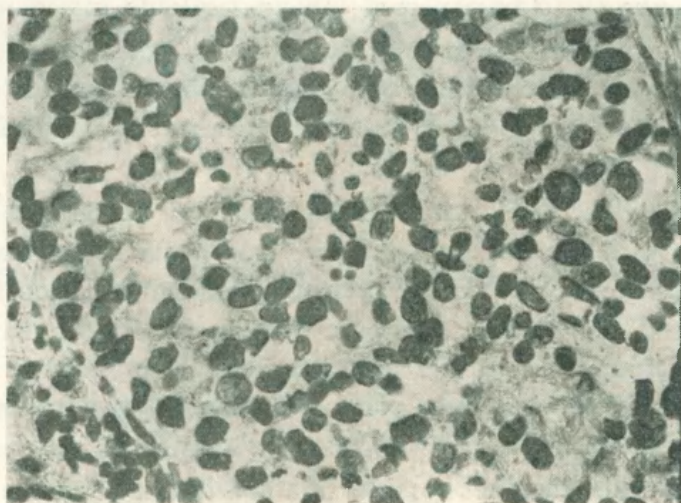


Figura 4

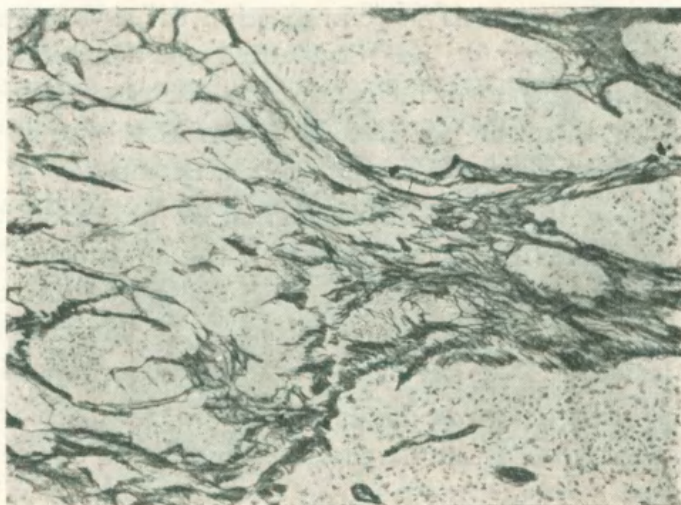


Figura 5

se efectúan con intervalos hasta de 2 a 2 y media horas y sus orinas se han clarificado con las instilaciones de nitrato de plata efectuadas.

#### CONSIDERACIONES

Esta observación trata de un proceso vesical maligno intervenido quirúrgicamente por una cistectomía parcial con un resultado inmediato muy bueno.

No pretendemos hablar de curación definitiva pues si bien el estado actual del enfermo después del tratamiento es excelente, conceptuamos como es lógico que es necesario un mayor lapso de tiempo antes de poder ratificar su estado actual.

En lo que respecta a la causa etiológica de este proceso, existen a nuestro juicio factores variables que pueden haber sido causa determinante o coadyuvante del proceso blastomatoso que presentó el paciente; de acuerdo al concepto sustentado por Virchow en su teoría que dice que la acción irritante, traumática e inflamatoria crónica al modificar el terreno biológico ejerce un rol importante en la patogenia de estos procesos como factores capaces de estimular directa o indirectamente su crecimiento.

Si el estudio del caso nos conduce a la conclusión de que la cicatriz operatoria y el trauma han provocado el desarrollo del proceso tumoral en el mismo sitio de la intervención quirúrgica, hay que tener en cuenta que entre la actuación operatoria y la aparición de los primeros síntomas clínicos tiene que haber transcurrido un intervalo de tiempo en general muy dilatado; pues los experimentos en animales en que se ha llegado a producir un tumor maligno por la acción irritante, nos indican que ha sido necesario un lapso de tiempo para ello.

Tendría gran importancia la comprobación del síntoma puente, es decir, de aquellas manifestaciones que nos demuestran que durante largo lapso de tiempo han existido constantemente trastornos locales en el sitio del blastoma: debiéndose admitir solamente un período de dos años, cuando ya ha existido un proceso de esa naturaleza y el trauma lo ha acelerado.

El enfermo manifiesta que desde antes de su primera intervención acusó trastornos de micción (disuria, polaquiuria) que algunos de estos síntomas continuaron durante varios meses después del trauma quirúrgico (cistectomía, sonda hipogástrica, polaquiuria, orinas turbias); ello indicaría que ha existido un proceso inflamatorio local que ha coayugado al factor traumático quirúrgico.

Estimamos pues, que en la misma forma que la bilharbiozias influye en el desarrollo del cáncer vesical, en la presente observación han existido factores variados que pueden haber contribuido en su desarrollo en el mismo sitio de la herida operatoria, actuando como causa etiológica del proceso blastomatoso que acusó el paciente.