

Serv. de Urología del Hosp. Juan A. Fernández
Jefe: Dr. Gerardo Vilar.

LA CISTECTOMIA TOTAL EN EL TRATAMIENTO DEL CANCER DE VEJIGA. NUESTRA EXPERIENCIA

Por los Dres. G. VILAR, R. I. MATHIS y J. V. ALVAREZ COLODRERO

Después de la observación de un número apreciable de enfermos de cáncer de vejiga sometidos a la cistectomía total, operación que permite curar ciertos tipos de neoplasmas considerados por encima de todo recurso, estimamos que resuelve bien su objeto, teniendo en cuenta la enfermedad a tratar.

Son intervenciones que dejan cierto grado de invalidez. La afección causal lo justifica, pero esta invalidez es mínima y permite al enfermo una vida muy llevadera.

El tratamiento de estos enfermos existe un triple problema:

- 1º Problema de las posibilidades curativas del neoplasma de vejiga.
- 2º Problema de la recolección de las orinas.
- 3º Problema del porvenir del enfermo.

Nuestra experiencia actual está basada en nueve casos de cistectomía total.

1er. Problema: Posibilidades curativas del cáncer de vejiga por medio de la cistectomía total: Indicamos esta intervención mutiladora en aquellos casos que representa el único recurso a apelar con posibilidades curativas. Esencialmente tumores que asientan en la zona trigonal, que invaden el cuello o que su extensión es tan grande que hace imposible intentar una operación conservadora; la extensión en profundidad hace la indicación.

En estas circunstancias lo ideal sería tratar primero al afección causal y luego resolver la continencia urinaria. Esta conducta sostenida por Beer, no es siempre lo más aceptable por el engorroso y desgracia de cuadro del abocamiento ureteral a la piel.

Es indudable que puede ser solución en el caso no infrecuente de verse obligado a hacer la indicación definitiva en el acto quirúrgico, después de la

comprobación de la extensión del neo. En estas circunstancias últimamente, hemos resuelto el problema con la cistectomía total y la anastomosis intestinal en un tiempo, lo que permite acortar grandemente el post-operatorio.

Los óptimos resultados inmediatos obtenidos los referimos a:

- 1º Preparación previa del intestino.
- 2º Cuidado del estado general combatiendo especialmente la anemia y la hipoproteinemia.
- 3º Medicación anti-shock.
- 4º Correcta técnica quirúrgica.

Cuando no es evidente el diagnóstico topográfico y de extensión de la neoplasia, preparamos previamente el intestino, con miras a las posibilidades de la derivación urétero-intestinal. En algún caso hemos comprobado las características del tumor después de talla hipogástrica, y extracción de un fragmento para biopsia; posteriormente se resolvió actuar en tres tiempos, haciendo caso omiso de la ostomía vesical aislándola de los campos operatorios.

Tanto la anemia como la hipoproteinemia las controlamos meticulosamente en el pre y postoperatorio; llevamos al quirófano enfermos con fórmulas sanguíneas aceptables y proteinemia normal.

Controlamos el shock, con los elementos hoy disponibles y tan eficientes: el recuento globular, el hematocrito, la presión sanguínea serán nuestros fieles. Pero insistimos en las conclusiones de nuestra primera comunicación: estos enfermos toleran admirablemente bien la intervención de cistectomía. Estos hechos están corroborados por recientes estadísticas americanas sobre un número apreciable de operados donde no llega al 3 por ciento el índice de mortalidad operatoria.

En cuanto a la técnica quirúrgica, seguida por nosotros está basada en el conocimiento de la embriología y la anatomía de la vejiga cuyos detalles escapan a la índole de esta comunicación. No obstante queremos hacer resaltar:

a) No conceptuamos necesaria la vía abdómino-perineal, mucho más mutilante y prolongada; todos nuestros casos los hemos resuelto por la vía hipogástrica.

b) Desprendemos el peritoneo por el plano de clivaje retro-uraquiano, y no dudamos en abrir la gran cavidad peritoneal por poco que se encuentren inconvenientes técnicos (adherencias etc.). En general sin embargo en los cánceres que condicionan esta intervención, en contraposición con los de la bóveda, no se extienden hacia la cavidad celómica; lo hacen en cambio hacia la uretra prostática, la prostata y el sistema linfático.

Esta última extensión hacia el sistema linfático, que investigamos sistemá-

ticamente, entraña la necesidad de conocer bien los ganglios tributarios de las redes vesicales, y si en general son los hipogástricos los más frecuentemente tomados, no debe de olvidarse de buscar los ganglios prevesicales e ilíacos externos ya descriptos por Gerota.

Esta extensión neoplásica al sistema ganglionar puede contraindicar la intervención, aunque en ese sentido somos amplios en nuestro criterio por cuanto existe la posibilidad del infarto ganglionar inflamatorio y en segundo lugar la evolución de las metástasis cuando se reseca el tumor primitivo es menos maligna, noción actual que se extiende a otros cánceres del organismo.

El tiempo más difícil es el aislamiento de lo que llamamos los pedículos laterales; a este nivel por debajo y lateralmente a los uréteres y vesículas seminales se abren dos bandeletas aponeuróticas sumamente firmes, que llevan los vasos vesicales medios y el sistema linfático y nervioso vesical; este tiempo lo resolvemos con la ligadura en masa, lo que acorta considerablemente el acto operatorio. Hemos llegado así a practicar esta intervención en algo más de media hora.

Cuando el tumor no invade muy bajo y sobre todo no infiltra marcadamente la pared muscular, en hombres relativamente jóvenes, hemos respetado las vesículas seminales y la mitad inferior de la próstata. Estos enfermos dicen haber conservado su capacidad coeundi, haciendo el aislamiento de la cara posterior de vejiga por el plano posterior intervesico genital.

Nuestra estadística actual consta de 9 casos sin pérdidas de enfermos imputables al acto quirúrgico.

De estos tenemos 5 vivos en la actualidad y 4 fallecidos.

Uno de estos murió a los tres meses de la intervención. Se trataba de un caso de caquexia cuya autopsia demostró numerosas metástasis en distintos parénquimas no comprobables clínicamente.

Dos enfermos murieron en tiempos variables, 9 meses uno y un año y medio el otro, por extensión del tumor al celular pelviano. En estos casos el final fué desahagible por dolores difíciles de mitigar, pero siempre más tolerables que el dolor de la cistitis neoplásica.

El cuarto enfermo murió un año después de su cistectomía por infección ascendente e insuficiencia renal. Su fin fué sin sufrimientos.

De los cinco enfermos que actualmente viven, dos están en perfectas condiciones, con vida muy llevadera y contentos de su situación; uno de ellos lleva casi tres años y el otro dos años de operados.

Un tercer enfermo ha hecho una extensión al celular pelviano y a pesar que conserva un buen estado general, es en parte controlado por radioterapia y con un tratamiento instituido por el Prof. Calabrese en cuyas manos está.

Los otros dos enfermos si bien muy recientes para sacar conclusiones se encuentra en perfectas condiciones.

CONCLUSIONES

Refiriéndonos en esta comunicación exclusivamente a tumores de vejiga de tipo epitelial que por su ubicación en la zona trigonal o su invasión al cuello como así también extensión a la próstata y en profundidad invadiendo el plano submucoso, nuestra experiencia nos ha msotrado:

- 1° Que la *cistectomía total* es la única posibilidad curativa.
- 2° Que su ejecución, una vez dominada la técnica, es relativamente simple.
- 3° Que la tolerancia a la injuria quirúrgica es extraordinariamente grande. previa preparación razonable del enfermo.
- 4° Que la derivación sigmoidea de las orinas es la mejor solución para el avenamiento urinario.
- 5° Que a los enfermos en estas condiciones les es permitido, una vida muy llevadera, sin sufrimientos una vez pasado el período de adaptación.
- 6° Que la sobrevida es imprevisible, y que el contralor en tiempos más prolongados nos permitirá apreciar las verdaderas virtudes de esta conducta.
- 7° Que cuando se aborda el tratamiento de un tumor vesical es menester estar preparado para practicar una *cistectomía total*, pues los elementos actuales clínico-diagnósticos no siempre permiten apreciar la real extensión del neoplasma previamente al acto quirúrgico.