

## LA CISTECTOMIA TOTAL EN EL CANCER DE VEJIGA

Por el Dr. RICARDO ERCOLE

Cuando se encara en términos generales el tratamiento del cáncer de vejiga es necesario considerar la naturaleza del tumor, que condiciona indudablemente su grado de malignidad. En este sentido entendemos que es necesario dividir a los tumores epiteliales, que son los que nos interesan por su frecuencia, en dos grupos, por una parte los tumores papilares y por otra parte los tumores no papilares o infiltrativos.

El epiteloma papilar, que representa en conjunto el 50 % de los cánceres de vejiga (Registro del Cáncer de la American Urological Association), cuando todavía no ha evolucionado en profundidad, para transformarse en un tumor infiltrativo, justifica una terapéutica semejante a la del papiloma y tiene también un pronóstico parecido. La conducta terapéutica podrá variar, según la localización, el tamaño y grado de malignidad, entre la electrocoagulación endoscópica o la reacción del tumor a cielo abierto, con el agregado, en algunos casos, de la radium o roentgen terapia. El cirujano tendrá, en muchos casos, la satisfacción de ver curar a estos enfermos, con una recuperación anatómica y funcional de la vejiga. Solamente se justifica una operación radical, como es la cistectomía total, en el caso de lesiones de carácter difuso, que engloban la mayor parte de la superficie vesical o cuando el tumor evoluciona hacia la profundidad, para transformarse en un cáncer infiltrativo.

En cambio, el cáncer infiltrativo de la vejiga, que puede ser la terminación de un epiteloma papilar o el tumor primitivamente infiltrativo como el epiteloma pavimentoso o las formas más raras del adenocarcinoma, y del carcinoma coloideo, constituyen un problema de difícil solución terapéutica, ya que son tumores de alto grado de malignidad, que tienen una tendencia desesperante a recidivar y que representan además para el enfermo un achaque

terrible, ya que determinan un tenesmo vesical intolerable, para lo cual a veces es necesario recurrir a las más altas dosis de medicación sedante, si se quiere, aunque sea aliviar en parte, el dolor que estos tumores determinan, sin conseguir, sin embargo, espaciar mayormente los intervalos miccionales en vejigas prácticamente sin capacidad.

Es en este grupo de tumores, que representa el otro 50 % de los cánceres vesicales, donde las terapéuticas conservadoras fracasan. Hemos ensayado durante 15 años, en forma empeñada, las dos terapéuticas fundamentales, de tipo conservador, como son la radium terapia y la cistectomía parcial y podemos decir que no hemos tenido nunca la satisfacción de curar radicalmente a un solo enfermo de este grupo.

En un principio, con la colaboración de nuestro malogrado amigo el Dr. Darwin Saloj, distinguido cancerólogo, hicimos aplicaciones de radium elemento con agujas de platino, a cielo abierto, en cánceres pequeños y si alguna vez tuvimos un éxito post operatorio inmediato, vimos con gran desilusión recidivar el tumor a los pocos meses de la operación, con el agravante para el enfermo, que agregaba a los achaques determinados por la cistitis neoplásica, aquella ocasionada por la quemadura del radium.

No tenemos experiencia con los radon seeds, pero quisiéramos destacar en este sentido una estadística recientemente aparecida, referida por Marshall del Memorial Hospital y del New York Hospital de 300 cánceres tratados entre los años 1932 y 1938, de los cuales, si bien el 17 % vivieron cinco años o más, tan solo el 6 % pueden considerarse curados con la irradiación, cifra sumamente baja por venir del centro más importante en el tratamiento del cáncer urinario y porque no discrimina en este porcentaje la naturaleza histopatológica del tumor y el grado de su infiltración.

Por lo que se refiere a la cistectomía parcial, terapéutica que hemos ensayado durante varios años, haciendo operaciones lo más amplias posibles, llegando en algunos casos a efectuar verdaderas hemicistectomías, con reimplantación del ureter a la vejiga o llevándolo a la piel, los resultados han sido tan desalentadores como con la irradiación. Hemos visto recidivar el tumor, en unos casos inmediatamente a la intervención, cuando el enfermo no se había retirado del hospital y en otros poco tiempo después, teniendo en general la impresión que esta intervención, muy lejos de curar al enfermo, por el contrario, acorta el proceso de la enfermedad. En cuanto a la electrocoagulación a cielo abierto del tumor, es una terapéutica que no hemos utilizado, porque nos ha parecido sin lógica, del momento que no es posible pretender con ella llegar en profundidad a destruir la masa tumoral. En cambio hemos visto enfermos, así tratados, en los cuales el tenesmo vesical se había hecho, con mucho, más intenso después de esta intervención.

En realidad hay razones, a nuestro modo de ver terminantes, que justifican el que en las mayorías de las veces la cistectomía parcial sea en estos casos una operación incompleta. Si tenemos en cuenta que el cáncer de vejiga es un tumor del trigono o vecino al mismo, ya que el 76 %, de acuerdo con la estadística del Registro del Cáncer de la American Urological Association (1934) son tumores del trigono, del cuello de la vejiga o de la pared lateral vecino al trigono, es lógico suponer que en estos casos, el cirujano no disponga, hacia la línea media, de género vesical suficiente como para hacer una extirpación de la vejiga en zona sana bien alejada del tumor. Cabe destacar en este sentido los resultados muy interesantes de una investigación efectuada por Conwy y Broders, quienes hicieron un estudio de la pared vesical, en la periferia de la zona reseca en 22 sobre 400 piezas operatorias, las únicas sobre dicho total, en que existía por lo menos 1 cm. de vejiga bordeando el tumor, aparentemente sana, destacando que tratándose de piezas operatorias, la vejiga se retrae enormemente al extirparla. Estudiaron además 18 tumores extraídos de autopsia. Demuestran los autores en las piezas estudiadas, que en un elevado porcentaje de casos existe una infiltración submucosa del tumor, que llega hasta el sitio de la sección, haciendo, en consecuencia, ilusoria en estos casos las pretensiones de cura radical. En efecto, en el 20 % de los cánceres grado I existía esta infiltración submucosa, la que se observaba también en el 40 % de los cánceres grados 2, en el 71 % de los cánceres grado 3 y en el 36 % de los cánceres grado 4, cifras elocuentes si tenemos en cuenta que este estudio ha sido hecho con las piezas operatorias en que la extirpación ha sido más amplia. Cabe destacar además, como lo establecen estos autores, la existencia en el caso del epiteloma pavimentoso, de otro tumor microscópico, alejado del tumor primitivo, hecho observado por Judd en 1926, tratándose de verdaderos depósitos de células neoplásicas, que Broders denomina carcinoma in situ y que demuestra su existencia en tres de las 22 piezas operatorias (14 %) y en 6 de las 18 de autopsia (33 %), las que se observan en las vejigas retraídas, a una distancia del borde del tumor primitivo, que variaba entre 1 y 5 cms.

Es en base a los fracasos de las mencionadas terapéuticas conservadoras y por las razones que acabamos de citar, que nos hemos decidido finalmente por efectuar la prostato-cistectomía total en el cáncer infiltrante de la vejiga y si bien es cierto que en las primeras observaciones nos decidimos por esta terapéutica en los casos más graves, vale decir en aquellos que considerábamos inoperables para las técnicas conservadoras, lo que justifica que los primeros resultados nos fueran muy brillantes, en la actualidad, en que hemos adquirido un concepto más claro en lo que se refiere a la orientación terapéutica

de estos tumores, podemos presentar algún éxito operatorio inmediato que nos hace entrever la posibilidad de su curación definitiva.

Los argumentos que se han dado para explicar los fracasos de la cistectomía parcial, vale decir, tumor de preferencia trigonal, infiltración submucosa del tumor y carcinoma in situ, justifican la prostato-cistectomía total como operación de elección en estos casos, ya que al extirpar totalmente la vejiga y la próstata, tenemos la seguridad de una extirpación radical del tumor y si tenemos en cuenta que habitualmente no existen adenopatías metastáticas, al menos en los cánceres pocos evolucionados, como se demuestra en el acto operatorio, es posible tener la pretensión de conseguir la curación en algunos casos, de un tumor de tan alto grado de malignidad.

No pretendemos extraer conclusiones definitivas de nuestra experiencia con la cistectomía total, por ser muy breve y muy reducida, pero el hecho de discutirse en estas jornadas este tema, nos induce a presentar las observaciones operadas y hacer algunas consideraciones a propósito de las mismas.

Hemos operado hasta la fecha 11 enfermos con miras a efectuarle una cistectomía total, la que llevamos realizadas en 8 de ellos. A estos 11 enfermos le efectuamos como primer tiempo una derivación de orinas, la que practicamos haciendo una implantación del ureter al intestino en 10 de ellos y a la piel en uno.

La implantación del ureter al intestino la realizamos en todos los casos con la técnica extraperitoneal en la forma descrita por Priestly y Strom, haciendo la implantación a la manera de Coffey I, y realizándola en un tiempo en 9 casos y en dos tiempos en uno. De estos 10 enfermos hemos tenido una muerte post-operatoria inmediata a un enfermo no le llegamos a efectuar la extirpación de su vejiga pues su estado general no se mejoró, como esperábamos, con la derivación de orina, por lo que no consideramos prudente llegar a la operación radical, y finalmente el tercer enfermo, que es reciente, debe ser reoperado en estos días.

En dos de nuestros operados la anastomosis fracasó, por lo que tuvimos que reoperarlos y llegar a efectuar una ureterostomía cutánea, pero en ninguno de ellos se produjo una fístula intestinal. Estos dos enfermos presentaban antes de la intervención una dilatación ureteral, causa a la que atribuimos los fracasos de la anastomosis. Es en razón a estos fracasos, que en la actualidad consideramos conveniente no efectuar la anastomosis intestinal en los casos de ectasia ureteral marcada y hacer en tal caso una ureterostomía cutánea.

Todos nuestros enfermos han tolerado muy bien la implantación ureteral al intestino, no habiendo observado más que en algún caso una rectitis moderada post-operatoria que cedió rápidamente con sulfosuxidina y enemas de tanino. La evacuación intestinal se hace en todos los enfermos con intervalos

que se acercan a las micciones normales. Finalmente queremos destacar que hemos visto mejorar la ectasia del árbol urinario superior y aun llegar a una buena conformación de la vía excretora del riñón en un caso de bloqueo por invasión tumoral del meato ureteral correspondiente.

Hemos efectuado la prostato-cistectomía total en 8 enfermos, sin mortalidad operatoria. De ellos han fallecido tres; 2 al año de la intervención y uno al año y medio, dos de ellos por recidiva local del tumor y el tercero sin precisar la causa de su muerte, pero es necesario destacar que estos tres enfermos los consideramos inoperables para las técnicas conservadoras. Ellos beneficiaron sin embargo de la derivación de orina que calmó todos sus fenómenos dolorosos, con la aparente curación de la enfermedad. De los 5 restantes, tres viven bien un año y medio después de la intervención y los otros dos que también están bien, son recientemente operados, uno hacen tres meses y el otro hacen 20 días.

De los 8 operados, 7 lo han sido por la vía abdominal y uno por la vía abdomino-perineal, habiendo podido apreciar en este último caso las grandes ventajas de la vía combinada.

Relatamos a continuación las historias clínicas resumidas de los enfermos cistectomizados.

*Observación N° 1.* — H. C. 2.900. Juan M., 48 años, casado, argentino, albañil. Ingresa a nuestro Servicio de Urología del Hospital "Dr. Marcelino Freyre el 4 de octubre de 1943.

A. P.: Sin importancia.

E. A.: Evolución de 5 años con hematurias periódicas de tipo terminal, con coágulos y desde hace un año pollaquiuria acentuada y dolor miccional.

E. A.: Examen clínico general negativo. Tensión arterial: Mx. 11.8, y Mn. 7,5 cms.

*Aparato génito-urinario:* Riñones no se palpan. No hay puntos reno-ureterales dolorosos.

Uretra: Permeable. Próstata, normal. Genitales externos: sin particularidades.

*Vejiga:* Capacidad de 200 c.c. Cistoscopia: Ocupando el trigono en su mitad izquierda hay una tumoración sesil, que se calcula del tamaño de una nuez, con base amplia de implantación, abollonada, que engloba el meato ureteral izquierdo. El meato derecho de aspecto normal.

*Exploración radiográfica:* Urograma por excreción. Lado derecho: Buena conformación y buena eliminación del líquido de contraste. *Cistografía:* Imagen de falta de relleno correspondiente a la hemivejiga izquierda.

*Comentarios:* Con el diagnóstico clínico de cáncer de vejiga con infiltración de la pared y además con el informe histopatológico de una biopsia que le habían efectuado al enfermo antes de su ingreso, resolvimos efectuarle la cistectomía total, proponiéndonos efectuar una implantación del uréter derecho al intestino, para hacer en un segundo tiempo la cistectomía total y la implantación del uréter izquierdo bloqueado por el tumor a la piel y luego si las condiciones eran favorables la nefrectomía de ese lado.

*1ª Operación:* 14-X-943. — Anestesia raquídea con 0.12 grs. de novocaína. Incisión iliaca oblicua del lado derecho con sección de los planos musculares correspondientes (oblicuo mayor, menor y transverso). Al través de un ojal en el peritoneo se explora la vejiga, palpándose la tumoración que es del volumen de una mandarina; no hay ganglios ilíacos y el hígado

es de aspecto normal. Sutura de la brecha peritoneal. Se decola ampliamente el peritoneo, se hace un nuevo ojal en el mismo y se exterioriza el colon pélvico en su extremo inferior fijándolo con puntos separados al peritoneo. Uréter de aspecto normal; se lo disecciona y secciona en su extremo más inferior. Anastomosis urétero-intestinal a la manera de Coffey I. haciéndose la implantación sobre una bandeleta del colon en una extensión de 4 cms. con sutura de puntos separados de catgut simple en dos planos, el segundo sero-seroso. Un punto fija el intestino a la aponeurosis del psoas. Sulfamida local. Un guante de drenaje. Sutura de los músculos en dos planos con catgut crómico. Lino a la piel. Sonda rectal a permanencia.

P. O.: Muy bueno, con silencio abdominal absoluto. A las pocas horas de la intervención la sonda rectal da orina, recogiendo en las primeras 24 horas 1.200 c.c. de orina. Temperatura los primeros días, desaparece al evacuarse una pequeña colección de la herida. A los 8 días se retira la sonda rectal y el enfermo inicia la evacuación normal del intestino que realiza más o menos cada tres horas de día y un par de veces en la noche.

2ª Operación: 4-XI-43. — Anestesia con pentothal sódico. Incisión mediana suprapubiana y sección de la aponeurosis de los rectos. Se libera la vejiga, y se decola ampliamente el peritoneo. Sección de los pedículos laterales, de los deferentes y del uréter izquierdo. Liberación de la próstata y sección de la uretra a nivel del pico de la próstata. Se hace en definitiva una próstato-cistectomía total. Se libera el uréter izquierdo, que está dilatado y se lo exterioriza al través de una pequeña incisión cutánea, con separación de los planos musculares en fosa iliaca izquierda, fijándolo a la piel y dejando en su interior una sonda Nelaton de drenaje. Sulfamida local, un guante de drenaje. Sutura de la aponeurosis con puntos separados de catgut crómico. Lino a la piel.

P. O.: Transfusión de sangre y suero inmediato al acto quirúrgico. El enfermo mejora, pero a los 20 días de la intervención bruscamente el paciente refiere un dolor intenso en fosa iliaca izquierda, vómitos, detención de gases, meteorismo, etc. Con el diagnóstico de oclusión intestinal se reopera al enfermo.

3ª Operación: 26-XI-43. — Anestesia con pentothal sódico. Laparotomía paramediana interna izquierda. Se demuestra que al través de un hiatus que existe en el peritoneo parietal, cuyo borde interno está constituido por el uréter exteriorizado a la piel, se ha extrangulado una ansa del intestino delgado de unos 40 cms. de longitud, sin producir todavía lesión necrosante de la pared. Se extrae el ansa con facilidad y se sutura el hiatus. Sutura de la pared por planos.

P. O.: Sin particularidades. Se decide la nefrectomía izquierda.

4ª Operación: 9-XII-43. — Anestesia con pentothal sódico. Lumbotomía anatómica del lado izquierdo. Riñón grande, friable, con cavidades dilatadas. Nefrectomía. Un guante de drenaje. Cierre habitual.

P. O.: Normal. 10-I-44. — El enfermo es dado de alta en observación.

Continuamos la observación de este enfermo en consultorio externo, quien continuó con su buena tolerancia para la derivación intestinal de su orina. Sin embargo aparecen más tarde síntomas de recidiva local demostrándose un tumor que infiltra el recto y que determina una rápida desmejoría del estado general del paciente, quien fallece en caquexia al año de la intervención.

*Examen de la pieza operatoria:* Pieza de próstato-cistectomía total. Ocupando el trigono y cara lateral y englobando el meato ureteral izquierdo, estando respetado el derecho hay un tumor sólido que infiltra toda la pared vesical, en superficie y en profundidad y que se calcula del tamaño de una mandarina; su superficie está parcialmente ulcerada.

Examen histopatológico efectuado por el Prof. doctor T. Ocaña; Epitelioma pavimentoso típico de grado III.

*Observación N° 2:* H. C. 4225. — Gualterio Sch., 57 años, suizo, casado. Ingres a nuestro Servicio de Urología del Hospital "Dr. Marcelino Freyre" el 28 de julio de 1944.

A. P.: Sin importancia.

E. A.: Desde hace dos años hematuria terminal, intermitente, espontánea. Desde hace un año polaquiuria y ardor miccional.

E. A.: El examen general es negativo, salvo la existencia de una endoarteritis bilateral de ambas piernas, con oscilaciones muy disminuidas. Tensión arterial: Mx. 16; Mn. 8 cms.

*Aparato génito-urinario* Riñones no se palpan. No hay puntos dolorosos. Uretra: permeable. Próstata: normal. Por encima de la próstata y correspondiendo a la cara posterior

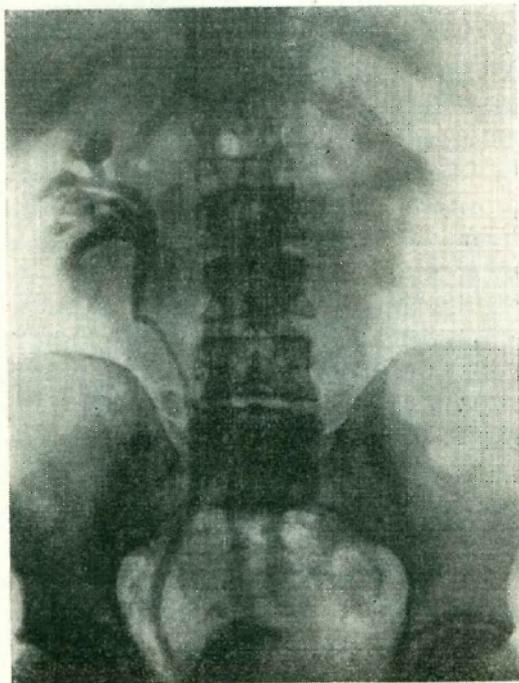


Figura 1

Urograma por excreción correspondiente a la observación N° 2.

de la vejiga, se palpa una masa poco consistente. *Vejiga:* Medio turbio hemático, con pequeñas franjas papilomatosas, que hacen de sopapa al pretender lavar el reservorio. Se intenta una cistoscopia, que resulta imposible por la turbidez del medio.

*Exploración radiográfica:* Urograma por excreción: del lado izquierdo, ureteropiel ectasia moderada. Del lado derecho no se observa eliminación del líquido de contraste. Cistograma: Imagen de falta de relleno de la hemivejiga derecha.

*Comentarios:* El bloqueo del riñón izquierdo y el estasis del derecho nos llevan al diagnóstico de un proceso infiltrativo de las paredes vesicales por un epiteloma papilar. Se decide una cistostomía exploratoria.

*1ª Operación:* 10-VIII-44. — Anestesia con pentothal sódico. Incisión mediana suprapubiana. Cistostomía amplia. Se constata que en el triángulo y las caras laterales están ocupadas

por una serie de tumores sesiles, de aspecto papilar, que parecen infiltrar poco la pared vesical y que sangran abundantemente. Se extraen varios trozos de las mismas para biopsia. Sonda de Pezzer. Cierre habitual.

Informe histopatológico (Dr. Ocaña):

a) Tumor de cara anterior: Epitelioma papilar.

b) Tumor de cara lateral: Papiloma en proceso de cancerificación.

2ª Operación: 25-VIII-44. — Anestesia con pentothal sódico. Se amplía la brecha operatoria y se efectúa una electrocoagulación en masa de los tumores vesicales.

P. O.: Mejorada la vejiga se coloca sonda uretral a permanencia y se provoca el cierre de la fístula hipogástrica. Las cistoscopias posteriores de control revelan una recidiva del tumor que se extiende nuevamente en trigono y cara lateral de la vejiga, por cuyo motivo se decide una operación radical.

3ª Operación: 18-I-45. — Anestesia con pentothal sódico. Insición iliaca oblicua del lado derecho. Con la técnica habitual y previa exploración de la cavidad abdominal al través de un ojal en el peritoneo, se exterioriza el colon pélvico por un ojal peritoneal, al que se lo fija y efectúa la anastomosis del uréter, seccionado bien bajo, a la manera de Coffey I. El uréter está dilatado y es de paredes delgadas. Un guante de drenaje. Sulfamida local. Cierre habitual.

P. O.: Al tercer día, habiendo funcionado la anastomosis hasta entonces bien, la herida empieza a drenar abundante cantidad de orina. Se coloca un tubo con el objeto de que el enfermo no se moje. Por este motivo no se decide la implantación del uréter en el intestino izquierdo y en cambio se resuelve efectuar la cistectomía con la implantación de dicho uréter a la piel.

4ª Operación: 8-III-45. — Anestesia con pentothal sódica. Incisión mediana suprapubiana. Con la técnica habitual se efectúa la prostato-cistectomía total. Al través de un pequeño ojal próximo a la espina iliaca ántero-superior del lado izquierdo y por transficción se exterioriza el uréter izquierdo. Drenaje. Sulfamida local. Cierre con puntos separados con cagut crómico. Lino a la piel.

P. O.: Sin particularidades. Se resuelve exteriorizar el uréter derecho.

5ª Operación: 22-III-45. — Anestesia con pentothal sódico. Se reseca el trayecto fistuloso que corresponde al uréter del lado derecho y llegado al mismo se lo libera y aunque con dificultad se lo exterioriza, colocando en su interior una sonda de Nelaton para drenaje.

P. O.: Una vez mejorado de todas sus heridas el enfermo es dado de alta continuando su observación en consultorio externo. Los trastornos determinados por su endoarteritis de los miembros inferiores aumentan, lo que dificulta en mucho la movilización del enfermo, que por ser de la campaña tiene dificultades para concurrir al consultorio. No hemos establecido nunca la existencia de una recidiva del tumor y tenemos finalmente conocimiento de que fallece al año de la intervención, sin haber podido establecer la causa de su muerte.

Observación N° 3: H. C. . . . — Jacobo R., 45 años, argentino, casado. Ingresó al Servicio de Clínica Génito Urinarias del Hospital Centenario interinamente a nuestro cargo (15-III-945).

A. P.: Sin importancia.

E. A.: Presenta desde hace 10 meses ardor al final de la micción, polaquiuria diurna y nocturna, síntomas que se acentúan en forma progresiva y se acompañan de intenso tenesmo. En el momento actual el enfermo debe repetir sus micciones cada 5 ó 10 minutos, tanto de día como de noche y ella es particularmente dolorosa al final de la micción en que el enfermo acentúa su tenesmo. Ha bajado 20 kilos de peso.

E. A.: Enfermo de aspecto sufriente, en deficiente estado general. Tensión arterial: Mx. 15; Mn. 9 cms. El examen general es negativo.

*Aparato génito-urinario:* Riñones no se palpan. No hay puntos reno-ureterales dolorosos. Uretra: permeable. Próstata: normal. Por encima de la misma se aprecia una zona indurada y muy sensible que corresponde evidentemente a la vejiga. La mucosa rectal desliza bien sobre ella.

*Vejiga:* Muy dolorosa a la distensión. Capacidad 100 c.c. Cistoscopia: se constata un tumor vegetante, de implantación sesil, localizada en la hemi-vejiga derecha y el trigono, que oculta ambos meatos ureterales. Edema peritumoral que toma parte del cuello vesical.

*Exploración radiográfica:* Urograma por excreción: Lado derecho no se observa eliminación

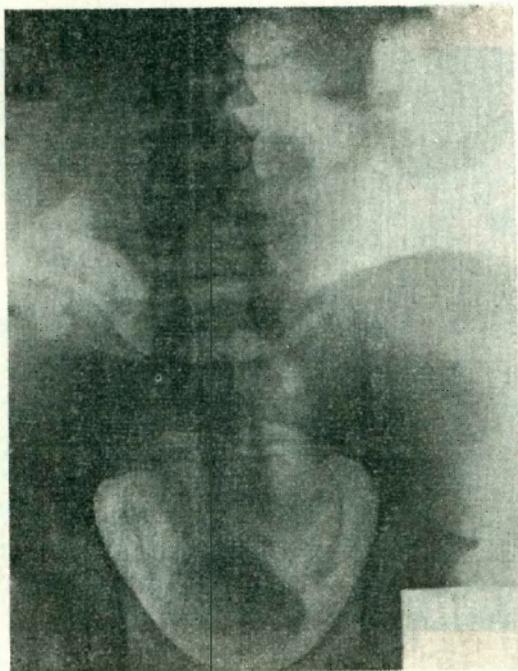


Figura 2

Urograma por excreción correspondiente a la observación N° 3. Del lado derecho no se observa eliminación del líquido de contraste. Del lado izquierdo pielograma de conformación normal: ectasia del extremo inferior del uréter. Falta de relleno correspondiente a la hemi-vejiga derecha.

del líquido de contraste. Lado izquierdo: se esbozan las cavidades con su morfología conservada. Se visualiza el extremo inferior del uréter en ectasia. Cistografía: Imagen de falta de relleno en cara lateral derecha de vejiga.

*Comentarios:* A pesar de las malas condiciones generales del paciente y con el objeto, al menos, de aliviarlo de su tenesmo vesical intolerable se decide la derivación intestinal de sus orinas, para efectuar, si las condiciones lo permiten, la cistectomía total. Lavajes intestinales y sulfosuxidina previo a la intervención.

*1ª Operación:* 10-IV-46. — Anestesia con pentothal sódico. Incisión inguino-abdominal

del lado derecho. Sección de la aponeurosis del oblicuo mayor, del oblicuo menor y del transverso. Se decola ampliamente el peritoneo y en la parte más posterior se hace un ojal al través del cual se exterioriza el colon íleo-pélvico en su porción más distal. Se lo fija con 6 puntos en corona a la brecha peritoneal. Se investiga el uréter que está discretamente dilatado y se lo secciona en su porción más inferior. Se efectúa la implantación del uréter al intestino con la técnica de Coffey I y en la forma aconsejada por Priestly y Strom, aprovechando de una bandeleta intestinal. Toda la sutura con catgut simple, puntos separados, en dos planos. Sulfamida local. Un guante de drenaje. Sutura de la pared muscular en dos planos con catgut crómico. Lino a la piel. Se hace otra incisión semejante del lado izquierdo y se procede a efectuar la



Figura 3

Fotografía de la pieza operatoria correspondiente a la observación N° 3.

anastomosis con la misma técnica. La anastomosis se hace en el colon íleo-pélvico por encima de la anterior. Cierre de la pared en la misma forma. Sonda rectal a permanencia.

P. O.: Anuria en las primeras 24 horas, después de lo cual la sonda rectal inicia la eliminación de abundante cantidad de orina. Se retira la sonda rectal a los 8 días y desde entonces el enfermo evacua su intestino con intervalos de 3 a 6 horas.

2ª Operación: 11-V-46. Anestesia con pentothal sódico. Incisión mediana suprapubiana. Con la técnica habitual se efectúa la prostato-cistectomía total. Drenaje, sulfamida local. Cierre habitual.

Examen de la pieza operatoria: Abierta la vejiga se constata la existencia de una tumoración de carácter evidentemente infiltrativo, de superficie irregular, ulcerada, que hace poco relieve en la superficie de la vejiga y que abarca el trigono, que está tomado en su hemicircunferencia derecha y además la cara lateral de la vejiga.

El estudio histopatológico que debemos a la gentileza del profesor doctor J. M. Cid dice: "El tejido tumoral se presenta en lóbulos epiteliales de forma y tamaño variables. El estroma interpuesto es escaso, congestivo y con marcada reacción inflamatoria. Los lóbulos epiteliales están constituidos por epitelio pavimentoso que muestra distinto grado de maduración. En los lóbulos más diferenciados la parte central es de grandes células poliédricas o esféricas, de citoplasma acidófilo, homogéneo y denso. En otros puntos las células son laminares y se disponen en forma concéntrica. Son evidentemente unos y otros, elementos queratinizados, cuyos núcleos



Figura 4  
Urograma por excreción correspondiente a la observación N° 3, obtenido después de la operación. Se visualizan ambas cavidades renales con su conformación normal.

exhiben alteraciones regresivas. *Diagnóstico:* Epitelioma pavimentoso con evolución córnea (Paraquiratósoca).

*Evolución:* El post-operatorio inmediato y alejado ha sido muy bueno. El enfermo es dado de alta con una mejoría notable del estado general, evacuando regularmente su intestino cada tres o cuatro horas en el día y una vez por la noche.

16-VII-46. — El enfermo se encuentra muy bien, no demostrando el examen del mismo ninguna alteración digna de mencionarse. Se efectúa un urograma por excreción de control.

*Urograma por excreción:* Se visualizan ambas cavidades renales con buena conformación y buena densidad radiográfica. El contraste con el urograma previo a la intervención es evidente, pues mientras que en el primero no se observa eliminación del riñón derecho y se demuestra

una ectasia en el uréter izquierdo, en el urograma obtenido después de la intervención se observa una eliminación de ambos riñones, sin ectasia de la vía excretora.

22-IX-947. — El enfermo ingresa a nuestro Servicio del Hospital "Dr. Marcelino Freyre" porque desde hace 15 días presenta algunas molestias en el hipogastrio y dolor en fosa ilíaca derecha con irradiación a la pierna. Al examen del enfermo se constata la existencia de una tumoración en el hipogastrio, que impresiona como renitente y que se extiende hacia la derecha, que es fija y dolorosa. Con fines dagnóstico se efectúa una exploración operatoria, constatándose en la misma que se trata de una recidiva del tumor como se confirma posteriormente con el estudio histopatológico de un trozo obtenido para biopsia.

El enfermo desmejora rápidamente en su estado general y en estas condiciones es dado de alta con fecha 2 de noviembre de 1947. Tenemos conocimiento de que el enfermo fallece en su domicilio un mes después.

*Observación N° 4:* H. C. 1690. — Juan A. P., 48 años, argentino, casado. Ingresa al Servicio de Clínica Génito-Urinarías del Hospital Nacional del Centenario interinamente a nuestro cargo el 23 de marzo de 1946.

A. P.: Sin importancia.

E. A.: Antecedentes desde hace un año y medio de hematurias con coágulos a repetición, habiéndosele efectuado una electrocoagulación endoscópica con el diagnóstico de tumor vesical, a pesar de lo cual sus hematurias se repiten, por cuyo motivo ingresa al Servicio.

E. A.: El examen general no revela nada de particular. Tensión arterial: Mx. 130 mm.; Mn. 80 mm.

Apaparato génito-urinario: Riñones no se palpan; no hay puntos renoureterales dolorosos.

Uretra: permeable. Próstata: sin particularidades. Vejiga: capacidad algo disminuída; dolorosa a la distensión. La palpación bimanual no demuestra infiltración de su pared.

*Cistoscopia:* En cara lateral derecha por arriba del meato ureteral se observa una tumoración que se extiende hacia arriba y adelante, de superficie irregular, sesil, en partes con superficie necrótica, notándose infiltración en los contornos. Meatos ureterales libres, que eyaculan normalmente.

*Exploración radiográfica:* Radiografía directa negativa. Urograma por excreción: Buena eliminación y buena conformación de la vía excretoria renal de ambos lados. Cistograma con imagen de falta de relleno correspondiente a la hemivejiga derecha.

*Biopsia endoscópica:* 17-IV-46. — Epitelioma infiltrante con escasa tendencia a la formación de estructura glanduliforme. (Prof. Dr. Cid.)

*1ª Operación:* 11-V-46. — Anestesia con pentothal sódico. Se efectúa la implantación de los uréteres al intestino con la técnica preconizada por Priestly y Strom, al través de dos incisiones oblicuas inguino-abdominales en forma extraperitoneal, a la manera de Coffey I, haciendo la implantación en el colon íleo-pélvico, primero del lado derecho y luego del izquierdo un poco más alto. Todas las suturas con catgut simple, puntos separados. Cierre de la pared por plano con catgut crómico, de la piel con lino previo drenaje.

P. O.: Normal.

*2ª Operación:* 22-VI-46. — Anestesia con pentothal sódico. Incisión mediana infraumbilical. Cistectomía con la técnica habitual. Drenaje. Cierre por planos.

P. O.: Inmediato muy bueno, es dado de alta en observación. Hemos continuado la observación de este enfermo hasta la fecha, sin que hasta ahora presentara ninguna anomalía digna de mención. El paciente que tiene un cargo de jerarquía técnica en la Universidad, se ha reintegrado totalmente a sus tareas, no habiendo disminuído en su capacidad de trabajo. La

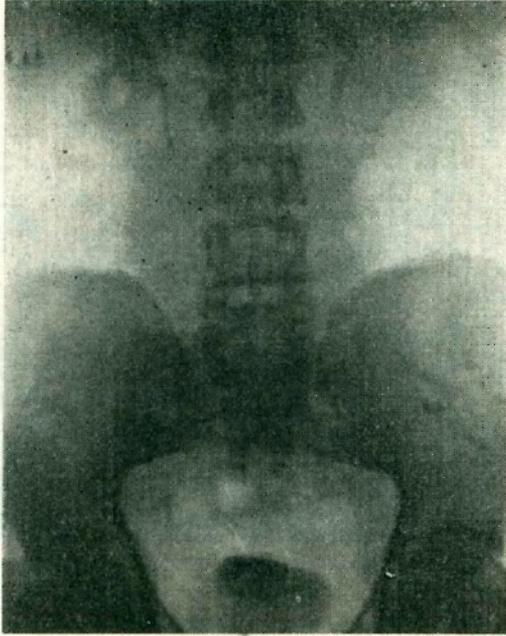


Figura 5

Urograma por excreción correspondiente a la observación N° 4. Pielograma de aspecto normal de ambos lados. Cistograma con imagen de falta de relleno del lado derecho.



Figura 6

Pieza operatoria correspondiente a la observación N° 4.

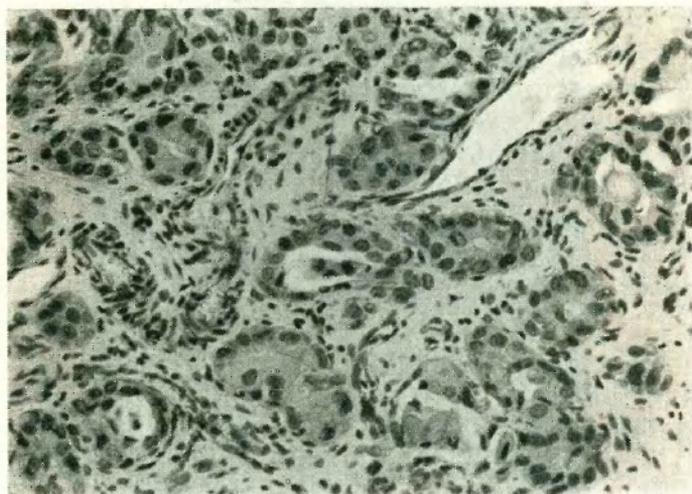


Figura 7

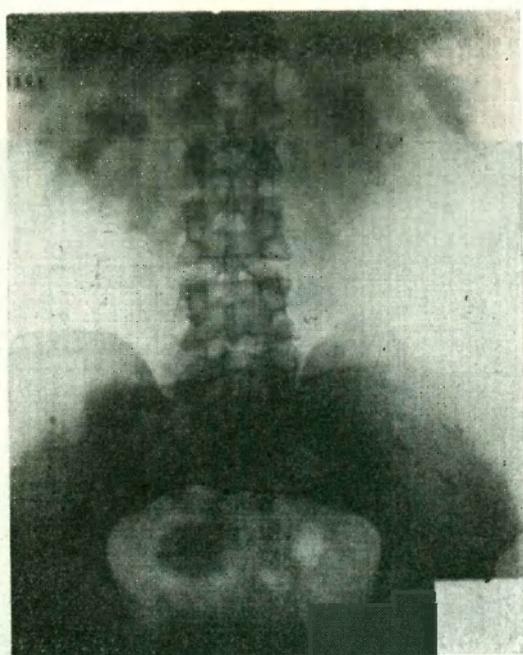


Figura 8

Urograma por excreción correspondiente a la observación Nº 4, obtenido después de la intervención. Disiecta ectasia bilateral.

tolerancia de su intestino es muy buena, ya que tiene evacuaciones cada tres o cuatro horas en el día y habitualmente ninguna vez en la noche y hecho que debemos destacar es que el enfermo manifiesta haber regularizado su función sexual, que realiza sin inconvenientes.

Con fecha 7-IX-46. — Le realizamos un urograma por excreción que pone de manifiesto una discreta ectasia pielo-ureteral.

*Examen de la pieza operatoria:* Examinada la vejiga llama la atención que el tumor se hubiera reducido tanto de tamaño. Efectivamente se observa que el mismo tiene el diámetro de una moneda de 10 centavos, infiltra la pared vesical en los límites de la tumoración, constatándose que el resto de la vejiga es de aspecto normal.

El estudio histo-patológico que debemos a la gentileza del profesor doctor J. M. Cid, dice: "En los cortes practicados no se observa revestimiento vesical normal. La pared está constituida por tejido conjuntivo-vascular y muscular infiltrados por elementos neoplásicos que tienen marcada tendencia a esbozar estructura cavitaria glanduliforme. En las partes de infiltración más profunda, en contacto con el músculo, esta estructura glanduliforme se pierde, observándose solamente cordones celulares indiferenciados. En la región superficial en que predominan las estructuras cavitarias se observan algunos alveolos neoplásicos con doble o triple hilera de células. Finalmente se ven también acinos sólidos, aunque en menor cantidad. *Diagnóstico:* Epitelioma vesical, en parte indiferenciado y en parte glanduliforme (Adeno carcinoma)".

*Observación Nº 5:* H. C. . . . — Gil G., 63 años, argentino, soltero. Ingresa al Servicio de Clínica Génito-Urinarias del Hospital Nacional del Centenario, interinamente a nuestro cargo el 5 de julio de 1946.

A. P.: Sin importancia.

E. A.: Hacen tres años, crisis de retención aguda que se repite hace un mes. Hematuria terminal a repetición, polaquiuria y ardor miccional.

E. A.: El examen general no revela nada de particular. Tensión arterial: Mx. 170 mm.; Mn. 100 mm.

*Aparato génito-urinario:* Riñones: no se palpan. No hay puntos reno-ureterales dolorosos. Uretra: permeable. Próstata: algo aumentada de tamaño. Vejiga: capacidad 70 c.c. Sangra con facilidad. A la palpación bimanual no se observa infiltración de la pared.

*Cistoscopia:* Ocupando la hemivejiga izquierda se constata un tumor mamelonado, que cubre parcialmente el trigono, de implantación sesil, no visualizándose los orificios ureterales.

*Exploración radiográfica:* Radiografía directa, negativa. Urograma por excreción: lado derecho, buena eliminación y buena conformación pielo-ureteral. Del lado izquierdo no se observó eliminación del líquido de contraste.

*Cistografía:* Imagen de falta de relleno correspondiente a la hemivejiga izquierda.

*Biopsia endoscópica:* 1-VIII-46. — Estudio histopatológico efectuado por el profesor doctor Cid: *Papiloma.*

*Comentarios:* Dado el informe de la biopsia y a pesar de que clínicamente se ha hecho diagnóstico de epitelioma infiltrante se decide una exploración operatoria de la vejiga.

*1ª Operación:* 20-VIII-46. — Doctor Dotta con la ayuda del doctor Iturralde. Anestesia raquídea. Con la técnica habitual se efectúa una cistostomía hipogástrica, demostrándose en la vejiga la presencia de un tumor que ocupa la pared lateral, sesil y que infiltra la pared en la zona de su implantación, que llega hasta el trigono, englobando el meato ureteral izquierdo. No considerándose posible una operación conservadora, se extrae un trozo para biopsia. Sonda de Pezzer. Cierre habitual.

*2ª Operación:* 17-IX-46. — Anestesia con pentothal sódico. Se efectúa la implantación de los uréteres al intestino con la misma técnica de las operaciones anteriores, al través de dos

incisiones oblicuas inguino-abdominales, haciéndose la implantación al colon ileo-pélvico en forma extraperitoneal a la manera de Coffey I. Del lado derecho uréter de aspecto normal, pero del lado izquierdo uréter distendido, con orina a tensión en su interior. Todas las suturas con catgut simple, puntos separados. Drenaje. Cierre por plano con catgut crómico y lino a la piel.

P. O.: Muy bueno. La diuresis se instala a las 12 horas de la operación. Muy buena tolerancia rectal.

3ª Operación: 18-X-46. — Anestesia con pentothal sódico.

Incisión mediana suprapubiana, englobando en la misma la fístula hipogástrica. Pros-

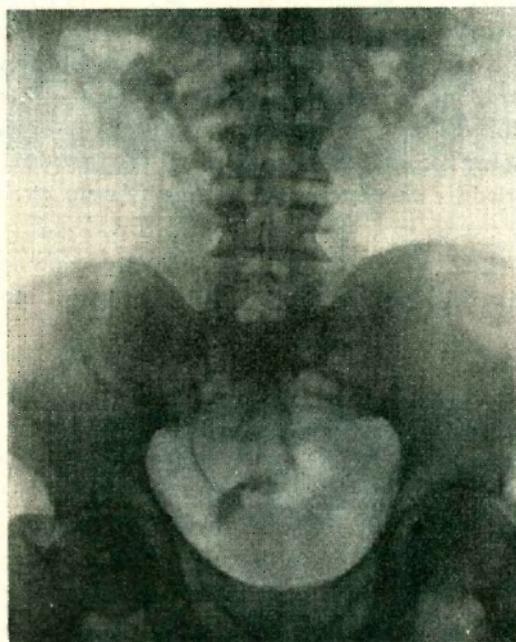


Figura 9

Urograma por excreción correspondiente a la observación Nº 5. Del lado izquierdo no se observa eliminación del líquido de contraste. Pielograma del lado derecho bien conformado. Cistograma con imagen de falta de relleno del lado izquierdo.

tato-cistectomía total con extirpación de las vesículas seminales, seccionándose la uretra a nivel del pico de la próstata. Drenaje. Sulfamida local. Catgut crómico a la aponeurosis; lino a la piel.

P. O.: Bueno. Buena cicatriz operatoria. La tolerancia rectal sigue siendo muy buena, evacuando su intestino cada 3 ó 4 horas de día y una vez en la noche. El enfermo es dado de alta al mes de la intervención en muy buenas condiciones generales. No hay signos de recidiva local.

Examen histo-patológico: Efectuado por el Prof. Dr. J. M. Cid.

A. *Biopsia endoscópica*: Pequeño fragmento de 1 mm. con arquitectura de papiloma, en cierto modo con tendencia a ser veloso. El epitelio de revestimiento, como es habitual, se presenta estratificado, con notable uniformidad del tamaño celular, y en las cuales se observan algunas mitosis del tipo normal. El estroma está netamente delimitado y muestra moderada reacción inflamatoria. Otro fragmento revela tejido de granulación inespecífico, con marcado edema y exudación celular. *Diagnóstico*: Papiloma.

B. *Biopsia operatoria directa*: Fragmento de poco más de 1 cm. de diámetro en el que

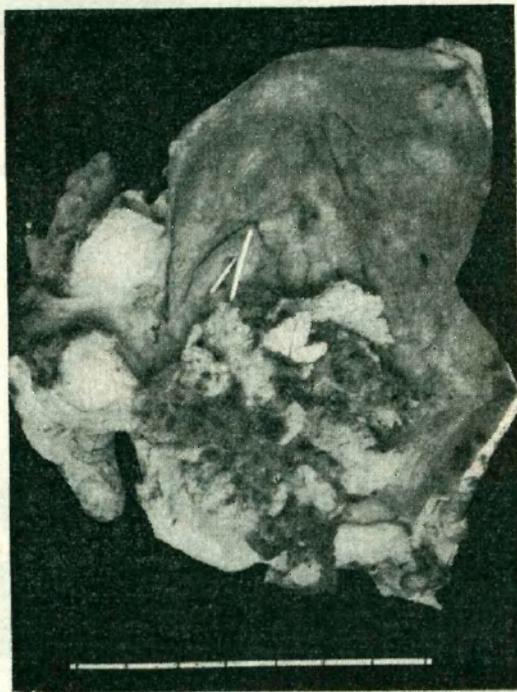


Figura 10

se observa en proporciones parejas un estroma denso y formaciones epiteliales en que se reconoce tendencia a la formación papilar. Esta disposición papilar se pierde pronto, observándose en el corte numerosos alveolos sólidos epiteliales, del tipo paramalpighiano, que corresponden a secciones transversales de las bases de las papilas. El epitelio exhibe núcleos grandes y vesiculosos, pobres en cromatina y un indudable polimorfismo. El estroma interpuesto demuestra una intensa reacción inflamatoria, con marcada exudación de leucocitos eosinófilos, a los que se agregan también según los campos linfocitos y plasmocitos. *Diagnóstico*: Epitelioma infiltrativo con arquitectura papilar aun reconocible.



Figura 11

Observación Nº 5. Biopsia endoscópica: Vista de conjunto del material biopsico. Estructura papilar (aumento 100 D).

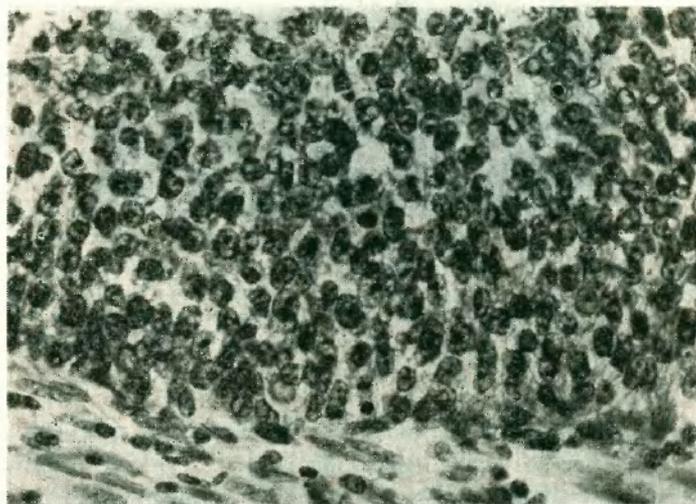


Figura 12

Observación Nº 5. Microfotografía de un trozo del tumor obtenido de la pieza operatoria. Gran aumento de la porción infiltrante, que revela polimorfismo nuclear, riqueza cromatinica y algunas carioquinesis. (Aumento 400 D).

C. *Pieza operatoria*: Comprende próstata, vesículas seminales y vejiga. Correspondiendo a la cara lateral izquierda de la vejiga y englobando parcialmente el trigono con el meato ureteral izquierdo, hay una tumoración de unos 8 cms. de diámetro, de superficie papilar y que infiltra francamente todos los planos de la vejiga. El estudio histopatológico de un trozo del tumor revela tratarse de un epiteloma infiltrativo con arquitectura papilar aun reconocible.

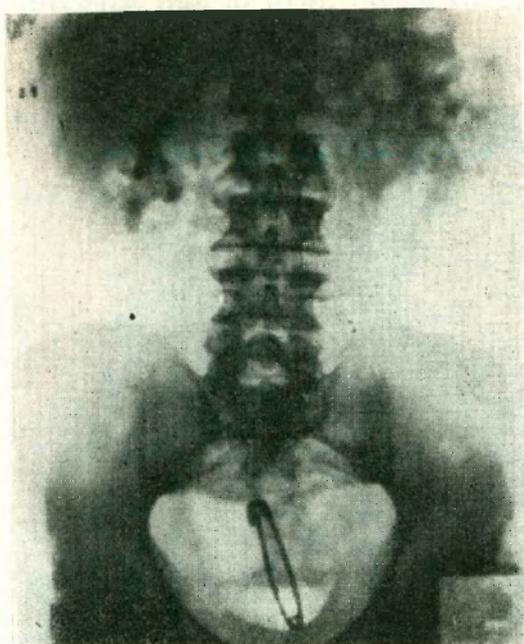


Figura 13

Urograma por excreción correspondiente a la observación N° 5, obtenido después de la intervención. Moderada ectasia pielo-calicial bilateral.

*Observación N° 6*: H. C. 727. — Luis G. de 42 años, español, casado, ingresa a nuestra Clínica Privada el 4 de abril de 1946.

A. P.: Sin importancia.

E. A.: Evolución de 3 semanas con polaquiuria intensa, ardor miccional, orinas turbias y hematóricas.

E. A.: El examen general no revela nada de particular. Tensión arterial Mx. 130 mm. y Mn. 80 mm.

*Aparato génito-urinario*: Riñones no se palpan. No hay puntos reno-ureterales dolorosos.

*Uretra*: permeable. *Próstata*: normal. *Vesículas seminales*: no se palpan. *Vejiga*: capacidad de 200 c.c. *Cistoscopia*: El medio se enturbia rápidamente por sangre. Es posible establecer sin embargo la existencia en la vejiga de varios tumores, de límites imprecisos y de superficie papilar.

*Exploración radiográfica:* Radiografía directa negativa. Urograma por excreción: marcada ectasia reno-ureteral bilateral. *Cistografía:* con imágenes de falta de relleno que abarcan casi la totalidad de su circunferencia.

Con el diagnóstico probable de un epitelioma papilar se decide una exploración directa de la vejiga.

*1ª Operación:* 17-IV-46. — Anestesia con pentothal sódico. Incisión suprapubiana. Se abre ampliamente la vejiga, constándose que la mayor parte de la superficie de la misma está cubierta por tumores de aspecto papilar, sesiles, en parte infiltrantes, que sangran con facili-

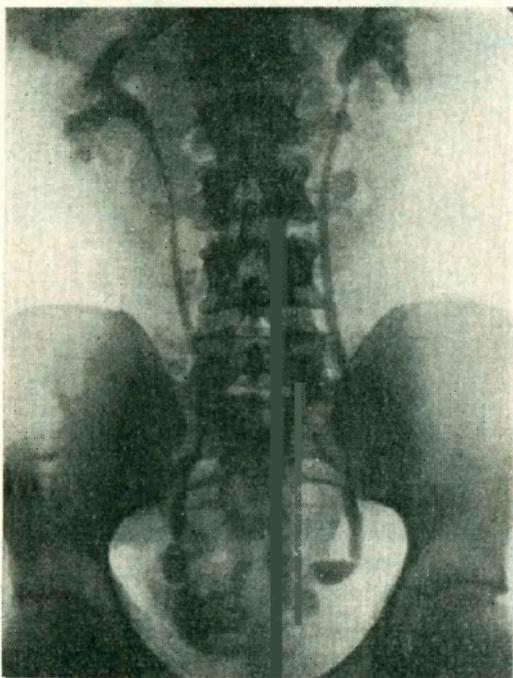


Figura 14

Urograma por excreción correspondiente a la observación Nº 6. Ectasia reno-ureteral bilateral. Cistograma con imagen de falta de relleno, que abarca gran parte de la vejiga.

dad. No considerándose posible una operación conservadora, se decide colocar una sonda de Pezzer como drenaje de la vejiga y efectuar el cierre de la pared.

P. O.: Sin particularidades. Se decide efectuar una operación radical previa implantación de los uréteres al intestino. Sulfosuxidina y lavaje intestinales previo a la intervención.

*2ª Operación:* 9-V-946. — Anestesia con penthotal sódico. Con la técnica seguida en las operaciones anteriores, de acuerdo a lo preconizado por Priestly y Strom se efectúa la implantación de los uréteres al colon ileo-pélvico, primero del lado derecho y luego del izquierdo. Anastomosis a la manera de Coffey I, haciendo la sutura del intestino en dos planos con puntos separados de catgut simple. Sulfamida local, un guante de drenaje y cierre habitual. Se comprueba en el acto operatorio discreta dilatación de ambos uréteres.

P. O.: Marcado meteorismo los tres primeros días. Recién al segundo día la sonda rectal empieza a eliminar orina, normalizándose la diuresis al tercer día. Después de entonces el postoperatorio se hace sin inconvenientes. A los 8 días se saca la sonda rectal y después de entonces el enfermo evacúa bien su intestino, cada dos o tres horas, intervalos que se van espaciando hasta tener evacuaciones intestinales cada 4 ó 5 horas y a veces una vez en la noche.

3ª Operación: 6-VI-946. — Anestesia con penthotal sódico. Incisión mediana suprapubiana con resección de la fístula vesical. Cistectomía total, sin resecar la próstata ni las vesículas

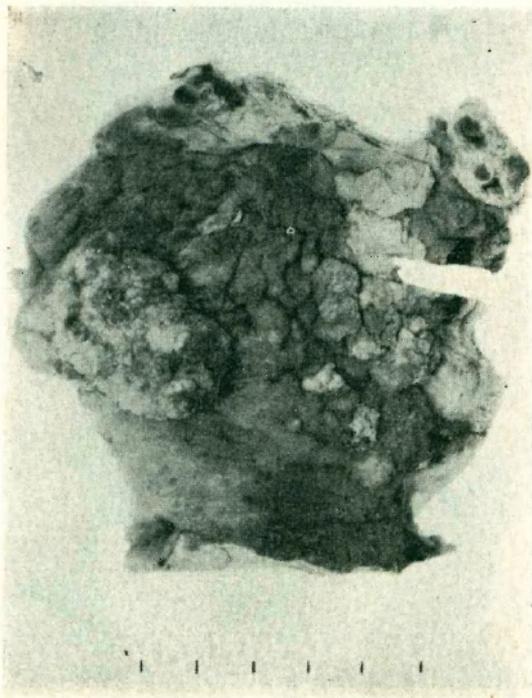


Figura 15

Pieza operatoria correspondiente a la observación N° 6.

seminales. Llama la atención al resecar la vejiga, el que los tumores se han reducido notablemente de tamaño. Drenaje. Cierre habitual.

P. O.: Sin particularidades. 25-VI-946. El enfermo es dado de alta curado.

15-XI-947. Hemos continuado la observación del enfermo hasta la fecha, quien ha continuado muy bien, sin ningún síntoma que indicara la posibilidad de una recidiva. Su tolerancia intestinal ha continuado siendo muy buena, no revelando tampoco síntomas de afección renal. El enfermo, que es capataz de una fábrica, se ha reintegrado a sus tareas habituales.

Un urograma por excreción efectuado a los dos meses de su última intervención revela una discreta ectasia reno-ureteral bilateral.

*Examen de la pieza operatoria:* Ocupando parcialmente la superficie vesical hay varios tumores sesiles, de superficie papilar, que infiltran en arte la pared vesical. El estudio histopatológico que debemos a la gentileza del Prof. Dr. Cid dice: "En un trozo tomado del borde

de una masa tumoral se demuestra el paso de la parte normal de revestimiento vesical a la tumoración. El epitelio que descansa sobre un corion inflamado se hace hiperplásico y se eleva, formando papilas simples o ramificadas. El epitelio gradualmente va adquiriendo caracteres atípicos muy marcados, esbozándose en el mismo la transformación malpighiana, sin llegar a la producción de sustancia córnea. Este aspecto papilar se conserva y acentúa hasta el límite del corte. Por su profundidad el tejido epitelial muestra un cierto grado de invasión. *Diagnóstico:* Epitelioma papilar con moderada tendencia infiltrante.



Figura 16

Urograma por excreción correspondiente a la observación N° 6, obtenido después de la intervención. Ectasia bilateral moderada.

*Observación N° 7:* H. C. 9063. — Pedro B. S. 46 años, argentino, casado, ingresa el 7-VII-947 al Servicio de Urología del Hospital Dr. Marcelino Freyre, a nuestro cargo.

A. P.: Sin importancia.

E. A.: Desde hace 5 años polaquiuria y ardor miccional moderados. Desde hace 5 meses estas molestias se intensifican y aparece además hematuria intermitente con coágulos y en los intervalos orinas turbias.

E. A.: El examen general no revela nada de particular. Tensión arterial Mx. 145 mm. y Mn. 90 mm.

*Aparato génito-urinario:* Se palpa el polo inferior del riñón derecho. No hay puntos reno-ureterales dolorosos.

*Uretra:* permeable. *Próstata:* aumentada de tamaño, deformada, de consistencia en partes disminuída, muy dolorosa. Por encima de la próstata, hacia la derecha, infiltración dura, independiente de la mucosa rectal, que corresponde evidentemente al tumor vesical.

*Cistoscopia:* Capacidad 150 c.c. bajo anestesia. En trígono hacia la derecha, haciendo cuerpo con el cuello vesical, se observa una tumoración cubierta de esfacelos, blanquecina, evidentemente seril. El medio se enturbia pronto, fracasando en nuestros intentos de obtener un trozo del tumor para biopsia.

*Exploración radiográfica:* Radiografía directa negativa. Urograma por excreción: uréteropielectasia bilateral, más marcada del lado derecho. Uretro-cist-radiografía: En uretra posterior gruesa cavidad, que corresponde evidentemente a un divertículo de la próstata. En vejiga, tomando el cuello, hacia la derecha, imagen de falta de relleno.



Figura 17

Urograma por excreción correspondiente a la observación N<sup>o</sup> 7. Marcada dilatación calicial del lado derecho; ectasia moderada del lado izquierdo.

Con el objeto de confirmar el diagnóstico clínico efectuado, decidimos practicar un abordaje operatorio de la vejiga.

*1<sup>a</sup> Operación:* 31-VII-47. — Anestesia con penthotal sódico. Cistostomía amplia, demostrándose que ocupando el trígono y cara lateral derecha de vejiga y extendiéndose hasta el cuello, hay una tumoración cesil, ulcerada, que infiltra groseramente la pared vesical. Se extrae un trozo para biopsia. Se coloca una sonda de Pezzer para drenaje de la vejiga y se sutura la pared por planos.

*Informe histopatológico:* Que debemos a la gentileza del Prof. Dr. Tomás Ocaña: Epitelioma pavimentoso espino-celular perlado.

2ª Operación: 14-VIII-947. — Anestesia con penthotal sódico. Se efectúa el abordaje de los uréteres al través de dos incisiones oblicuas inguino-abdominales, con el objeto de efectuar la anastomosis urétero-intestinal. Sin embargo, al revelar esta exploración que los uréteres están excesivamente dilatados, con paredes engrosadas, se resuelve hacer la implantación de los mismos a la piel. Cierre de la pared por planos.

P. O.: Muy bueno. Hay una mejoría evidente del estado general representada por la derivación de orina que ha calmado sus molestias vesicales, que se habían intensificado desde un mes previo a la intervención.

3ª Operación: 11-IX-947. — Anestesia con Penthotal sódico. Enfermo en posición de

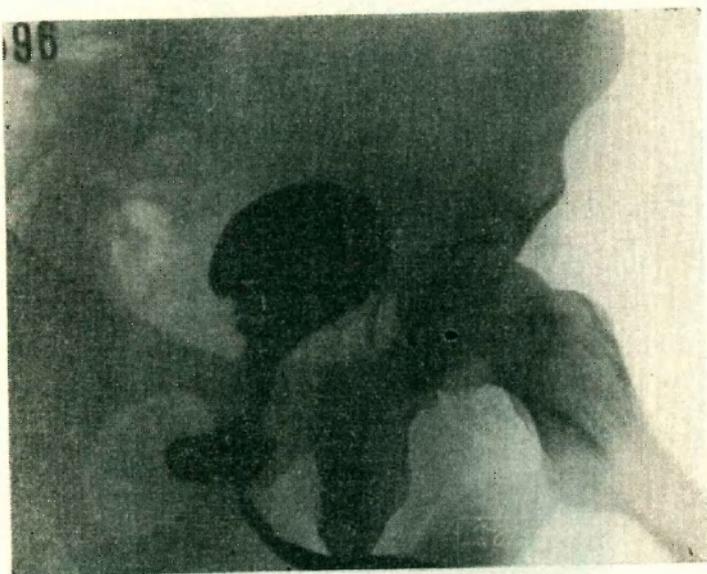


Figura 18

Uretro-cistoradiografía correspondiente a la observación N° 7. Gruesa cavidad prostática e imagen de falta de relleno correspondiente a la vejiga.

talla perineal. Incisión perineal en U invertida. Llegado a la próstata, se decola ampliamente la cara posterior de la misma y parcialmente la vejiga. Sección de la uretra posterior a nivel del pico de la próstata. Se seccionan los ligamentos pubo-uretrales y se decola la cara anterior de la próstata y de la vejiga. Sutura de la herida perineal previo colocación de un tubo de drenaje. Se coloca a continuación al enfermo en posición para el tiempo abdominal. Incisión mediana suprapubiana, decolándose ampliamente el peritoneo. Se libera con la técnica habitual el resto de la vejiga, haciéndose la ligadura de los pedículos laterales. Hacia la derecha el tumor está muy adherido a la pelvis y hacia atrás al recto, por lo que su liberación en esta zona es dificultosa. Drenaje, sulfamida local y cierre de la pared por planos.

P. O.: Inmediato bueno. A los 20 días de la intervención aparece por la brecha opera-

toria, materia fecal, que se sigue drenando en poca cantidad y en forma intermitente en los días subsiguientes.

El enfermo es dado de alta, debiendo efectuar en C. E. aplicaciones de radioterapia profunda en la zona operatoria.

15-XI-947. Examinamos nuevamente a nuestro enfermo, quien está efectuando las aplicaciones de radioterapia. Su fístula cecal drena menos y el estado general continúa estacionario.

*Examen de la pieza operatoria:* Ocupando la cara lateral derecha de la vejiga y extendiéndose totalmente al trigono y al cuello vesical hay un grueso tumor, que infiltra en tota-

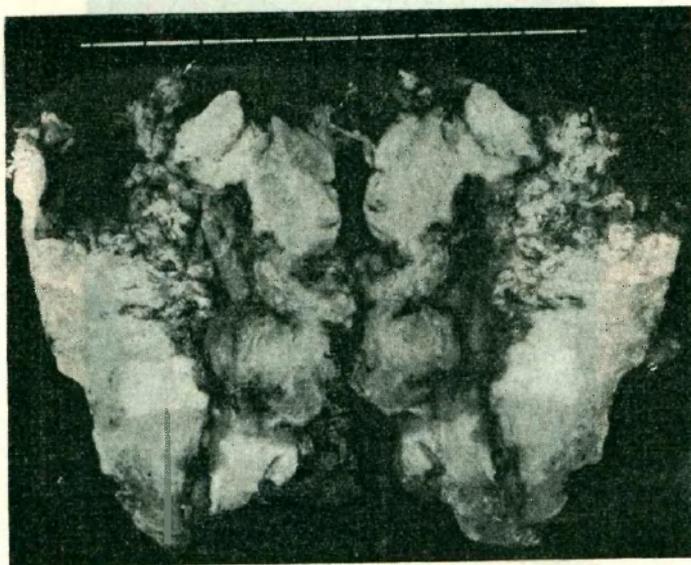


Figura 19

Pieza operatoria correspondiente a la observación N° 7.

lidad la pared vesical, exteriorizándose por fuera de la misma. El examen histopatológico del mismo revela tratarse de un epiteloma pavimentoso espino-celular perlado (Dr. Ocaña).

*Observación N° 8:* H. C. 883. — Domingo H., 59 años, argentino, casado. Ingresó el 14-VII-947 a nuestra Clínica Privada.

A. P.: Sin importancia.

E. A.: Desde hace 5 años en forma periódica hematuria terminal moderada. Desde hace tres meses estas hematurias son más persistentes y se agrega pollaquiria y ardor miccional.

E. A.: El examen general es negativo. Tensión arterial Mx. 150 mm. y Mn. 90 mm.

*Aparato génito-urinario:* Riñones no se palpan. No hay puntos reno-ureterales dolorosos.

*Uretra:* permeable. *Próstata:* discretamente aumentada de tamaño: de consistencia conservada; indolora. *Vesículas seminales:* no se palpan.

*Vejiga:* capacidad 180 c.c. dolorosa a la distensión. Por la palpación rectal no se demuestra infiltración alguna.

*Cistoscopia:* En cara lateral izquierda, junto al trigono pero respetando el meato ureteral, hay una tumoración vegetante, sesil, en parte ulcerada, que se calcula del tamaño de una nuez. En vértice de vejiga y próximo al cuello se visualizan varios papilomas pequeños, sesiles.

*Exploración radiográfica:* Radiografía directa negativa. Urogiama por excreción: Buena eliminación y buena conformación de la vía excretora renal de ambos lados; no hay ectasia. Cistograma: imagen de falta de relleno correspondiente al borde izquierdo de la vejiga.

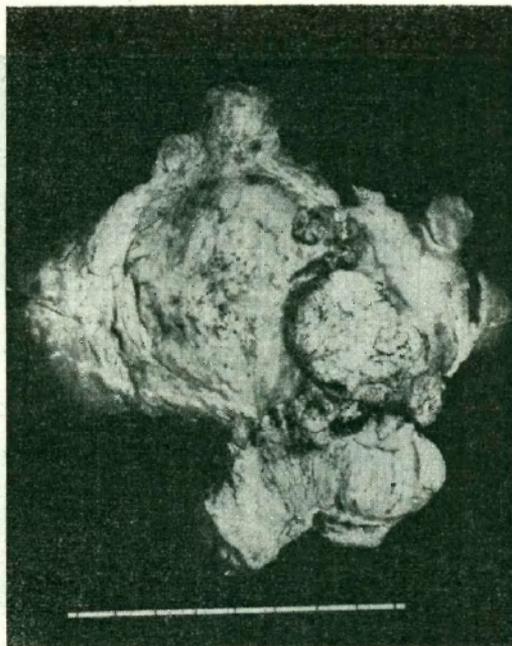


Figura 20

Pieza operatoria correspondiente a la observación N° 8.

Con el diagnóstico de epiteloma papilar decidimos abordar la vejiga con el objeto de efectuarle una operación conservadora.

*1ª Operación:* 17-VII-947. — Anestesia con Pentotal sódico. Incisión mediana supra-pubiana. Abierta ampliamente la vejiga, se demuestran en la misma los tumores observados en la exploración endoscópica. En cara lateral izquierda, junto al trigono, hay un tumor papilar, de implantación sesil, que se calcula del tamaño algo mayor al de una nuez, que infiltra parcialmente la vejiga, sin llegar al plano muscular. Se reseca el tumor con la pared vesical correspondiente, seccionando la vejiga en zona aparentemente sana. Se efectúa además la electrocoagulación de 5 pequeños papilomas que localizan en vértice y junto al cuello de vejiga. Sutura de la brecha vesical, sonda de Pezzer de drenaje. Cierre por planos de la pared.

P. O.: Sin particularidades. Se efectúa el cierre de la vejiga sin inconvenientes y el enfermo es dado de alta en observación el 13-VIII-947.

*Examen histopatológico del tumor:* Epiteloma papilar infiltrante.

24-X-947: El enfermo ha continuado sin mayores trastornos, salvo una hematuria de regular intensidad hacen 15 días. Pollaquiuria muy discreta.

El examen clínico del paciente no revela nada de particular.

*Cistoscopia:* Buena capacidad. Ocupando el sitio de la tumoración anterior, en cara lateral izquierda de vejiga, hay un tumor sesil, vegetante, que se calcula del tamaño de una nuez.

*Exploración radiográfica:* Urograma por excreción: buena eliminación y buena conformación de la vía excretora renal de ambos lados; no hay ectasia. Cistograma: imagen de falta de relleno correspondiente al borde lateral izquierdo de la vejiga.

Teniendo en cuenta la recidiva del tumor, efectuada a los 3 meses de la operación, y el resultado del examen histopatológico del mismo, que revela su carácter infiltrante, se decide una operación radical.

2ª Operación: 27-X-947. — Anestesia con Pentotal sódico. Incisión oblicua inguino-abdominal de ambos lados. Con la técnica de las intervenciones anteriores, en la forma descrita por Priestly y Strom, se efectúa la anastomosis urétero-intestinal a la manera de Coffey I, haciendo la implantación en el colon íleo-pélvico. Los uréteres son de aspecto normal. Cierre de la pared por planos, con drenaje.

P. O.: Muy bueno. Meteorismo los dos primeros días; la diuresis se inicia a las 30 horas de la operación. Se retira la sonda rectal a los 8 días de la intervención. Buena tolerancia intestinal, evacuando su intestino cada 4 ó 5 horas de día. Por las noches habitualmente no tiene evacuaciones.

3ª Operación: 24-XI-947. — Anestesia con Pentotal sódico. Incisión mediana supra-pubiana. Próstato-cistectomía total, efectuada con la técnica habitual. Drenaje y cierre de la pared por planos.

P. O.: Muy bueno. El enfermo se encuentra aún internado en la Clínica.

*Examen de la pieza operatoria:* Comprende la totalidad de la vejiga y la próstata. Hay un tumor sesil, vegetante, que ocupa la cara lateral izquierda de la vejiga, junto al trigono, pero sin englobar el meato ureteral. Más hacia el bajo fondo hay otra tumoración de caracteres semejantes, del volumen de un poroto.

El examen histopatológico que debemos a la gentileza del Prof. Dd. J. M. Cid dice:

*Tumor extirpado en la 1ª intervención:* "Pieza de 4 por 3 cms., sensiblemente ovalada. Los cortes microscópicos revelan próximo al borde, la existencia de mucosa vesical con numerosos papilas filiformes perfectamente reconocibles y de carácter benigno. Hacia el centro de la pieza esta estructura papilar se pierde rápidamente, encontrándose gruesos cordones sólidos en íntimo contacto entre sí. En profundidad el límite es impreciso, existiendo evidente infiltración neoplásica. Los elementos celulares presentan aspecto diverso de un cordón a otro, pero conservando en cada uno un aspecto uniforme. Son en general células pequeñas con gran número de carioquinesis. *Diagnóstico:* Epitelioma papilar infiltrante.

*Trozo de tumor correspondiente a la pieza de cistectomía total:* "Diagnóstico: Epitelioma papilar".

## CONCLUSIONES

De acuerdo con nuestra experiencia en el tratamiento del cáncer infiltrante de la vejiga, llegamos a la conclusión de que la cistectomía total es la única intervención que puede brindar al cirujano la seguridad de la extirpación completa del tumor. El problema fundamental en esta cirugía lo constituye la derivación de las orinas. En este sentido somos partidarios de la anasto-

mosis urétero-intestinal, siempre que no exista una dilatación ureteral que pueda comprometer el resultado de la anastomosis. En tal caso preferimos la implantación del ureter a la piel.

## BIBLIOGRAFIA:

- Barringer, B. S. y Wuester, W. O.* — Comparison of the Memorial Hospital and Carcinoma Registry Pathological Reports. "Journal of Urology", V. 42, 1939, 789.
- Cáncer of the Bladder.* — A. Study Based on 902 Epithelial Tumors of the Bladder in the Carcinoma Registry of the American Urological Association. "Journal of Urology", V. 31, 1934, pág. 423.
- Conway, J. F., y Broders, A. C.* — Submucous Extension of Squamous Cell Epithelioma of the Urinary Bladder. "Journal of Urology", V. 47, 1942, pág. 461.
- Hepler, A. B.* — The End Results of Urétero-Intestinal Implantation. "Journal of Urology", V. 44, 1940, pág. 794.
- Marshall, V. F.* — Transplantation of the Ureters and Total Cystectomy. "Journal of Urology", V. 58, 1947, pág. 244.
- Priestly, J. T. y Strom, G. W.* — Total Cystectomy for Carcinoma of the Bladder. "Journal of Urology", V. 50, 1943, pág. 210.
- Vilar, G. y Mathis, R. J.* — La cistectomía total en el tratamiento de ciertas neoplasias de vejiga. "Revista de la Asociación Médica Argentina", V. LX, 1946, pág. 593.
-