

TUMOR DE VEJIGA. CISTECTOMIA PARCIAL Y REIMPLANTACION DEL URETER

Por los Dres. E. CASTAÑO, A. B. ORTIZ y J. P. TORROBA

De todos los tratamientos aplicados hasta la fecha al cáncer de la vejiga, es indudable que la ectomía total del mismo, se el único del cual podemos esperar resultados satisfactorios y más o menos duraderos.

La cistectomía parcial, en los tumores localizados, ofrece posibilidades muy amplias, aún en los casos en que el meato ureteral está comprendido en el proceso y en los cuales la resección del tumor obliga a la sección y reimplantación del uréter o a la mutilación total del sistema renoureteral correspondiente.

La excelente evolución seguida por un enfermo al cual le hemos efectuado una cistectomía parcial con reimplantación del uréter, nos lleva a presentar esta observación, con el objeto de contribuir a enriquecer la casuística nacional. Por otra parte, tiene el interés de que con la reimplantación hemos conseguido poner en evidencia un perfecto funcionalismo del sistema renoureteral correspondiente y que antes de la operación era nulo a los distintos métodos de exploración.

Hospital Rawson - Pabellón V - Sala 13 - Hist. Serie CCCXXXII N^o 12. M. M., arg., 42 años, casado, ferroviario. Ingresó el día 1^o de Julio de 1947.

Antecedentes hereditarios y personales: Sin importancia.

Enfermedad actual: Comienza hace 9 meses con hematuria espontánea, total, indolora, que duró las micciones de 6 días. Cedió sin tratamiento. Siguió un período de normalidad hasta hace 4 meses, que presentó nuevamente hematuria total, esta vez intermitente, que duró 20 días, siendo en algunas micciones tan intensa que eliminaba coágulos. Volvió a ceder espontáneamente y un mes después reaparece en forma más intensa, durando 4 días. A raíz de ello es internado en el Hospital Ferroviario, donde le efectúan dos transfusiones de sangre y le realizan una electrocoagulación endoscópica. Desde entonces quedó con polaquiuria diurna y nocturna y desde hace unos días hematuria terminal.

Micciones: Cada 2 horas de día y de noche, con discreto ardor final.

Orinas: Primer vaso turbias con tinte hemático; en el segundo vaso es más intensa esta coloración.

Riñones y uréteres: Semiología normal.

Uretra: Libre a un explorador Nº 20.

Vejiga: No hay retención. 200 c.c. de capacidad. Contractibilidad activa y pasiva normal. Por tacto rectal, nada de particular.

Cistoscopia (8 de Julio de 1947). Buena capacidad. Mucosa de caracteres normales con excepción de la zona correspondiente al meato ureteral derecho, donde se observa una tumoración sesil, de tamaño un poco mayor a una moneda de 20 ctvs., superficie vegetante y necrosada parcialmente. Mucosa que la rodea de aspecto normal, excepto la parte superointerna que da la impresión de estar infiltrada. El meato urteral izquierdo ligeramente desplazado hacia la línea media, "tironeado" por el proceso tumoral. El meato derecho no se puede localizar. La prueba del índigo-carmin muestra una eliminación intensa a los 3½' en el lado izquierdo. Se trata de localizar el derecho, no observándose eliminación a los 15'.

Próstata: Se palpa de caracteres normales.

Vesículas seminales: No se palpan.

Testículos y epidídimos: Continente normal. El contenido del lado izquierdo nada de particular. En el derecho se palpa el epidídimo aumentado de volumen en forma poco pronunciada; es ligeramente doloroso.

Examen clínico general: No se comprueba nada digno de mención.

Exámenes de Laboratorio: En orina sólo se comprueba la presencia de pus y hematíes. Azohemia 0,40 grs. por ciento. Prueba de fenolsulfonftaleina 60%. Recuento globular y fórmula leucocitaria dentro de lo normal.

Exámenes radiográficos: Radiografía simple todo el aparato urinario (4-VII-47): siluetas renales normales. No se observan sombras agregadas. Urografía excretora a los 10' y 30' (4-VII-47): El riñón derecho no elimina a los 30'. El izquierdo se presenta de caracteres normales. En la sombra cistográfica se observa una falta de relleno irregular en el lado derecho (Fig. Nº 1 y 2).

Marcha de la enfermedad: Preparación habitual 15 de Julio de 1947. *Operación:* Anestesia raquídea completada con general etérea. Cirujano Dr. Torroba. Ayudantes Dres. Ortiz y Carreño. Incisión suprapúbica amplia. Separación de los músculos rectos y rechazamiento peritoneal. Traccionando de la vejiga se libera la pared superior, despegando el peritoneo en el casquete correspondiente. Se completa la liberación, hasta donde es posible, de la pared lateral derecha. Abertura de la vejiga en su línea media. Traccionando del lado derecho se prosigue el despegamiento hasta la zona de implantación del uréter. Localizado éste, se comprueba que en la vecindad de su abocamiento vesical está englobado en el proceso tumoral. Por encima del mismo se presenta de caracteres anatómicos normales. Se liga y secciona 1½ cm. por encima de la parte comprometida. Por el extremo proximal comienza a salir orinas claras, con ritmo de eyaculación normal. Es pinzado temporariamente. Se reconoce la tumoración por palpación y se procede a su resección con tijera, en forma de raqueta, confeccionada a 1 cm. por fuera de la mucosa sospechada de infiltración. En la vecindad se descubre un ganglio que se reseca para su estudio anatomopatológico. Sutura de los labios de la resección en dos planos. Por transfixión, a través de la pared lateral derecha de la vejiga, se introduce el cabo ureteral en la cavidad vesical. Se elige para ello un sitio en el cual el uréter no resulta traccionado. Con el extremo ureteral se confeccionan dos valvas que se fijan a la pared vesical con un punto en U cada una. Dicho uréter es cateterizado con una sonda ureteral, hasta la pelvis. La otra extremidad de la sonda se introduce en el cuello de la vejiga, hasta que aparece en el meato uretral.

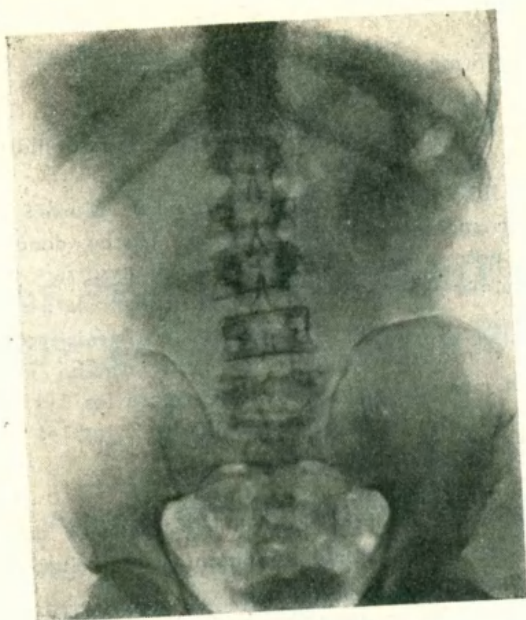


Figura 1
Urografía excretora a los 10'. Obtenida antes de la intervención.

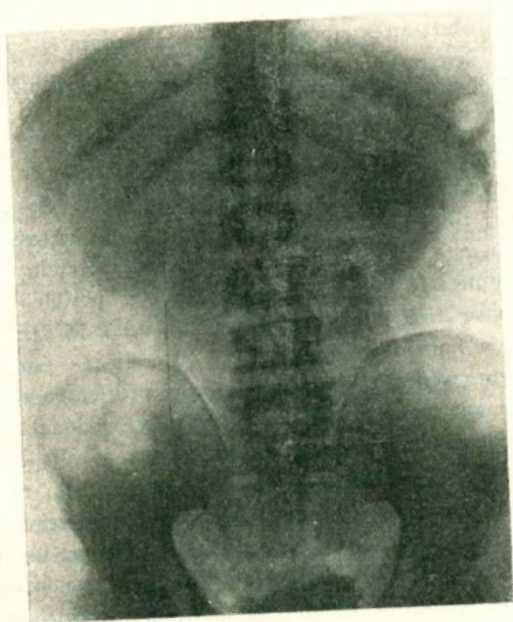


Figura 2
Urografía excretora a los 30'. Obtenida antes de la intervención.



Figura 3
Urografía excretora a los 10'. Obtenida
22 días después de la operación



Figura 4
Urografía excretora a los 30'. Obtenida
22 días después de la operación.

Cierre de la incisión longitudinal de la vejiga y drenaje de la misma con sonda de Pezzer acodada. Cierre de la pared abdominal por planos con drenaje de rubber. Fijación de la sonda ureteral al pene.

Inmediatamente a la operación se le administran 20.000 U. de penicilina cada 3 horas.

Las sondas hipogástrica y ureteral funcionaron bien, retirándose esta última a los 9 días de la operación.

A los 14 días es retirada la sonda hipogástrica y se coloca sonda uretral a permanencia cerrándose la fístula al os 30 días de la operación.

Alta con micciones cada 1 a 1½ horas y con orinas ligeramente turbias.

El informe anatómo-patológico nos dice lo siguiente: Epitelioma indiferenciado de vejiga. Ganglio con adenitis crónica.

El día 21 de Agosto se realiza un examen radiográfico del enfermo, en el cual la radiografía simple del aparato urinario es completamente normal. La urografía excretora, obtenida a los 10' y 30' (Fig. Nº 3 y 4) muestran una perfecta eliminación en ambos lados, con sistemas ureteropelviciliales normales. La imagen cistográfica, lateralizada ligeramente a la izquierda, presenta relleno y bordes nítidos.

El 1º de Setiembre se efectúa una cistoscopia que nos da lo siguiente: buena capacidad. Hemivejiga izquierda de caracteres normales. En el lado derecho se observa una zona edematosa y por encima de ella, entre la pared lateral derecha y la posterior a las 10 horas de cistoscopia, dos depresiones de la mucosa, separadas por un ténue tabique. El índigo-carmín es eliminado a los 5' en el lado izquierdo. A los 10' se observan oleadas bien teñidas en el lado derecho, que salen de la depresión superior anteriormente descrita, sin poder localizar el meato, que debe asentar en el fondo de la misma.

Han transcurrido más de 4 meses y el paciente presenta orinas claras y tiene micciones cada 4 horas de día y de noche. Fué citado hace unos días para efectuarle nuevamente urografía excretora y cromocistoscopia. Lamentamos que no haya concurrido, para poder agregar estos documentos a la historia clínica.

Debemos hacer notar que la reimplantación del uréter fué decidida en el acto operatorio, pues la falta de substancia de contraste en el urograma y de eliminación del índigo-carmín, en el lado que asentaba la lesión vesical, creaba un problema quirúrgico, respecto a si era mejor la cistectomía parcial con reimplantación del uréter; o la resección parcial de la vejiga, conjuntamente con la nefroureterectomía, ya que ignorábamos el estado anatómico y funcional del sistema secreto-excretor correspondiente.

El haber comprobado un buen estado anatómico del uréter, lo mismo que una buena eliminación —orinas claras y ritmo normal, una vez seccionado aquél— nos llevó a optar por la resección parcial y el abocamiento del extremo ureteral, con los buenos resultados que del estudio radiográfico y cistoscópico se desprende.