

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

CISTECTOMIA PARCIAL: OBSERVACIONES Y RESULTADOS

Por los Dres. A. TRABUCCO, E. B. BOTTINI (h) y R. J. BORZONE

INTRODUCCIÓN

Aunque la cistectomía total podría representar, teóricamente, el tratamiento de elección para todo cáncer de vejiga, no debemos olvidar que la mutilación a que se somete al enfermo es de extraordinaria importancia; puesto que, si bien se soluciona el problema de la localización insitu y recidiva, deja mucho que pensar el estado del enfermo posterior a la intervención. El paciente está agravado por el serio achaque de la derivación de orina, sea intestinal o cutánea, que lo disminuye, desde el punto de vista social, en sus actividades de relación. No es lo mismo extirpar un riñón o un estómago cancerosa, cuyas consecuencias funcionales ni se perciben, que extirpar un vejiga, donde, evidentemente se saca un mal; pero a expensas de una seria invalidez.

Si agregamos que la mayor parte de los tumores vesicales adoptan una marcha lenta en su evolución, por lo menos en sus comienzos y que el enfermo, en general, muere por insuficiencia renal o por hemorragias vesicales, antes que por caquexia tóxica consuntiva, propia del tumor, ello nos autoriza a pensar que la cistectomía parcial no debe, en principio, ser abandonada. Por tal motivo hemos recopilado los últimos 19 casos presentados en nuestro Servicio, cuyos estudios clínicos y sobre todo anatómopatológicos tienen la pretensión de ser completos, razón que nos permite sentar conclusiones de cierta importancia y que pondremos a la consideración de ustedes.

A continuación efectuaremos un análisis suscinto de las historias clínicas correspondientes.

Historia Nº 1 - Caso 1. — E. Y., 49 años, argentino, casado, empleado. Febrero de 1946. Hematuria desde hace tres años, de escasa intensidad, a predominio final, con polaquiuria y ardor final. Alternan períodos de orinas claras con otros de hematuria de variada intensidad

y duración. En estas condiciones estuvo un año tratado por "nefritis". A principios de 1945 es examinado en nuestro servicio. Se diagnostica un papiloma vesical y se efectúan varias sesiones de electrocoagulación endoscópica. Como éstas causaban fiebres urinosas prolongadas, cistitis intensas y epididimitis a repetición y como las imágenes cistoscópicas y radiológicas mostraban una neta infiltración parietal, se encara el problema terapéutico nuevamente. El tacto bimanual es negativo. *Cistoscopia*: tumor vesical situado en la pared lateral derecha, de 7 a 11 horas, por detrás del cuello, (que se halla libre), suprimeático, de tamaño de una nuez grande, aspecto vellosa, blanquecino, infiltrado. Se decide cistectomía parcial, (marzo de 1946), procediéndose a la extirpación del tumor con bisturí eléctrico, llegando a extirpar pared sana, a 1 cm. alrededor del mismo. Al ligar un vaso profundo, queda perdida una aguja de Agedorn, que luego de infructuosas búsquedas se deja abandonada. Postoperatorio excelente. Enfermo dado de alta a los 15 días.

El examen anatomopatológico de la pieza, demostró: epiteloma grado 4 de Broders.

Durante un año más o menos, el paciente no acusa síntoma alguno, habiendo recuperado su estado general. En los sucesivos exámenes cistoscópicos muestra una vejiga sana y la zona de implantación primitiva del tumor, reemplazada por una zona cicatrizal edematosa. A comienzos de 1947, hematuria de escasa intensidad. La cistoscopia revela la existencia de pequeños papilomas en la zona operada, los que se electrocoagulan. En julio del corriente año, señala dolores ciáticos del lado derecho, constatándose por el tacto rectal, por encima de la próstata —que tiene caracteres normales— un bulto del tamaño de un huevo de gallina, sobre la pared lateral del recto, a la derecha, en íntimo contacto con la zona ósea iliaca, liso, irregular, indoloro al tacto. Posteriormente dicha tumoración aumenta de tamaño, infiltrando toda la fosa iliaca derecha. Dos meses después, fuerte dolor en la columna dorsal, a irradiación intercostal, descubriendo la radiografía, metástasis en 4ª y 5ª vértebras dorsales. Mal estado general en el momento actual.

Historia Nº 2 - Caso 2. — G. R., 58 años, español, agricultor. Concorre en noviembre de 1946, manifestando desde hace 4 meses trastornos en la micción, ardor postmiccional, irradiado a meato, con polaquiuria diurna y nocturna (de día cada hora y de noche dos o tres veces). Hace un mes y medio, hematuria terminal espontánea, caprichosa y leve. En estas condiciones se traslada desde Mendoza a esta capital y consulta en nuestro servicio. Estado general conservado. Micciones sin dificultad, orinas ligeramente turbias, hematúricas. Próstata y vejiga al tacto uni y bimanual sin particulares. La cistoscopia muestra en la cara posterior de vejiga una formación proliferante, vellosa, aparentemente sesil, que sangra en algunos puntos, cubierta por exudado serofibrinoso y coágulos hemáticos. La uretrocistografía, de perfil, muestra una zona parietal de falta de relleno. Se procede a la intervención con anestesia raquídea (noviembre de 1946). Efectuada la cistostomía, se ve en la cara posterior de la vejiga, por detrás del triángulo y ligeramente lateralizada a la derecha de la línea media, una formación proliferativa ovalada (4 cm. horizontal y 5 cm. vertical). Se la reseca a electrobisturí a 1 cm. de distancia de su contorno, tomando todos los planos parietales. Postoperatorio excelente. Alta a los 15 días con vejiga cerrada.

El examen anatomopatológico demostró se trataba de un epiteloma infiltrativo, macizo, de tipo Malpighiano, grado 4 de Broders.

El enfermo abandona el Servicio y después de un año, en el cual no tuvo molestia alguna, es controlado cistoscópicamente, constatando en la zona operada, mucosa de aspecto normal.

Historia Nº 3 - Caso 2. — G. B., 69 años, argentino, herrero. Hace un año y medio (1944), trastornos de la micción: disuria y ardor miccional a refuerzo terminal. Desde hace 8 días hematuria final en todas las micciones con escasa variación de intensidad. *Al tacto*: próstata y vejiga nada de particular. *Cistoscopia*: en pared lateral derecha formación poliposa sesil, con precipitaciones de fibrina y sales, que se extiende de las 7 a las 1 horas, con edema peritumoral. Buen estado general. La uretrocistografía muestra la pared lateral derecha de la vejiga con una deformación lacunar del tamaño de un huevo de gallina. Operación con anestesia raquídea (octubre de 1946). Al abrir vejiga se observa un tumor del tamaño de un huevo de gallina, consistente y elástico, situado por arriba y afuera del meato ureteral derecho. Se lo reseca a electrobisturí. A nivel del labio anterior del cuello se observa otra tumoración del tamaño de un huevo de paloma, que también se reseca a electrobisturí.

El examen anatomopatológico demostró tratarse de un epiteloma a nacimiento parietal, que invade tejidos vecinos, disecando las fibras musculares, llegando a la mucosa, a la cual excita e influye en su proliferación, de grado 3 de Broders.

Postoperatorio excelente. Alta a los 15 días con vejiga crerada. Hasta la fecha no se tienen más noticias de este paciente.

Historia Nº 4 - Caso 4. — E. B. O., 44 años. Comienza su enfermedad en 1941, con hematurias totales, caprichosas, sin ardor ni dolor. *Cistoscopia*: en pared lateral derecha, por detrás del meato ureteral, asienta un tumor del tamaño de una mandarina, veloso, semipediculado, sin lesiones en su base. No se palpa tumoración ni infiltración al tacto combinado. *Intervención*: (febrero de 1944) abierta vejiga, se extirpa el tumor, ligando el pedículo y electrocoagulando los alrededores de la base de implantación, en corona, introduciendo el electrodo a 1 cm. de profundidad.

Anatomía patológica: epiteloma papilífero, grado 2 de Broders.

Historia Nº 5 - Caso 5. — Sra. C., 35 años, marzo 1943. Comienza su enfermedad hace un año, con polaquiuria y dolor intenso fuera de la micción. Ultimamente hematurias. *Vejiga al examen bimanual*: se palpa una tumoración hipogástrica del tamaño de un huevo de paloma, móvil, dura, no dolorosa. Cistoscópicamente se ve una masa tumoral sobre techo vesical, que hace prociencia en la cavidad, de superficie irregular, tamaño nuez, aspecto macizo, ulcerado. *Intervención*: se reseca a electrobisturí la masa tumoral juntamente con la pared vesical, que debe aislarse del peritoneo, que está invadido.

Anatomía patológica: epiteloma alantoidiano de la vejiga, grado 4.

Evolución: recidiva del tumor in situ, a los dos meses; invasión peritoneal que interesa por reacción inflamatoria al cólon ascendente, el cual se abre en el sitio de la herida, estableciendo una fístula estercorácea. Fallece la enferma en caquexia al 5º mes de operada.

Historia Nº 6 - Caso 6. — V. N., 50 años, abril 30 de 1943. En 1941 fué operado a cieloabierto por una papilomatosis vesical, que recidiva a los tres meses, siendo electrocoagulado endoscópicamente en repetidas ocasiones. A la cistoscopia vemos un tumor papilífero multicéntrico, situado predominantemente en el lado derecho y cúpula vesical, en la zona correspondiente a la cicatriz de la primitiva cistostomía. *Intervención*: extirpación del tejido cicatrizal suprapúbico, juntamente con toda la pared superior de la vejiga, quedando ésta reducida a una pequeña cavidad. Postoperatorio muy accidentado, que al final se equilibra, recuperando el paciente su capacidad vesical. Sigue bien durante dos años, produciéndose en 1945 un pequeño brote del tamaño de un grano de maíz en la pared superior de la vejiga, el cual se electrocoagula

profundamente por vía endoscópica. Permanece curado hasta comienzos de 1947, en que recidiva in situ con tres pequeños mamelones epiteliomatosos, los que también son electrocoagulados. El estudio anatomopatológico de la pieza operatoria reveló un epitelioma de grado 2 de Broders.

Historia Nº 7 - Caso 7. — A. G., 41 años, noviembre 9 de 1945. Comienza hace 2 años, con polaquiuria diurna y nocturna, hematurias a repetición y dolor renal izquierdo. Se diagnostica cálculo coraliforme del riñón izquierdo, haciéndose la nefrectomía consiguiente por insuficiencia de ese órgano y hematurias a repetición. En el momento de verlo nosotros presentaba en la vejiga una gran masa tumoral que ocupa la parte izquierda de la cavidad, de aspecto cerebriforme, sesil, con marcado edema periférico. La parte derecha de la vejiga aparece sana. *Palpación bimanual*: negativa. *Intervención*: se extirpa la mitad izquierda de la vejiga liberando el pedículo izquierdo, teniendo cuidado de no interesar la pared vesical; recién entonces se procede a la apertura de la vejiga, para terminar con la hemicistectomía izquierda.

Anatomía patológica: epitelioma papilífero, grado 2 de Broders, con reacción inflamatoria perifocal.

Evolución: examinado al año, permanece curado.

Historia Nº 8 - Caso 8. — F. A., 71 años, chófer, febrero 4 de 1945. Único síntoma urinario: hematuria desde hace tres semanas, que no ha podido cohibirse. *Vejiga*: al tacto bimanual: sin particulares. *Endoscopia*: en la parte posterosuperior de la vejiga, se ve un tumor del tamaño de una frambuesa, sesil, abollonado, de aspecto de huevos de caracol. Mucosa peritumoral edematizada. Resto sana. *Radiográficamente*: falta de relleno situada en la pared posterolateral derecha, de dos centímetros de diámetro y con marcada prociencia en vejiga. *Intervención*: extirpación submucosa del tumor a bisturí eléctrico.

Anatomía patológica: epitelioma papilífero pseudocavernoso, grado 3 de Broders, con invasión de la parte basal submucosa pero con la muscular vesical de aspecto sano. Dos años después el paciente se encuentra aún sano.

Historia Nº 9 - Caso 9. — C. P., 72 años, mayo 2 de 1944. Hace tres años se le ha diagnosticado cáncer vesical en otro servicio y se ha efectuado distintas electrocoagulaciones endoscópicas. Mal estado general, edemas caquéticos, hematurias totales incoercibles. *Anemia marcada*: 1.200.000 glóbulos por mm³. Transfusiones, tonicardíacos mejoran el estado general, llegando a 4.000.000 de glóbulos. En esas condiciones se le efectúa cistoscopia, la que muestra una gran masa tumoral, cerebriforme, alrededor del cuello y en especial en la vertiente derecha. La palpación bimanual no percibe tumor. *Intervención*: cistostomía, extirpación submucosa amplia de toda la masa tumoral prociencia en vejiga, excavando para ello un profundo foso en donde se pudo alojar una torunda de gasa tamaño mandarina. Previendo pudiesen estar interesados los uréteres y el cuello, no se sutura, colocando un tapón de gasa para hemostasia. Drenaje suprapúbico con una pequeña sonda en vejiga. Al 4º día se retira la gasa, al 6º se coloca sonda uretral permanente, permitiéndose así la cicatrización de la talla, que se hace perfectamente. Se somete de inmediato a radioterapia profunda, efectuando 12.500 R a fuegos cruzados, en varios campos, que el enfermo tolera bien al principio; pero al cabo de un mes se establece una cistitis, que dura 3 meses. En enero de 1945 se lo examina de nuevo, encontrándose a la cistoscopia un pequeño mamelón tamaño cabeza de alfiler, en pared superior; se electrocoagula en la misma sesión. Al año de la primera intervención es visto con su vejiga perfectamente sana.

El examen anatomopatológico demuestra tumor muy celular, a grandes papilas, con ejes conjuntivos finos, de grado 4 de Broders.

Historia Nº 10 - Caso 10. — P. P., febrero 28 de 1945. Hematuria espontánea, única. Laringectomía hace un año por epiteloma papilífero de laringe. Reinterrogado, se constata que ya desde hace 6 meses presentaba polaquiuria y dolor postmiccional. La palpación combinada no señala nada de particular. La cistoscopia muestra un tumor vesical policéntrico, sesil, de aspecto vegetante, dividido en múltiples pequeños mamelones, que ocupan un área aproximada de 5 cm de diámetro situado atrás y por dentro del meato ureteral izquierdo. *Intervención:* (marzo 10 de 1945) a cielo abierto se reseca con bisturí eléctrico una amplia zona de la pared, donde estaba situado el conjunto tumoral, dejando una abertura muy amplia, que se sutura parcialmente, aproximando sus bordes en la parte superior. La resección ha interesado prácticamente toda la pared vesical, pues se ha llegado hasta la grasa perivesical. Drenaje suprapúbico con sonda de Pezzer, que se retira a la semana, siendo dado de alta a los 30 días en buenas condiciones. En enfermo es vuelto a ver en agosto de 1947, permaneciendo curado.

Anatomía patológica: epiteloma infiltrante con transformación pseudoquistica de algunos macizos celulares situados en la submucosa. Grado 3.

Historia Nº 11 - Caso 11. — B. G., 44 años, octubre de 1937. Hematuria espontánea y caprichosa, repetida en varias ocasiones. A la cistoscopia se descubre una gran tumoración vesical del tamaño de una mandarina, papilífera, pediculada. Electrocoagulación endoscópica en tres sesiones, desapareciendo totalmente la masa tumoral. Desde esa fecha hasta la actualidad, no ha recidivado. El estudio histológico de un trozo de tumor reveló: epiteloma papilífero diferenciado, de tipo malpighiano, grado 1.

Historia Nº 12 - Caso 12. — B., 35 años, 1935. Examinado por una hematuria espontánea. *Cistoscópicamente:* tumor vesical papilífero, pediculado, implantado en pared derecha, a 2 cm. del uréter; hay además otra formación del mismo tipo, tamaño arveja, asentada en el borde superior del meato ureteral del mismo lado. Se electrocoagulan ambos tumores en la misma sesión. Vigilando periódicamente, se lo da de alta en 1940. En 1945, nueva cistoscopia, aunque no hay síntomas subjetivos, encontrándose otro pequeño tumor papilífero, pediculado, situado en la pared superior del lado izquierdo. Electrocoagulación.

Histología: epiteloma papilífero diferenciado, tipo malpighiano, grado 1.

Historia Nº 13 - Caso 13. — L. B., 58 años, mayo 27 de 1944. La paciente tiene hematurias recidivantes polaquiuria y dolor postmiccional. Cistoscópicamente presenta una tumoración papilífera, semipediculada, esfacelada en su parte media, con precipitados calcáreos y colgajos desprendidos. Como se trata de una epiléptica se resuelve efectuar tratamiento endoscópico, electrocoagulando prácticamente todo el tumor en una sesión. Sometida luego a tratamiento modificador vesical durante tres meses, por presentar fenómenos de cistitis. Los exámenes de control efectuados a fin de año muestran vejiga perfectamente sana. Hasta mayo de 1945 no tiene síntomas de recidiva. En abril de 1947, recidiva tumoral in situ; es operada a cielo abierto, reseándosele toda la base de implantación. Hasta la fecha no ha recidivado.

Histología: epiteloma papilífero malpighiano diferenciado, grado 1.

Historia Nº 14 - Caso 14. — M., 69 años, octubre 15 de 1943. Desde dos años antes hematurias espontáneas y caprichosas. Ultimamente cistitis rebelde, muy dolorosa. Cistoscopia (anestesia epidural). Se ve una tumoración semipediculada, tamaño de una nuez situada en la parte lateral derecha del cuello vesical, de superficie irregular, abollonada, de color rojo vinoso, esfacelada, con precipitaciones calcáreas en su superficie y edema bulloso en la base. Extirpación a cielo abierto, reseca a electrobisturí el tumor con su base, en una extensión aproximada de 2 cm. por fuera de la superficie de implantación, interesando profundamente la pared muscular de vejiga. Postoperatorio grave, por una atelestasia pulmonar. Egresada bien. Controlado seis meses y dos años después, en ambas ocasiones se mantiene la curación.

Histología: epiteloma papilífero con muy discreta desdiferenciación, grado 2 de Broders.

En 1946 recidiva en cúpula vesicales (dos tumorcitos tamaño grano de arroz) que se electrocoagulan.

Historia Nº 15 - Caso 15. — C. T., 54 años, agricultor, enero 8 de 1945. Inicia su enfermedad hace un año y medio, con hematuria total, que se presenta repetidamente, en forma caprichosa. A la cistoscopia se ve un tumor de tamaño mandarina, de superficie irregular, semi sesil, con uréteres libres. La palpación combinada no señala nada de particular. *Intervención:* a cielo abierto se reseca el tumor con 1 cm. de mucosa sana, a electrobisturí, interesando en profundidad la pared muscular de vejiga. Sutura de los bordes del lecho tumoral con puntos de catgut. Sonda de Pezzer suprapúbica, retirada al 4º día. Alta al 10º día con vejiga cerrada. La cistoscopia efectuada como control el 5-9-1947 muestra la vejiga completamente sana.

Anatomía patológica: epiteloma papilífero a gruesas papilas, grado 2 de Broders, sin infiltración de la muscular adyacente.

Historia Nº 16 - Caso 16. — J. Y., 68 años, julio 12 de 1944. Comienza hace 3 años con hematurias caprichosas. Se diagnostica tumor vesical que se electrocoagula periódicamente hasta la fecha. En esta ocasión, la cistoscopia muestra un gran tumor que rodea el cuello vesical, progresando hacia la derecha, papilífero, muy sangrante. No hay infiltración a la palpación bimanual. *Intervención:* a cielo abierto, con electrobisturí, se reseca toda la zona tumoral, introduciendo profundamente el electrodo. Una vez reseca todo el tumor, se introduce el electrodo hasta 1 cm. de profundidad en todo el lecho y en bordes sanos. Cura bien. Ha evolucionado sin particulares hasta la fecha, en que se presenta una pequeña tumoración del tamaño de una oliva, localizada en la pared lateral izquierda, por encima del orificio ureteral.

Histología: epiteloma papilífero, grado 2.

Historia Nº 17 - Caso 17. — G. G., marzo 1º de 1945. Comienza hace dos años con hematurias a repetición, cada vez más intensas, hasta producir bloqueos vesicales por coágulos. *Vejiga:* a la palpación bimanual se tacha una masa tumoral situada en el lado izquierdo de la misma, por encima de la próstata. Endoscópicamente se ve una tumoración sesil, de tamaño mandarina pequeña, situada en la pared lateral izquierda, interesando al parecer el uréter. Aspecto cerebriforme, sangrante y sin reacción edematosa perifocal. Las radiografías de excreción muestran una marcada ectasia ureteral izquierda. En la vejiga se puede observar una neta falta de relleno, siendo la distancia entre el uréter inferior y la sustancia opaca intravesical, de más de 3 cm. *Intervención:* se reseca la hemivejiga correspondiente al tumor, con electrobisturí; se deja el uréter en el lecho operatorio. Drenaje hipogástrico y sonda Pezzer de gran calibre en vejiga. Postoperatorio sin inconvenientes; radiografiado a los 2 meses, el urograma

muestra función excretora normal, sin ectasia izquierda. Pero tres meses después, el enfermo fallece con recidiva in situ y metástasis en pulmón.

Anatomía patológica: epiteloma infiltrante, grado 4.

Historia Nº 18 - Caso 18. — C. A., 40 años, febrero 9 de 1944. Comienza su enfermedad hace 3 años, con polaquiuria diurna y nocturna, agregándose últimamente hematuria con coágulos. A la cistoscopia se ve mucosa vesical uniformemente congestiva. En la pared superior y por detrás de la burbuja, se ve un tumor sesil, de color rojo, superficie lisa, tamaño oliva, rodeado por edema bulloso. *Intervención:* Se reseca a electrobisturí una masa tumoral de tamaño nuez, sesil, situada en pared superior de vejiga. En enfermo muere a los cuatro meses, por recidiva y caquexia.

Anatomía patológica: adenocarcinoma alantoidiano, grado 4 de Broders.

Historia Nº 19 - Caso 19. — V. D., 56 años, jornalero, mayo 2 de 1943. Enfermo hace 6 años con hematurias indoloras y caprichosas. Ultimamente se agrega polaquiuria rebelde y dolorosa. *Vejiga:* hace 6 años se diagnosticó tumor vesical situado por arriba y fuera del orificio ureteral izquierdo, que se electrocoaguló endoscópicamente en forma periódica, sin hacerlo desaparecer. La cistoscopia hecha en nuestro servicio, muestra que la hemivejiga izquierda está ocupada por un tumor sesil, cerebriforme, con ulceraciones en la parte superior. El orificio ureteral del mismo lado no se ve. Radiográficamente se observa en la vejiga una marcada falta de relleno de toda la mitad izquierda. Los urogramas excretores muestran marcada dilatación de las vías excretoras de ese mismo lado. *Intervención:* a cielo abierto, resección diatérmica de la gran masa tumoral, del tamaño de una mandarina, sesil y muy sangrante. Se secciona el uréter izquierdo, reparándose el extremo cortado, que permanece adherido a vejiga. Egres a los 15 días para efectuar radioterapia intensiva. Fallece a los 7 meses en caquexia.

Anatomía patológica: epiteloma infiltrante grado 4 de Broders, con algunas zonas de transformación malpighiana.

COMENTARIOS:

Los casos 11 y 12, que presentan tumores ya tratados en 1935 y 1937, es decir, varios años antes que los demás de la serie presentada, los hemos incluido como ejemplo de tratamiento endoscópico y para que sirvan de elemento de comparación entre estos tipos de tumor que responden a esa terapéutica: son epitelomas papilíferos benignos, que corresponden dentro de la clasificación de malignidad de Broders, al grado 1 y en donde el examen cistoscópico demuestra no haber reacción tumoral peripeduncular, con el resto de la vejiga sana. Los casos 1, 16 y 19, en cambio, en los cuales hubo intento de tratamiento endoscópico, acompañado por el más rotundo de los fracasos, nos advierten que la electrocoagulación es factible exclusivamente en tumores como los de los casos 11 y 12, es decir, únicos, pediculados, sin infiltración peripedicular y con vejiga restante sana. En frente a éstos, con los tumores semipediculados, en donde la electrocoagulación endoscópica fracasa, la cistectomía parcial a cielo abierto, va seguida generalmente de larga evolución, con muy poco porcentaje de recidivas,

siendo la curación prácticamente siempre la regla: en estos casos ni debemos pensar en la cirugía radical, porque en la eventualidad remota de recidiva o aumento de la malignidad, siempre estaremos a tiempo de efectuar la cistectomía total.

En los casos en donde se toca a la palpación bimanual una masa tumoral bien evidente, en donde además, la sintomatología es pertinaz con hematurias persistentes y dolor constante, con radiografías que demuestran extensa deformación de la pared vesical, indicando neta infiltración de la misma, la cirugía parcial es de resultados aleatorios y en muy contadas ocasiones va seguida de éxitos, debiéndose siempre preferir a la cirugía radical.

Del estudio de estas cistectomías parciales, pueden sacarse otras conclusiones; por ejemplo: con respecto a la lesión del uréter, que en más de una ocasión hemos debido seccionar por la topografía del tumor: nunca nos hemos preocupado por el porvenir del mismo, dejándolo siempre in situ y sin necesidad de reimplantación. Hemos visto cómo la eliminación urinaria de ese lado se hacía siempre a la vejiga, terminando por establecerse la continuidad urétero-vesical, dando la mayoría de las veces un conducto perfectamente hábil para la emisión de la orina, aún con ligera aquinesia y deformación del meato neoformado.

El tipo de cistectomía que aconsejamos, es la endovesical a electrobisturí con amplia resección de la pared vesical, sin preocuparnos de la cara externa ni de la grasa perivesical; en cuanto al peritoneo, en el caso en que el tumor asienta en la cara peritoneal de la vejiga, queda el recurso de desprender la serosa y su reconstrucción inmediata, con liberación de la víscera enferma.

En cuanto a la brecha dejada por la cistectomía parcial, completa o no, la afrontamos con puntos de catgut, siempre que su situación esté alejada de los uréteres: con ello evitamos englobarlos en un punto de sutura y establecer una hidronefrosis irremediable. Si la lesión interesa a los uréteres, hacemos hemostasia por electrocoagulación, sin preocuparnos de la superficie cruenta dejada: ella cicatrizará por segunda sin inconvenientes.

RESULTADOS. CURACIONES

1º) Se puede considerar curables totalmente a los epitelomas papilíferos sin reacción peripedicular, empleando: la vía endoscópica (casos 11 y 12), cuando el pedículo es pequeño; y la cistectomía parcial submucosa cuando el pedículo es ancho.

2º) Cuando el tumor se presenta con reacción peripeduncular es necesario hacer cistectomía parcial completa, o por lo menos interesando a la muscular, dando ambas un gran porcentaje de curaciones.

CISTECTOMIA PARCIAL

Por los Dres: **BENAMDO TRABUCCO**
EMERITO BOTTINI (C)
RNLT J BOKZONE

Nº Nombre Edad Nac Sexo Ocup
SINTOMAS ESPECIALES FUE ONOTRATADO
MAS IMPORTANTES ENDOSCOPICAMENTE

OPERACIÓN
RESULTADOS A DISTANCIA

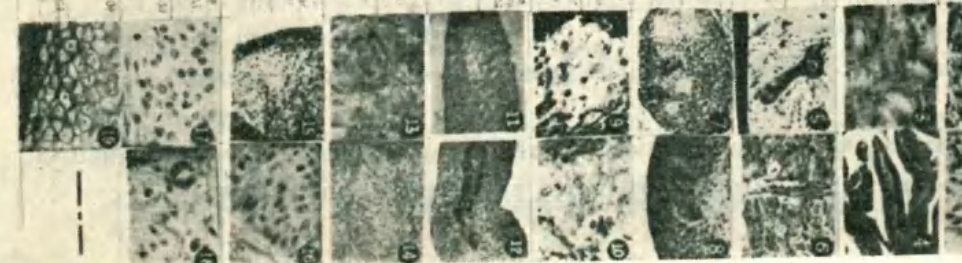
ESTUDIO ANATOMICO PATOLOGICO
IMAGENES CISTOSCOPICAS DE LA LESION

IMAGENES CISTOSCOPICAS DE LA LESION

MICROFOTOGRAFIAS

1 E Y 49 Arg	Masc	Emp	
2 G R 58 Esp	Masc	Agric	
3 G V 69 Arg	Masc	Herr	
4 E B O 44 Arg	Masc	Emp	
5 S a C 35 Arg	Fem	Domes	Queh
6 V M 50 Arg	Masc	Emp	
7 A G 41 Arg	Masc	Chauf	
8 E A 71 Arg	Masc	Comer	
9 C P 72 Arg	Masc	Comer	
10 P P 53 Arg	Masc	Agric	
11 B G 44 Arg	Masc	Carpin	
12 B 35 Arg	Masc	Agron	Ing. Queh
13 L B 58 Esp	Fem	Domes	Queh
14 N O L 69 Arg	Masc	Agric	
15 T 54 Arg	Masc	Agric	
16 J Y 68 Arg	Masc	Graf	
17 G G 65 Arg	Masc	Medic	
18 G A 40 Arg	Masc	Jorn	
19 V D 56 Esp	Masc	Jorn	

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
...



3º) Cuando el tumor infiltra la pared; pero aún no es discreñible al tacto bimanual, debe hacerse cistectomía parcial completa, con 40% de probabilidad de éxito favorable.

4º) Cuando el tumor es perceptible al tacto bimanual, está formalmente contraindicada la cistectomía parcial.

5º) Si el tumor es de gran tamaño interesando uno de los uréteres; pero no del tipo infiltrante parietal, se puede practicar hemicistectomía, con probabilidades de curación (caso 7).

6º) Cuando anatomopatológicamente se trata de un grado 1 de Broders, cualquiera que sea el tipo del tumor, el éxito curativo es del 100%.

7º) Cuando anatomopatológicamente se trata de grado 2 ó 3, el éxito curativo, si bien es menor, puede considerarse satisfactorio.

8º) Cuando anatomopatológicamente se trata de un grado 4 de malignidad, el éxito es aleatorio: como ejemplo tenemos el caso 2, que hasta la fecha no ha recidivado, en tanto que los restantes del mismo grado han fallecido o han recidivado.

CUADROS COMPARATIVOS

RESULTADOS:

Operados	17
Viven 10	
(Curados	7
(Con recidiva	3
Fallecidos	5
Se ignora	2

RELACIÓN DE CURACIONES CON GRADO DE MALIGNIDAD:

	Cantidad	Sanos	Ignórase	Recid. o metást.	Fallec.
Grado 1	1	1	—	—	—
Grado 2	6	3	1	2	—
Grado 3	3	2	1	—	—
Grado 4	7	1	—	1	—
Total	17	7	2	3	5