

LA CISTECTOMIA PARCIAL EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA DE LA VEJIGA

Por el Prof. Dr. RODOLFO GONZALEZ

Motiva la presente contribución el deseo de presentar, en estas Jornadas Rioplatenses de Urología, no tanto los resultados obtenidos por medio de la cistectomía parcial en el tratamiento del carcinoma de vejiga, sino los problemas que se plantean en nuestro medio, cuando se trata de realizar la terapéutica de esta afección. Unos son de orden médico y otros de orden social.

El primer aspecto del problema está vinculado estrechamente a la evolución de la clínica urológica en Córdoba y por cierto al tiempo que llevamos en la jefatura del Servicio de Clínica Génito Urinarias perteneciente a la Cátedra, lapso que no pasa de los cuatro años.

Hemos sido testigos desde antes, no sólo del empleo de los diversos medios terapéuticos, que en su hora ofrecieron cada uno la esperanza de una solución, sino también de como, a través de pocos años, el problema del cáncer de vejiga, por su enorme frecuencia y dramaticidad, ha ido agudizándose hasta convertirse hoy en el punto fundamental de la Urología.

Debemos pues ante todo, adelantarnos a decir que nuestra experiencia no es completa. A ello contribuye en primer término el escaso tiempo con que hemos contado para manejar el contingente de enfermos necesarios para hacer experiencia hospitalaria y en segundo, cierto aspecto social de la cuestión, que tiene a nuestro modo de ver, importancia decisiva.

Creemos que en el tratamiento del cáncer de vejiga, como los tratamientos del cáncer en general, sólo hay un medio por el momento, y ese medio consiste, no en recursos de orden técnico, sino en el diagnóstico precoz y mejor aún ultra-precoz. Sólo así es posible llevar a la práctica con éxito terapéutico, todos los procedimientos que se han propuesto para combatir el grave mal, y en especial las técnicas quirúrgicas. Pues bien, en nuestro medio, no nos ha sido posible ver

el enfermo en aquellas condiciones óptimas que permiten la aplicación de terapéuticas radicales. Son enfermos que en su gran mayoría proceden del interior del país, que concurren al Servicio en última instancia, con lesiones extensas y avanzadas, infectados y desnutridos, enfermos de condición humilde, que no consultan a tiempo por desidia, ignorancia o falta de medios.

La mayoría de ellos, sólo han sido objeto de tratamientos paliativos. En otros, los menos, hemos efectuado cistectomías parciales cuando las condiciones del enfermo lo han permitido: capacidad vesical conservada, localización del proceso tumoral en zonas quirúrgicamente extirpables, etc. Con ello, bien es cierto, no traemos hechos nuevos, ni creemos que nuestra experiencia pueda compararse a la de otros medios urológicos más completos y con mayores posibilidades. Pero no podría dejar de señalar porque es algo que atañe al que habla y a sus colaboradores, que es a nosotros a quienes corresponde el hecho de haber realizado en Córdoba, las primeras cistectomías parciales.

Deseo decir, además, que no escapa a nuestra preocupación el propósito constante de superar día a día las dificultades que se presentan en la terapéutica y en la técnica en los tratamientos del carcinoma vesical. En nuestra opinión, hemos salvado las primeras etapas y con dedicación y entusiasmo nos preparamos para continuar en este camino ascendente hasta lograr lo que en último término todos deseamos conseguir: establecer los fundamentos, las directivas y claros resultados del tratamiento quirúrgico radical del cáncer vesical por la cistectomía total.

Omito referir los tratamientos y sus resultados, por los múltiples métodos de todos conocidos, y de cuya ineficacia tenemos experiencia. Sólo me concretaré a los casos tratados en nuestro Servicio por medio de la cistectomía parcial, casos que como he manifestado anteriormente eran susceptibles de tal procedimiento operatorio.

Hemos tratado de efectuar siempre, cistectomías parciales lo suficientemente amplias como para tener la seguridad de que la incisión se efectuaba en pleno tejido sano, a dos centímetros del límite del tumor. Está indicado en aquellos casos en que el uréter está englobado por el tumor, reseca la zona tumoral junto con éste y efectuar después la reimplantación del conducto en la vejiga. En nuestros casos no ha sido necesario este procedimiento, pues el tumor se hallaba en zonas alejadas a la desembocadura de aquél.

En uno de nuestros enfermos el proceso tumoral había sobrepasado las tunicas de la vejiga invadiendo el tejido celular sub-peritoneal, hecho que fué constatado por el examen histopatológico como asimismo en el acto quirúrgico, durante el cual se comprueba al intentar despegar peritoneo, un proceso de pericititis localizado a nivel de la cara pósterio-superior. Abierta la vejiga transver-

salmente por delante del tumor, se libera con dificultad la pared pósterosuperior tratando de reseca en la misma el tejido celular adiposo infiltrado que la recubre.

Creíamos haber extirpado la totalidad del tejido sub-peritoneal, pero el examen histológico nos demostró después, que se trataba de un "carcinoma sólido que infiltra profundamente las tunicas de la vejiga disociando la muscular hipertrófica e invadiendo el tejido celular sub-peritoneal".

Asimismo, la evolución del enfermo a pesar de un buen post-operatorio inmediato tuvo una sobrevivencia de un año y medio, falleciendo por difusión del proceso tumoral.

Los restantes enfermos, en número de seis bien documentados hasta dos años de evolución, nos hacen ser optimistas en cuanto al post-operatorio alejado, sin que esto nos permita poder aventurar un pronóstico definitivo. En resumen, y teniendo en cuenta que nuestros enfermos sólo llevan dos años de evolución, circunstancia que no nos permite ser afirmativos respecto a la eficacia de la cistectomía parcial, creemos que de acuerdo a la experiencia de muchos autores, que ella es inconstante y que de acuerdo a las estadísticas, las recidivas de la enfermedad son bastante frecuentes. A ello contribuye el hecho de que en el acto quirúrgico, es difícil determinar con exactitud el límite real de la lesión, pues no siempre hay correspondencia entre la extensión aparente y la infiltración verdadera del tumor. Ello induce a pensar que como tratamiento quirúrgico, será preferible la práctica de la cistectomía total, aun cuando tampoco constituye en el momento actual el "desideratum" del tratamiento de acuerdo a la confusión reinante en los resultados obtenidos por los distintos autores.
