

Hospital Alvear; Servicio de Urología.  
Jefe: Prof. Dr. Armando Trabucco.

## CISTECTOMIA TOTAL: OBSERVACIONES Y RESULTADOS

---

Por los Dres. ARMANDO TRABUCCO y N. CARTELLI

En cirugía, muchas veces vuelven a tomar incremento, procedimientos desde antiguo tiempo realizados, y que también en repetidas ocasiones se han abandonado por los inconvenientes que ellos presentaban. La cistectomía total es uno de estos procedimientos, su aplicación puede decirse que nace con la era moderna de la cirugía y es cuestión de hojear tratados de técnica quirúrgica del siglo pasado, para encontrar no sólo un método empleado con facilidad en las manos del que lo publica sino varios y en distintos países. Son innumerables los casos de éxitos quirúrgicos después de la extirpación total de la vejiga. No entraremos a describirlos ni a comentarlos.

Siempre ha estado presente en la mente de todo cirujano y en especial del urólogo el grave problema del cáncer inextirpable o del recidivante vesical. Es por ello que constantemente se ha pensado y vuelto a practicar la cistectomía total, para volver a abandonarla después de las primeras tentativas. Las fallas que presentaban eran aparentemente insalvables. Los enfermos se morían en la intervención o a los pocos días de haber sido practicada ésta, aparte del problema grave en sí de la derivación urinaria.

Hoy en día, con los progresos alcanzados en el manejo de los antibióticos, del conocimiento más preciso de los desequilibrios humorales y deficiencias orgánicas agudas, debemos nuevamente afrontar este problema de la curación del cáncer de la vejiga cuya única solución actualmente es la destrucción y extirpación quirúrgica.

Es por eso que en el Servicio de Urología dle Hospital Alvear de Buenos Aires nos hemos propuesto desarrollar un plan de estudio sobre la cistectomía

total, dirigiendo nuestra atención especialmente hacia el cáncer infiltrante de la vejiga, justamente aquellos casos en que es prácticamente imposible la aplicación de métodos conservadores. Los resultados clínicos son los que nos harán ver la conveniencia de tal o cual método y la oportunidad de su aplicación.

Es evidente que los problemas que se plantean en una intervención de esta magnitud son muy diversos y dependen de una serie de factores tanto en lo que corresponde al tumor como al organismo que lo soporta.

En principio hemos elegido para practicar las cistectomías totales aquellos casos donde el tumor por su tamaño, situación e invasión obligan a una terapéutica totalmente radical; no hemos reparado desde ningún punto de vista en la gravedad del caso, y por poco que el enfermo presentase un estado general compatible con una intervención aún de pequeño riesgo hemos preferido asumir todas las responsabilidades del caso, teniendo por fin exclusivamente la salvación del paciente aun cuando las probabilidades de éxito se presentasen en forma remota. Preferimos este criterio que abandonar un enfermo a su suerte medicando paliativos y observando la terminación de su vida sin oponer terapéutica de ninguna especie.

Nuestro objeto en este estudio es la probable solución de algunos problemas inherentes a este tipo de intervención:

- 1º ¿Qué derivación urinaria es la más aconsejable?
- 2º ¿Se debe hacer la cistectomía total en uno o en varios tiempos?
- 3º ¿Cuál es la causa de la muerte inmediata en estas intervenciones?
- 4º ¿Cuál es la causa de la muerte al poco tiempo?
- 5º ¿Qué tiempo sobrevive un cistectomizado para que pueda considerarse curación de su enfermedad?

Para contestar a estas preguntas que nos hemos hecho, hemos resuelto practicar durante los años 1945 y 46, extirpaciones totales de vejiga por vía suprapúbica únicamente, precedidas de la derivación intestinal de las orinas. En el año 1947, practicamos exclusivamente la derivación cutánea dividiendo a los casos en cistectomía suprapúbica prostato-vesicular y en cistectomía perineo-abdominal. En cuanto a los tiempos operatorios hemos practicado durante la primera parte del año, la derivación previa y en la última parte la extirpación de la vejiga y la derivación en un solo tiempo.

Tenemos un conjunto de diez intervenciones hasta la fecha cuyo resumen y resultados los describiremos a continuación:

Caso Nº 1. — J. H. 58 años. Italiano. Comerciante.

Comienza su enfermedad con polaquiuria diurna y nocturna con intenso dolor al final de la micción, luego se instalan las hematurias espontáneas de gran intensidad.

*Vejiga:* Muy sensible a la distensión y a la palpación profunda. A la palpación bimanual no se nota infiltración en bajo fondo. Cistoscópicamente presenta una tumoración del tamaño de una avellana, sesil, cerebriforme situada en la pared superior de la vejiga. Urográficamente muestra a la radiografía de excreción, riñones, uréteres y función normal.

*Intervención:* derivación urinaria en colon ascendente el uréter derecho y en descendente el izquierdo.

El enfermo tolera bien la intervención fistulizándose al décimo día el lado izquierdo.

Al mes se practica cistectomía total suprapúbica, extrayéndose un órgano con un tumor del tamaño de una mandarina situada en la cúpula vesical.

Para extraer vejiga hubo que hacer una gran ventana peritoneal por encontrarse escudete peritoneo-vesical adherido a la pared e invadido por focos tumorales.

Histológicamente se trata de un epiteloma infiltrante grado 4 de Broder.

*Marcha de la enfermedad:* El enfermo fallece a los treinta días de la intervención quirúrgica por atelectasia pulmonar y claudicación aguda del corazón.

#### COMENTARIO

En este caso se ha elegido la cistectomía total, por tratarse de un epiteloma endoscópicamente maligno que hacía cuerpo con la pared vesical y de evolución con caracteres alarmantes, aunque a la palpación bimanual no se encontraba infiltración aparente.

Se elige la intervención en dos tiempos, encontrándonos en el primer tiempo donde se hace derivación doble extra-peritoneal, se fistuliza el lado izquierdo. El enfermo tarda un mes en recuperar su equilibrio. Hecha la cistectomía suprapúbica, la operación es tolerada deficientemente, manteniéndose un seno retropúbico infectado, difícilmente drenable, lo que motiva la abscesión de bacterias que determinaron con la intoxicación general del sujeto y los fenómenos embolígenos pulmonares, la atelectasia pulmonar y la claudicación aguda del corazón.

Caso Nº 2. — R. de A. 36 años. Argentina.

Comienza su enfermedad hace cuatro meses con polaquiuria, disuria, y ardor en la micción. Tiene ocasionalmente alguna hematuria pero sin importancia.

*Vejiga:* a la palpación bimanual se nota en el fondo de saco vaginal anterior una masa tumoral del tamaño de un huevo de paloma que hace cuerpo netamente con la vejiga; esta masa es dura como acartonada y despierta dolor. Cistoscópicamente se observa una masa productiva que ocupa todo el fondo vesical y el cuello de la vejiga.

Estudios radiológicos y análisis revelan una buena suficiencia renal.

*Intervención:* se deriva la orina al colon por uretero-intestino-anastomosis, en lado izquierdo en el colon descendente y ascendente en el derecho, operación que se hace en dos

tiempos con intervalo de diez días entre una y otra. La enferma tolera bien la derivación, practicándole a los veinte días la cistectomía total debiéndose sacar además el fondo de saco vaginal anterior a fin de extirpar toda la tumoración; se deja drenaje por vagina cerrándose totalmente la pared abdominal. La enferma tolera magníficamente la operación levantándose al vigésimo día aún con la derivación vaginal abierta.

El estudio anatómo-patológico de la pieza reveló un endometriocarcinoma grado 4 de Broder.

*Marcha de la enfermedad:* A los 60 días de operada, comienza a tener pérdidas por la vagina, descubriéndose que la sangre manaba de la pared superior en donde estaba situado el tumor constatándose la recidiva in situ.

A la semana de su ingreso fallece en forma repentina por una hemorragia aguda incoercible

#### COMENTARIO

Se decide la intervención en esta enferma por hallarse un tumor infiltrado que ha vencido la pared; pero que a pesar de todo, no parece haber producido invasiones cancerígenas en los tejidos circundantes de la vejiga.

En vista que los estudios radiológicos permitían sospechar una función urinaria en buenas condiciones, con ureteres del tamaño normal, se hace la intervención derivativa de la orina en 2 tiempos previos, siendo ésta bien tolerada, puesto que a los 20 días se puede practicar la cistectomía total suprapúbica. La circunstancia anatómica motivada por la adherencia de la vejiga tumoral con el bajo fondo vaginal, obliga a abrir esta vía, la que se aprovecha para drenaje, cerrando la cavidad abdominal suprapúbica.

Este hecho nos ha permitido observar la buena tolerancia del drenaje perineal, puesto que la enferma se ha levantado al vigésimo día con la pared abdominal cerrada, aunque drenando abundante secreción por la vagina.

Es de notar, de que en este caso se trataba de uno de los raros espécimen de endometriocarcinoma que existen en la literatura.

A pesar de la intervención amplia, el tumor ha recidivado in situ, muriendo la enferma a los 60 días, por una hemorragia, probablemente debida a la apertura de un gran vaso, la uterina o la hipogástrica.

Caso Nº 3. — A. B., 56 años de edad, agricultor, argentino.

Comienzan sus síntomas hace un año, con polaquiuria y dolor al final de la micción: las hematurias han aparecido recién en los últimos tiempos.

*Vejiga:* A la palpación bimanual se tacta una vejiga de paredes elásticas con infiltración en el bajo fondo. Endoscópicamente se observa en la pared posterior una lesión productiva a forma estrellada de bordes muy admatosos, el centro está ulcerado y sangrante.

La radiografía con sustancias opaca muestra una discreta dilatación del árbol urinario de ambos lados. La radiografía de la vejiga muestra un órgano pequeño con reflujo pasivo en ambos lados.

*Intervención:* Se practica la derivación urinaria, recibiendo, el cólon ascendente: el uréter derecho y el cólon descendente: el uréter izquierdo. La evolución ulterior de esta intervención se hace sin novedad practicándosele la cistectomía total a los 20 días de la derivación urinaria.

El estudio anotomo-patológico revela un epiteloma infiltrante, destructivo con amplia zona de necrosis siendo el tipo celular el mataplacante malpighiano.

*Evolución de la enfermedad:* El enfermo sigue bien durante los dos primeros meses de la intervención, entrando luego paulatinamente en caquexia, falleciendo al cuarto mes.

#### COMENTARIO:

Este enfermo presenta infiltración palpable del bajo fondo vesical mostrando además radiográficamente dilatación urinaria discreta en ambos lados.

A pesar de ello la anastomosis urétero intestinal extra peritoneal evolucionó sin novedades permitiendo a los 20 días hacer la cistectomía total, tolerando el enfermo discretamente bien la intervención durante los dos primeros meses. Luego comienza a hacer fenómenos de pielonefritis ascendente que ponen en serio compromiso la integridad de los riñones, no respondiendo prácticamente no se ha podido practicar autopsia para determinar la causa real de la muerte.

Caso Nº 4. — J. C., 55 años de edad, profesión: mariner, italiano.

9 de mayo de 1945. Comienza su enfermedad hace 5 meses con dolor a la micción, poliuria diurna y nocturna y orinas purulentas. Ultimamente hematuria con coágulos que se repiten periódicamente durante un mes y medio.

*Vejiga:* a la palpación bimanual, se palpa una masa tumoral del tamaño de una naranja fija, inmóvil, no dolorosa. Endoscópicamente en la pared superior se percibe una pequeña tumoración del tamaño de una nuez grande, que hace saliencia dentro de la cavidad; la mucosa vesical que la recubre parece ser sana, salvo en la parte media, que está ulcerada y sangrante. Radiográficamente la vejiga parece tener buena capacidad pero la pared superior se encuentra como cortada en forma neta; las paredes de la vejiga se puede ver debido a su densidad, mostrando un enorme espesamiento sobre todo en la parte superior que corresponde a la masa tumoral.

*Análisis:* Revela un enfermo en buenas condiciones para soportar una intervención quirúrgica.

Radiografía de excreción muestra dilatación ureteral doble muy discreta; función renal buena.

*Operación:* 1-6-45. Derivación urinaria al intestino. Vía extraperitoneal anastomosándose el izquierdo en el cólon descendente y el derecho en el cólon ascendente. A los quince días se establece una colo-rectitis que dura más de una semana cediendo al final con sulfamidas.

Cistectomía total suprapúbica en 1-7-45, encontrándose con una vejiga grande dura y adherida, a pesar de todo se reseca quedando parte de la próstata sin poderna reseca.

*Anatomía patológica:* De los distintos cortes practicados se saca en conclusión que se trata de un epiteloma intrínseco a probable nacimiento parietal que ha invadido toda la pared haciendo tardíamente propulsión en la vejiga.

*Marcha de la enfermedad:* Dilatación intestinal con insuficiencia hepática al tercer día de la intervención; se coloca sonda de Miller-Abbot durante cuatro días. Con tratamiento adecuado

el enfermo sale de este episodio, pero a los quince días comienza a hacer un estado febril irregular que no cede a las sulfamidas muriendo al mes y medio de operado.

*Autopsia:* pielonefritis ascendente con nefritis apostematosa doble.

#### COMENTARIO:

Se trata en este caso de una neoplasia a neta manifestación parietal, probablemente la más grave de todas las manifestaciones anatomopatológicas de los tumores de la vejiga.

A pesar de existir una discreta dilatación doble, se practica derivación intestinal en 2 tiempos que provoca una colo-rectitis muy molesta cediendo al final con sulfamidas.

La evolución post-operatoria de la cistectomía fué sumamente grave, provocando una insuficiencia aguda del hígado, que cede a duras penas con el tratamiento, dejando al enfermo en malas condiciones de defensa que no puede soportar la pielonefritis ascendente; falleciendo al mes y medio por nefritis apostematosa doble de origen ascendente.

Caso Nº 5. — F. S., 54 años, comerciante, italiano.

Hace tres meses nota orinas hematóricas y piúricas en forma intermitente con coágulos. que se fué acentuando hasta hace 1 mes, en que las orinas se volvieron sanguinolentas; francos dolores en hipogastrio, que se irradian a muslo derecho, polaquiuria y ardores al final de las micciones.

*Vejiga:* A la palpación no se palpa vejiga, pero hay una sensibilidad dolorosa que coincide con la mitad derecha vesical, hasta la zona inguinal irradiado a muslo del mismo lado en su cara interna.

Por cistoscopia se observa una tumoración sesil de superficie irregular con algunas partes ulceradas, que abarca pared vesical hasta el cuello.

*Radiográficamente:* cálculo coraliforme en riñón izquierdo.

*Cistografía:* Vejiga en su mitad derecha amputada, con borde irregular.

Reflujo vesicoureteral lado derecho.

*Operación:* Cistectomía total un mes después de internado, con abocamiento de uréteres a piel. Fallece a las 48 horas.

*Anatomía patológica:* La pieza extraída está compuesta por vejiga, vesículas seminales y próstata. El tumor está situado en la pared posterior y cúpula vesical, determinando un considerable aumento del espesor de dicha pared, alcanzando en la parte mayor una extensión de 6 cms.

Histológicamente se trata de un epiteloma infiltrante, grado 4, muy anaplásico.

#### COMENTARIO:

Trátase en este caso de un enfermo de por sí en condiciones deficientes del aparato urinario, por la presencia de un cálculo coraliforme izquierdo y de una dilatación ureteral derecha con reflujo vesico-ureteral. Pero como la tumoración

vesical presentaba marcado grado de malignidad con intensas molestias y hematurias vesicales, se resuelve la intervención en un tiempo con abocamiento a piel de uréteres; intervención que se hace prácticamente sin shock, encontrándose al día siguiente en relativamente buenas condiciones, pero al segundo día comienza una dilatación aguda de intestino, con meteorismo, vómitos porráceos, que no obedece a la terapéutica, falleciendo a las 48 horas. En la autopsia se encuentra: hígado con degeneración grasa y nefritis apostematosa de ambos riñones.

Comprendemos que este caso no es el ideal para una cistectomía y que las causas de la muerte encontradas en la autopsia podían haber existido aún sin la intervención.

Sin embargo justificamos la cistectomía por el carácter de las lesiones que se agravaban a ojos vista.

Caso Nº 6. — N. L., 58 años, panadero, español, ingresa el 23 de agosto de 1946.

Desde hace 8 años, orina teñida con sangre y pequeños coágulos. Polaquiuria nocturna 4 ó 5 veces y disuria inicial.

Por cistoscopia se observa un proceso proliferativo confirmado por biopsia cuyo resultado indicaba epiteloma travecular infiltrante que ocupa desde las 8 a las 11 horas, rodeando el cuello vesical e invadiendo el trigono; de tipo sesil, con lobulaciones y en algunas zonas discreto esfacelo. La uretra sangra al retirar el cistoscopio.

Radiográficamente se observa al urograma buena eliminación; no visualizándose bien los cálices y pelvis por la abundancia de gases.

*Operación:* 10 de setiembre de 1946. Coffey izquierdo en colon descendente, que se fistuliza al 5º día dando salida a orina y materias fecales.

El 10 de diciembre se hace uretero-cutáneo neostomía derecha que tolera bien.

El 8-5-47 cistectomía total supra-púbica demostrando el estado de la pieza la desaparición del tumor proliferativo, encontrándose histológicamente islotes tumorales en la pared de la vejiga, pudiendo clasificarse como epiteloma infiltrativo grado 3 de Broders.

A los pocos días aparece secreción por la herida operatoria y luego salida de materias fecales

El enfermo fallece en caquexia a los 20 días de operado.

#### COMENTARIO:

Este caso es particularmente interesante desde varios puntos de vista. El establecimiento de una fístula uro-estercorácea al 5º día, que no cerró espontáneamente y que a pesar de las plásticas efectuadas para su curación se consiguió solamente la desaparición de la fístula estercorácea, pero no de la urinaria. Y por esta causa se eligió la derivación cutánea como segundo tiempo de la derivación urinaria, que toleró bien.

Sin embargo, el enfermo decae visiblemente, lo que nos obliga a practicar la cistectomía en relativas malas condiciones, encontrándonos con el curioso hecho de la desaparición macroscópica del tumor vesical, cuya estructura y ma-

lignidad la había dado la biopsia hecha en dos ocasiones. Sin embargo, se pudo confirmar histológicamente la presencia de células neoplásicas en la pared vesical.

No podemos atribuir la causa de la muerte de este enfermo, sucedida al mes, ni a la neoplasia, puesto que en la autopsia no se encontró metástasis en el organismo, ni a la cistectomía que soportó bien.

Para nosotros la causa de la muerte en este caso, ha sido la insuficiencia renal por pielonefritis a repetición.

Caso Nº 7. — C. G., 53 años, cocinero, español.

Ingresó el 19-11-46. Alta el 17-5-47.

Reingresa el 20-6-47. Fallece el 30-6-47.

Inicia su enfermedad hace 10 meses con hematurias totales intermitentes. Se le diagnostica (por cistoscopia), tumor vesical y el enfermo deja de concurrir al servicio.

Hace tres meses las hematurias se repiten con frecuencia hasta que en una oportunidad se le bloquea su vejiga con coágulos. A pesar de este accidente el enfermo se resiste a ser sometido al tratamiento adecuado. Aparecen disurias e intenso esfuerzo miccional que le obliga a orinar gota a gota.

*Por cistoscopia:* se observa la pared lateral izquierda invadida en toda su extensión por un tumor sesil que llega hasta cuello, de aspecto cerebriforme, fácilmente sangrante. Alrededor del tumor zonas de edema.

*Radiográficamente:* Buena función a los 10' en ambos lados, llenándose mejor la sustancia opaca del lado derecho.

*Cistografía:* Vejiga de su mitad izquierda deformada ligeramente festoneada aplastada hacia adentro, observándose en la obtenida de perfil una entrada hacia atrás, arriba y abajo, con los bordes fuertemente festoneados.

*Operación:* 25-1-47. Nefrostomía doble en la misma sesión, que tolera bien. 9-2-47. Cistectomía total suprapúbica que se aplica con ileo paralítico que cede fácilmente. El enfermo mejora y es dado de alta el 17-5-47.

*Anatomía patológica:* Macroscópicamente la pieza operatoria estaba compuesta por la vejiga, las vesículas seminales y la próstata, faltando de esta última la parte correspondiente al pico.

Abierta la pieza se puede observar un extenso epiteloma que ocupa toda la pared posterior de la vejiga, no haciendo saliencia endo-cavitaria.

El estudio histológico revela un epiteloma infiltrante parietal grado 4 de Broders.

Un mes después, vale decir, 6 meses después de su iniciación, reingresa al Servicio, por hemorragia grave que aparece por un pequeño trayecto fistuloso, supra púbico. Se abre en parte dicho trayecto y se tapona durante 4 días. La hemorragia se repite a los dos días; constipación, anuria del lado izquierdo y oliguria de 30 c.c. del lado derecho, falleciendo en caquexia.

#### COMENTARIO:

En vista de las dificultades que se presentaban con las anastomosis urétero intestinales y que radiográficamente era un enfermo con dilatación urinaria superior, resolvimos hacer nefrostomía doble, a fin de observar además, el comportamiento postoperatorio de los riñones y la adaptación del enfermo a



este tipo de derivación. La neostomía fué soportada sin contratiempo; la adaptación del enfermo fué satisfactoria. Se procede luego a la cistectomía total suprapúbica donde, a pesar de haber sacado toda la vejiga con las vesículas terminales, quedó probablemente parte del muñon prostático, motivo por el cual recidivó la neoplasia en forma violenta, que por hemorragia aguda, terminó con la vida del enfermo.

Caso N° 8. — A. B., biselador, 61 años.

Ingresó el 24-7-47. Alta el 1-11-47.

Comienza hace 8 meses, con ardor miccional, polaquiuria y disuria nocturna (7 a 8 veces).

Hace 2 años, hematuria total con coágulos, que bloquea la vejiga. Desde entonces ardor más intenso durante la micción, hematurias y orinas piúricas. El tacto bimanual muestra próstata del tamaño de una ciruela, lisa, indolora y regular con bordes netos, en lado derecho. En lado izquierdo, el borde superior irregular, que se confunde con una tumoración accesible al tacto, que parece corresponder a pared lateral izquierda de la vejiga y cuya compresión provoca micción imperiosa.

*Cistoscopia:* Muy dificultosa por la poca capacidad vesical, permite visualizar una gran tumoración que ocupa la hemi-vejiga izquierda, irregular y sesil.

*Radiográficamente:* Buena función derecha. Dilatación ureteral inferior lado izquierdo, y falta de función en ese lado. Falta de relleno de la hemi-vejiga izquierda.

*Operación:* 29-7-47.

Cistectomía total en un tiempo, combinada con perineotomía y abocamiento de uréteres a piel.

Se deja drenaje perineal durante 45 días. Buena eliminación de ambos uréteres con recuperación funcional del lado izquierdo. En muy buenas condiciones se da de alta el 2-11-47.

*Anatomía patológica:* Macroscópicamente presenta la pieza quirúrgica compuesta por la vejiga, próstata y vesículas seminales, extirpadas en su totalidad. En la zona trigonal y ocupando el bajo fondo y el cuello vesical existe una masa indurada de gran espesor, no proliferativa en la cara endovesical.

Histológicamente se hace el diagnóstico de epiteloma a nacimiento parietal grado 4 de Broders.

#### COMENTARIO:

En este caso pertenece a un hombre que presentaba un tumor de vejiga infiltrante y perfectamente perceptible al tacto rectal. Radiográficamente había una buena función del riñón derecho, pero con dilatación ureteral inferior y ausencia de función del lado izquierdo.

También se presentaba aquí el problema de la urgente extirpación de la neoplasia. En cierto modo similar al caso anterior, con la diferencia de que la anulación funcional del riñón izquierdo, era debida a la oclusión del orificio ureteral por la neoplasia. Resolvimos el problema haciendo perineocistectomía con drenaje perineal, motivo más de una vez de absorciones tóxicas, que terminan con la vida del enfermo.

Es de notar que este paciente, a pesar de su grave estado preoperatorio, toleró la intervención perfectamente bien, estableciéndose la función urinaria aún del lado no funcionante, viviendo hasta la fecha.

Caso Nº 9. — A. G., 62 años, italiano, conductor.

Ingresa el 5-9-47.

Comienza hace 2 años con hematuria, que se repite durante 4 días, con periodos de orinas claras. Es examinado y se le practica una electrocoagulación en una tumoración vesical.

Hace 1 mes, nueva hematuria a refuerzo final, episodio que se repite durante 10 días. Polaquiuria nocturna y esfuerzos para comenzar la micción.

Por cistoscopia se observa una imagen tumoral en la región supra trigonal de aspecto ulcerado.

*Tacto combinado:* Muestra próstata aplanada, lisa, regular. Lóbulo derecho de consistencia algo disminuida, con límite superior difuso, indoloro. El lóbulo izquierdo irregular, con zonas induradas y cuyo límite superior es poco reconocible.

*Radiográficamente:* Tumoración que ocupa 1/3 del área vesical, situada en la parte inferior.

*Operación:* 12-8-47.

Cistectomía total combinada con prostato-perineotomía y abocamiento de uréteres a piel. Postoperatorio muy bueno, siguiendo el enfermo en buenas condiciones.

*Examen de la vejiga:* Vejiga grande de paredes aparentemente sanas. Se palpa en pared posterior y a nivel de la zona trigonal una zona indurada del tamaño de un cobre. Abierta la pieza se constata mucosa vesical con lesiones epiteliomatosas a nivel del trigono, por encima del uréter derecho a que ocupa todo el espesor de la pared.

Histológicamente se diagnostica epiteloma infiltrante trabecular, grado 4 de Broders.

#### COMENTARIO:

En este caso se ha practicado una intervención radical con neostomía cutánea en un tiempo y nos ha permitido observar la buena tolerancia de la perineo-próstata cistectomía con cierre de la pared abdominal y drenaje en periné. Para que esta operación sea completa, debe incluir toda la próstata, con vesículas seminales, sus ámpulas y deferentes. Esta técnica nos asegura la extirpación total del carcinoma. El drenaje perineal impide la absorción de productos tóxicos de desintegración dejando al enfermo con un post-operatorio muy satisfactorio, soportando además en un solo tiempo la anastomosis cutánea. Sin embargo, nos demuestra también la dificultad que existe en una fistulización correcta de los uréteres, que cuando se necrosan prematuramente en su extremidad móvil, deja para drenar la orina, un trayecto tan anfractuoso que dificulta el drenaje confortable del enfermo.

Caso Nº 10. — J. M., 51 años, panadero, español.

Ingresa el 20-10-47.

Comienza hace 1 año con hematuria total a refuerzo final. Desde entonces, orinas turbias y esfuerzos para iniciar la micción. Polaquiuria nocturna 1 a 3 veces.



Figura 1



Figura 2

Hace un mes, nueva hematuria, de mayor intensidad que la anterior y pérdida considerable de peso desde el comienzo de su enfermedad.

*El tacto bimanual muestra:* próstata pequeña de consistencia elástica, de superficie lisa, indolora, del tamaño de una almendra. Inmediatamente pegada a la próstata hay una masa dura, irregular, dirigida hacia arriba, en dirección a las vesículas. Vesículas seminales, duras, engrosadas, pseudo quísticas, con perivesiculitis.

El examen cistoscópico no puede practicarse por no poder introducirse ni el cistoscopio, ni el panendoscopio bajo el control de la vista.

*Radiográficamente:* Falta de relleno en parte lateral derecha, izquierda, inferior por masa tumoral.

Insuficiencia renal total en la radiografía de excreción.

*Operación:* 8-11-47.

Cistectomía total con prostata-perineotomía y abocamiento de uréteres a piel en un tiempo.

*Examen de vejiga:* Vejiga con próstata y vesículas seminales prácticamente intactas, estando estas últimas muy dilatadas y por delante de ellas una zona de induración muy marcada. Uréteres del tamaño de un dedo meñique, que se introducen en la vejiga a través de la masa tumoral. Abierta la pieza se observa pared vesical muy espesada y en la parte correspondiente al trigono, próstata y uretra prostática, una gran masa tumoral de consistencia dura, superficie irregular, que hace marcada prociencia en la vejiga, sobre todo en la zona de la uretra y del ligamento interuretérico, que alcanza al tamaño de una nuez y una avellana respectivamente.

El tumor invade la pared vesical en forma total, pero está detenido al parecer por una cápsula conjuntiva, situada en la capa externa, de la vejiga.

Histológicamente se diagnostica epiteloma infiltrante muy anaplásico, grado 4 de Broders.

#### COMENTARIO:

Este enfermo lo consideraremos de gran enseñanza quirúrgica. Se planteaba el problema de un carcinoma de vejiga que invadía uretra posterior y que había prácticamente desbordado los límites de la pared vesical con insuficiencia, del grado más severo, de su secreción urinaria. A prima facie, era un enfermo inoperable, pertenecient a aquellos casos en que como único recurso terapéutico se le aconsejaba paliativos y nada más.

Con la intervención quirúrgica se solucionó en un tiempo la extirpación completa del tumor por la próstata-vesículo-cistectomía y en la derivación de orina cutánea, en el mismo acto quirúrgico, se consiguió hacer eliminar al sujeto 2.500 c.c. de orina al 3er. día de operado.

#### CONCLUSIONES

De los casos presentados, podemos deducir los siguientes hechos:

1º) La derivación intestinal del a orina practicada por vía extraperitoneal tiene algunas veces serios inconvenientes, como ser las fistulas urinarias y estercoreáceas.



2º) La derivación intestinal no pone a resguardo de una infección ascendente controlable.

3º) Algunos de nuestros casos derivados por vía intestinal han muerto por pielonefritis apóstematosa ascendente.

4º) La sobrevivencia más larga que hemos tenido en los casos derivados por vía intestinal ha sido de 4 meses.

5º) La derivación cutánea se tolera muy bien y es fácilmente controlable, en cuanto a infección se refiere.

6º) La derivación cutánea puede hacerse con ureteres en cualquier estado de dilatación o de infección ascendente, siendo prácticamente inmediata la recuperación funcional de los riñones.

7º) La derivación cutánea es aún un problema para la vida de relación del enfermo.

8º) La cistectomía total por vía suprapúbica, deja un seno de infección difícilmente drenable, que pone en serio peligro la vida del enfermo.

9º) La cistectomía suprapúbica muchas veces es incompleta, con respecto a la extirpación de la próstata.

10º) La cistectomía perineo abdominal asegura en cambio la completa extirpación de la próstata, de las vesículas seminales y de la vejiga, permitiendo el drenaje perineal por gravedad y la sutura completa de la pared abdominal.

11º) Utilizando la técnica perineo abdominal, con uretero cutáneo anastomosis, se puede hacer la intervención en 1 tiempo, aun en los casos *más graves y desfavorables*.

12º) La causa de la muerte inmediata en estas intervenciones, es la insuficiencia aguda del hígado, que cuando hay anastomosis intestinal para derivar la orina es reagravada por la insuficiencia renal.

13º) La causa de la muerte tardía en nuestros casos se ha producido por: hemorragias incontrolables por recidiva in situ, por pielonefritis apóstematosa en las anastomosis intestinales solamente y por caquexia.

14º) La cistectomía total está aconsejada formalmente en todos los epitelomas grado 4 de Broders.

15º) La infiltración de la pared vesical, no es una contraindicación para la cistectomía total.

16º) La cistectomía total no debe practicarse cuando la vejiga esté fija contra las paredes de la pequeña pelvis o cuando hay metástasis.

17º) La cistectomía total debido a la gravedad que involucra para la vida de relación del enfermo, no debe ser practicada, mientras haya probabilidad de éxito con la intervención parcial.