

LA CISTECTOMIA TOTAL COMO TRATAMIENTO DE ELECCION EN EL CANCER INFILTRANTE DE VEJIGA

Por los Dres. JOSE S. DOTTA y TOMAS DELPORTE

El cáncer de vejiga, ha sido un problema de todos los tiempos para los urólogos, dados los resultados poco alentadores que se han obtenido con los distintos procedimientos terapéuticos utilizados. Es por ello que en estos últimos tiempos, se ha reactualizado e intensificado el empleo de la cistectomía total, como tratamiento de elección, con sus indicaciones precisas, que luego enunciaremos, en la que si bien, no permite hablar de una curación definitiva, por lo menos ofrece a estos enfermos, mayores perspectivas de curación y una supervivencia exenta de grandes sufrimientos.

Es indudable, que en esta localización del cáncer, como lo es en cualquier otra del organismo en que este mal asienta, el diagnóstico precoz, es de fundamental importancia para mejorar las perspectivas del pronóstico.

Es así, que los enfermos que padecen de cistitis rebeldes, o simplemente de hematuria, obligaría al médico general a la inmediata consulta a un especialista, con el fin de determinar el verdadero origen de estos padecimientos.

Sin entrar a considerar los síntomas clínicos, de todos perfectamente conocidos, deseamos hacer destacar los auxiliares de diagnóstico, que a nuestro juicio aportan datos de indudable valor:

- a) la cistoscopia;
- b) el urograma por excreción;
- c) el tacto rectal;
- d) la biopsia.

De lo primero no vamos a ocuparnos en hacer destacar los aspectos cistoscópicos del cáncer de vejiga. Sólo diremos que ella no siempre es posible realizar, sobre todo en las formas avanzadas, o en los tumores infectados, donde la dis-

minución de la capacidad y el intenso edema, pueden dificultar la visualización correcta.

El segundo, nos brindará tres elementos de importancia:

- 1° el funcionalismo renal;
- 2° el estado de las vías excretoras;
- 3° el cistograma.

El éxtasis ureteral, coincidente con el lado, donde se observa la deformación del cistograma, nos indica la infiltración de la pared, con la consiguiente obstrucción al libre drenaje, cuando el proceso asienta en la zona de uno de los O.O.U.U. La deformación característica y la rigidez en una parte de su contorno, con el desplazamiento del cistograma hacia el lado opuesto, son innegablemente elementos de gran valor.

El tacto rectal (o vaginal en la mujer) nos permitirá apreciar el estado de infiltración de las paredes vesicales y la extensión de la misma. Damos mucho valor a este elemento clínico y hasta consideramos conveniente en algunas circunstancias hacerlo bajo anestesia, preferentemente con pentothal, por su inocuidad, para poder recoger todos los signos de valor que él puede aportar.

Con respecto a la biopsia, que debe siempre efectuarse antes de decidir una cistectomía total, será sin duda alguna la que en última instancia resolverá la conducta a seguir; por nuestra parte siempre la hemos realizado. No todas las veces es suficiente la biopsia por vía endoscópica: nos ha sucedido en alguna ocasión que la biopsia por esta vía nos ha dado un material cuyo estudio histológico demostrara tratarse de un simple papiloma, pero en la intervención encontrarnos con un gran tumor que infiltrara una extensa zona de la pared vesical, haciendo impracticable la cistectomía parcial. Por ello que teniendo en cuenta esta circunstancia, no sería criticable el hacer una biopsia a cielo abierto para ratificar o rectificar una opinión preformada.

Con el objeto de hacer una puesta al día del tratamiento del cáncer de vejiga, Orr, Carson y Novak (*The Jour. of Urol.*, 42, 778, 1939) hicieron una encuesta entre 267 urólogos, los que aportaron un total de 26.877 casos, habiendo sido realizadas por 68 urólogos sólo 353 cistectomías totales.

Si bien la mayoría de ellos, se pronunciaba en forma pesimista con respecto a los resultados alejados de los tratamientos conservadores, dan una serie de razones por las cuales no aconsejaban la cistectomía total. Ellas eran:

- 1) casos no adecuados: muy viejos, casos muy avanzados que sobrepasan los límites de la vejiga, uréteres dilatados, infección renal;
- 2) operación muy radical considerando: a) posibilidad de cura, b) alta mortalidad operatoria, c) dificultades técnicas, d) larga hospitalización, e) pobre pronóstico, aunque la operación ande bien;

- 3) Los pacientes viven más tiempo y más confortables con procedimientos menos drásticos;
- 4) Dificultad en convencer a los pacientes.

Con sólo detenerse a considerar estas objeciones y de acuerdo a lo que decimos más adelante, se verá por qué nuestra opinión opuesta a este criterio tiene bases firmes en que sustentarse.

Todos nos hemos formado una experiencia más o menos amplia con las distintas técnicas utilizadas, que no sea la cistectomía total: cistectomía parcial, radio y curieterapia, electrocoagulación, etc., y hemos constatado la repetición de los fracasos con recidivas a plazos más o menos breves. Personalmente nada podemos decir, por no tener experiencia, de los resultados de la aplicación de "Radon Seeds" y de la radioterapia por contacto. Con respecto a la primera, y de acuerdo a lo que manifestara a uno de nosotros, Barringer, del Memorial Hospital de Nueva York, esta terapia es sólo provechosa en los casos muy precoces, confesándonos la obtención de algunos buenos resultados. En cuanto a la radioterapia por contacto, sólo nos permitiremos repetir textualmente las palabras que nos expresara Pendergrass, el gran radiólogo y radioterapeuta de Filadelfia: "no sirve para nada". Nos manifestó haber iniciado su experiencia en Alemania, la que luego continuó en los E.E.U.U.; los resultados obtenidos fueron tan poco alentadores que ha terminado por desaconsejar el procedimiento.

Es lamentable observar la confusión o falta de distinción que se hace en las estadísticas, entre las distintas formas anatómopatológicas del cáncer de vejiga, al considerar los resultados obtenidos; y es así como se habla de curaciones ya sea con resecciones parciales, electrocoagulaciones, "radon seeds", etc. Pero lo que no se especifica es que si se trata de tumores papilares o de tumores infiltrantes, al hacer el cómputo de los resultados, Todos tenemos muy buena experiencia con los métodos conservadores en el tratamiento de los tumores papilares: no creemos que nadie haría la indicación de una cistectomía total en ninguno de estos casos. Por ello es que nos permitimos insistir en este aspecto de la cuestión y dejar sentado que es sobre todo en los cánceres infiltrantes donde la cistectomía total debe ser aconsejada.

También se la critica por ser un procedimiento muy cruento y cuyos resultados alejados no están en relación a la magnitud de la operación. Pero no olvidemos que este método hasta hace poco ha sido aplicado generalmente en los casos muy avanzados, como único recurso al alcance del cirujano. Esperemos formarnos una experiencia amplia en las formas precoces, para cotejar resultados y sacar conclusiones.

Podría quizás discutirse la indicación del método, en esos pequeños tumores infiltrantes, ubicados en zonas fácilmente accesibles, por ejemplo, en cara

A la cistoscopia, capacidad disminuída y congestión difusa; por encima y por fuera del O.U.I., se observa una zona del tamaño de una nuez, de superficie irregular, abollonada y recubierta en parte de pseudomembranas.

Urograma por excreción: discreto éxtasis ureteral izquierdo, con rigidez del borde izquierdo de la sombra vesical.

Biopsia endoscópica: epiteloma paramalpighiano.

1ª Operación (31-IX-45): Uréterosigmoidostomía izquierda transperitoneal.

2ª Operación (16-X-45): Uréterosigmoidostomía derecha transperitoneal y cistectomía total, con extirpación de vesículas seminales y próstata. Drenaje transuretral.

Evolución: la herida segrega abundantísima secreción y el 20-XI-45, hace un cuadro agudo, con taquicardia, desfallecimiento, hipotensión, falleciendo a las pocas horas.

Observación Nº 3. — R. J., 57 años, casado, argentino, empleado. Ingreso: 3-VII-46.

Inicia sus padecimientos con una hematuria dos años y medio antes de su ingreso, que se repite un año después. En el ínterin se agregan fenómenos de cistitis. Ayer aparece otra hematuria intensa.

Al examen clínico, se palpa polo inferior de R.I. Al tacto rectal, pequeño adenoma prostático e infiltración de cara lateral izquierda de vejiga.

Cistoscopia: capacidad disminuída. En la zona del O.O.I., lesión de aspecto cerebriforme, del tamaño de una haba.

Urograma por excreción: éxtasis ureteral izquierdo con discreta dilatación pieloureteral.

Biopsia endoscópica: epiteloma infiltrante paramalpighiano.

1ª Operación (26-VII-46): Uréteosigmoidostomía bilateral extraperitoneal.

Alta: 10-VIII-46.

Evolución: 5 días después, reingresa por haber aparecido una fístula en la incisión derecha por donde pierde orina. Estado general muy malo; sigue un curso desfavorable y fallece el 26-VIII-46 con cuadro urémico.

Observación Nº 4. — G. R., 47 años, casado, italiano, comerciante. Ingreso: 5-IX-46.

Hace 4 años, uréterolitotomía derecha con incisión de Judd. Desde hace un año y medio nota orinas turbias, con fenómenos de cistitis, a las que se agrega poco después hematuria terminal. Consulta en Agosto de 1946, porque sus hematurias se han repetido y sus trastornos vesicales intensificados.

Cistoscopia: imposible de realizar por escasa capacidad vesical y medio muy turbio y sanguinolento. Sin embargo se alcanza a observar con dificultad un tumor vellosa junto al cuello de vejiga.

El 19-IX-46, cistostomía, constatándose un tumor vegetante e infiltrante que abarca gran parte de cara lateral izquierda, trígono y cuello.

Biopsia: epiteloma infiltrante paramalpighiano.

Se aconseja cistectomía total.

1ª Operación (12-X-46): Uréterosigmoidostomía derecha extraperitoneal.

2ª Operación (19-XI-46): Uréterosigmoidostomía izquierda y próstato-vesículo cistectomía total.

Evolución: A los tres días se reabre la herida del trasplante derecho dando salida a orina y materia fecal; cierra al cabo de un mes y medio.

El enfermo actualmente está en buenas condiciones generales, habiéndose reintegrado a sus ocupaciones. "Orina" cada 4 a 5 horas durante el día y una o ninguna vez en la noche.

Observación N° 5. — M. J., 70 años, austriaco, pintor, caasdo. Ingreso: 2-XII-46.

Desde hace dos años polaquiuria y disuria con orinas turbias Desde hace un año grandes hematurias que se repiten con frecuencia.

A su ingreso enfermo anémico, deficiente estado general, con signos de insuficiencia cardíaca.

Cistoscopia: todas las veces que se intentó realizarla se provoca intensa hematuria; en una de ellas sale espontáneamente un trozo de tejido cuyo estudio histológico demostró tratarse de un epiteloma vesical paramalpighiano.

Tacto rectal: gruesa infiltración de la pared vesical.

Ante la intensidad y repetición de las hematurias y deficiencia consecutiva del estado general, resolvemos previa preparación adecuada tanto general como cardíaca, practicar la cistectomía total previa derivación cutánea de la orina.

Operación (20-XII-46): Ureterostomía cutánea bilateral y vesiculoprostatacistectomía total.

Evolución: sin incidencias, es dado de alta el 6-II-47.

Posteriormente tenemos conocimiento de que el enfermo fallece el 8-VII-47 por una reagudización de su cardiopatía.

Observación N° 6. — R. J., 57 años, casado, italiano, jardinero. Ingreso: 25-I-47.

Hematuria hace dos años, con discreto ardor terminal y polaquiuria. Fué tratado con medicación sintomática. Poco antes de su ingreso nos consulta por intensa hematuria, polaquiuria y disuria.

El examen clínico es negativo. Tacto rectal: ligera infiltración de cara derecha de vejiga.

Cistoscopia: capacidad disminuída; en cara lateral derecha se observa una lesión del tamaño de una moneda de 20 centavos de aspecto cerebriforme, con infiltración que llega hasta el cuello vesical.

Biopsia endoscópica: epiteloma pavimentoso lobulado.

Urograma por excreción: vías excretoras libres; rigidez y falta de relleno de cara lateral derecha de vejiga.

1ª Operación (7-II-47): Uréterosigmoidostomía extraperitoneal bilateral.

2ª Operación (7-III-47): Vesiculoprostatacistectomía total.

Evolución: continencia rectal muy buena, evacuando cada 4 ó 5 horas, durante el día y una o dos veces en la noche.

A los 20 días de la última operación, aparece un dolor en el pubis, que se intensifica con la marcha. Radiografía negativa. Pensando en una osteítis, hacemos penicilina y radioterapia, con lo que algo mejora. Es dado de alta.

Una última radiografía, tomada el 5-X-47, demuestra groseras lesiones simétricas en ramas isquio-pubianas, de aspecto neoplásico.

Biopsia por punción: extensos colgajos celulares, con caracteres epiteliomatosos.

En enfermo ha vuelto a hacer radioterapia profunda.

Observación N° 7. — C. A., 46 años, argentino, casado, calderero. Ingreso: 8-IX-47.

Enfermo previamente operado de hemorroides, apendicitis y pielolitotomía derecha.

Un mes antes de su ingreso, nefrectomía por pionofrosis calculosa. En esta oportunidad ya refiere fenómenos de disuria, atribuídos en un primer momento a su infección renal.

Cistoscopia: lesión infiltrante abarcando la zona del O.U.D.

Biopsia endoscópica: epiteloma pavimentoso.

Tacto rectal: negativo.

Operación (19-IX-47): Réterosigmoidostomía izquierda, transperitoneal y vesiculoprotatocistectomía total.

Alta: 4-X-47.

Evolución: excelente, estado general bueno, evacúa el intestino cada 4 a 6 horas, tanto de día como de noche. El enfermo se ha reintegrado a sus ocupaciones habituales.

Observación N° 8. — F. M., de 56 años, italiana, viuda. Ingreso: 11-IX-47.

Desde hace tras meses, polaquiuria con intensa disuria terminal; nunca hematurias. Examen clínico negativo.

Cistoscopia: por detrás de la barra interuretérica, se observa una lesión úlcero vegetante, con discreta infiltración.

Urograma por excreción: vías excretoras libres.

Biopsia endoscópica: epiteloma infiltrante muy inflamado.

Tacto vaginal: induración, en fondo de saco anterior.

1ª Operación (29-IX-47): Uréterosigmoidostomía bilateral transperitoneal.

2ª Operación (12-XI-47): Cistectomía total.

Evolución: buena continencia rectal. La enferma está internada en vías de curación.

CONSIDERACIONES

De las 8 observaciones aquí presentadas, en realidad no podemos sacar conclusiones valederas, dado que su número y el tiempo transcurrido es muy escaso.

Sin embargo, a través de esta breve experiencia, creemos que la operación en sí no ofrece grandes riesgos quirúrgicos, sobre todo a medida que uno va adquiriendo una experiencia en este sentido. Deseamos destacar, que no hemos tenido ninguna muerte inmediata atribuible al acto quirúrgico y pensamos hoy en día, que con los recursos para la preparación adecuada del enfermo: antibióticos, transfusiones, etc., la operación no ofrece mayores riesgos que cualquier otra intervención; pensamos que aumentando nuestra experiencia, podamos simplificar la técnica y realizar todo en un solo tiempo.

Hemos comprobado que la anuria inmediata al transplante bilateral, si bien es frecuente, no llega a ser nunca alarmante, ya que desaparece por general antes de las 48 horas.

En cuanto a la tolerancia rectal, hemos constatado la adaptación que se establece a los 15-20 días de operado, la que mejora paulatinamente, a medida que va transcurriendo el tiempo. Los fenómenos de rectitis, que se presentan a veces, después de retirada la sonda rectal, a los 5-6 días, se pueden yugular con enemas de vaselina líquida o soluciones de tanino al 2 por mil.

En nuestros enfermos, no se presentaron síntomas de infección renal a posteriori del transplante, debido a que ninguno de ellos tenía uréteres dilatados. Creemos que en estos casos, debe preferirse la uréterostomía cutánea.