

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

DIAGNOSTICO E INDICACIONES TERAPEUTICAS EN LOS TUMORES DE VEJIGA

Por los Dres. ARMANDO TRABUCCO y CONSTANTE COMOTTO

Sentado el diagnóstico de un tumor de vejiga parecería que las indicaciones terapéuticas podrían desprenderse fácilmente de esos hechos. Sin embargo, desde el punto de vista clínico es necesario, para establecer una terapéutica correcta, estudiar el grado de malignidad de un tumor. No es lo mismo hablar de un tumor vesical pediculado que sesil, y tampoco tienen las mismas indicaciones terapéuticas un tumor sesil de escasa infiltración que otro de gran infiltración palpable al tacto bimanual.

Del estudio semiológico de los casos que hemos estudiado, algunos de ellos hasta la autopsia, se deben tomar en consideración seis puntos de suma importancia y que deben ser cuidadosamente estudiados.

Ellos son:

- 1° — La palpación de la vejiga vacía.
- 2° — Los caracteres de la hemorragia vesical.
- 3° — La imagen cistoscópica del tumor y de las zonas peritumorales.
- 4° — La curabilidad o no de los procesos inflamatorios vesicales cuando se presenta concomitantemente al tumor.
- 5° — Las imágenes radiográficas discernibles por la cistorradiografía.
- 6° — El estado general del sujeto.

1°) La palpación de la vejiga es de sumo interés; por supuesto que no queremos describir los detalles técnicos y semiológicos sobre la palpación vesical, pero sí, queremos puntualizar ciertos síntomas que tienen capital importancia, síntomas que pueden recogerse a la palpación y que nos harán pensar seriamente sobre el grado de malignidad del cáncer vesical.

Si la palpación de la vejiga vacía hecha a forma bimanual teniendo la precaución de que la pared del abdomen esté bien flácida, nos permitirá apreciar zonas de induración en el reservorio vesical, nítidamente palpable por arriba de la próstata o en cualquiera de las paredes de la vejiga. Induración cuyo origen bien determinado, sea esencialmente tumoral, podremos hacer de entrada un pronóstico de malignidad extrema. En cambio, si después de este examen no podemos percibir ninguna zona de induración por pequeña que ella sea, podremos pensar de que el tumor vesical es a marcha endocavitaria y no ha interesado hasta ese momento su base conjuntiva de implantación ni ha vencido las defensas orgánicas, hecho que implicaría un pronóstico benigno, permitiendo con ese solo detalle intervenciones quirúrgicas parciales cuyo éxito podría asegurarse.

Hemos hablado hace un momento de infiltración esencialmente tumoral, que debemos diferenciarla de procesos inflamatorios que pueden asentar en la vejiga o en las zonas circunvecinas. Ahora bien, cuando los procesos inflamatorios comunes perivesicales coexisten con un tumor de vejiga, implican la idea de que la pared vesical en sí debe de estar también infectada, dejándose vencer por el proceso. Este hecho tiene un valor significativo muy grande, puesto que hablaría de la acción perniciosa activa y grave que el cáncer de la vejiga determinaría en su pared, favoreciendo la friabilidad del reversorio, las necrosis, las innumerables lesiones, futuras vías, que podrán seguir las bacterias espontáneamente o vehiculizadas por las diferentes maniobras de exploración que deben hacerse al enfermo; significando además que las defensas orgánicas son muy pobres no oponiendo ninguna valla a las bacterias hasta la pared exterior de la vejiga. Estas induraciones vesicales y perivesicales del tipo agudo o crónico, pero de origen inflamatorio, si coexisten con una tumoración de la pared vesical, aún si el tumor fuese proliferativo, nos inducirán a pensar siempre en un grado de malignidad muy acentuado.

La infiltración neoplásica de la pared y la reacción perivesical, tumoral o no, tienen además de un fin pronóstico sumamente serio, otro fin que es la determinación de la terapéutica a seguir en estos enfermos. Mientras los procesos permanezcan libres de adherencias a los órganos vecinos se debe intentar siempre la cistectomía total, estando en absoluto contraindicado toda terapéutica representada por tratamientos endoscópicos o quirúrgicos parciales. Por otra parte, si las adherencias establecidas entre el proceso vesical y los órganos de la pequeña pelvis presentan marcada continuidad no hay terapéutica curativa posible.

Insistimos en que, este endurecimiento particular de la pared vesical y alrededores implican la idea de adherencias firmes, generalmente imposibles de desprender y en íntima relación con los órganos de la pequeña pelvis y en especial con los grandes vasos. Además, el hecho de establecerse una infiltración fuera

del tumor implica también la idea de la desaparición de la defensas orgánicas peritumorales y por lo tanto de la probable invasión metastásica a cualquier parte del organismo, cosa que invalida cualquier intervención quirúrgica.

Si la palpación bimanual no nos permitiera apreciar ninguna dureza en la pared de la vejiga, implicaría desde el punto de vista semiológico palpatorio, un pronóstico de benignidad. Por supuesto que este elemento aislado, carece de importancia cuando es negativo; deberá estar relacionado a otros datos que podremos recoger en el examen a desarrollar.

2º) *Significado de la hemorragia vesical.* — La hematuria de origen vesical, es prácticamente el primer síntoma de un tumor de la vejiga. Sus características son perfectamente típicas y pueden resumirse en dos palabras: espontánea y caprichosa; cuando ella se presenta en forma aislada, de pocas horas o días de duración, y con intervalos entre una y otra muy largos, muchas veces meses, implica la idea de benignidad. Pero en cambio, si la hematuria se repitiese frecuentemente deberá hacernos pensar en tumores vesicales muy activos, generalmente proliferantes, cuyo crecimiento se hace violentamente, requiriendo gran aporte sanguíneo para sus intercambios metabólicos, pudiéndose establecer ulceraciones con caída de epitelio y abertura de vasos de distinto calibre provocadores de hemorragia.

Muchas veces debido a la proliferación activísima de estos carcinomas se producen grandes zonas de necrosis tisural, que caen dentro de la luz vesical, dejando formaciones ulceradas de cuya profundidad mana sangre produciéndose hematurias persistentes, espontáneas, caprichosas, que no ceden a ninguna terapéutica. La hematuria provocada por los tumores de vejiga cuando es prolongada, cuando es frecuente, cuando es incontrolable, significará que estamos en presencia de un tumor de gran malignidad. En cambio, cuando se presenta con intervalos prolongados y que cede rápidamente, implicará la idea de un tumor benigno. Una aclaración debemos hacer sin embargo y es que ciertos tumores vesicales sumamente malignos cuyo nacimiento se hace por debajo del epitelio o en la pared vesical, provocarán hemorragias recién cuando la masa tumoral alcance el epitelio de la vejiga, vale decir de manera tardía, pero desde el momento que se produce la primera hemorragia, alcanzará los caracteres de persistencia y frecuencia característica de los procesos malignos.

3º) *Significado de los datos recogidos por la cistoscopia.* — La cistoscopia como medio de diagnóstico clínico es de capital importancia y no podremos prescindir de ella para poder hacer, no sólo el diagnóstico sino también para establecer el pronóstico a que estará sujeto un tumor de vejiga. Con la cistoscopia podremos determinar primeramente: si se trata de un tumor a marcha

neoplásica o de un proceso inflamatorio banal. La reacción del epitelio en general es perfectamente característica, además nos hará determinar la forma, el tamaño, el color, las características estructurales, vellosidades, tumores en forma de masa, cerebriformes, pediculados o sesiles, así como nos hará ver la reacción de la mucosa vesical no sólo en los alrededores de la masa tumoral, sino en el resto de la vejiga.

Desde el punto de vista que estamos tratando, cuando más sana sea la vejiga, más benigno es el pronóstico, este hecho debe ser determinado especialmente en las zonas peritumorales, así podremos ver que en un tumor pediculado o semipediculado y aun sesil, cuando alrededor de la masa tumoral, la mucosa de la vejiga se presenta en forma normal y sana, podrá con seguridad intervenir al enfermo, quemando o extirpando el tumor con pronóstico benigno; dichos tumores son generalmente curables, a pesar de que el estudio histológico lo clasificará muchas veces con un grado de malignidad intermedia. En cambio, si esos mismos tumores aun el epiteloma pediculado, presentasen una visible reacción alrededor de la base, caracterizada por una mucosa con marcado edema y congestión activa, debemos pensar inmediatamente que desde el punto de vista clínico, estamos en presencia de un tumor cuya malignidad está en marcha. Estas reacciones peripeduculares implican siempre la idea de actividad proliferativa tanto del tumor epitelial como del tejido conjuntivo que lo sustenta.

Sabemos por la morfogénesis de los tumores vesicales, cuál es la importancia que tiene el epitelio vesical alrededor del tumor y cuál es también la facilidad con que reacciona a los fenómenos irritativos de proliferación colocados alrededor de él.

Si el tumor en lugar de ser pediculado fuese sesil o semipediculado, podrá tener las mismas características reaccionales que los pediculados, siendo como vimos su pronóstico indudablemente el mismo, aunque por experiencia y por morfogénesis debemos pensar cuando estemos en presencia de tumores sesiles, ya sea proliferantes o no, en que la malignidad está en ellos latente. Si en dichos tumores sesiles, no hubiese reacción periférica marcada, puede indicar que el proceso a marcha extrínseca no es muy activo y por lo tanto una terapéutica quirúrgica apropiada podrá conducirnos a la curación del enfermo. En cambio, e insistimos en ello, cuando la reacción peritumoral es marcada, nos indicará que estamos esta vez en presencia de tumores sumamente activos, que nos obligarán a no perder el tiempo con tratamientos conservadores e ineficaces obligándonos a la cirugía radical.

No es sólo la reacción peritumoral lo que se debe determinar cistoscópicamente y que podría hacernos deducir el grado de malignidad del caso, sino también el estado general de toda la vejiga. Una vejiga sana en las partes alejadas

del tumor determina un pronóstico benigno; en cambio, una vejiga enferma nos hará pensar en que las reacciones vesicales ocasionadas por la presencia de productos tóxicos tumorales, revelarán una neoplasia a marcha maligna, por lo tanto el pronóstico se agrava.

Otro hecho que la cistoscopia puede recoger, es la multiplicidad de los brotes neoplásicos, el tumor monocéntrico puede ser muy maligno cuando las otras características semiológicas nos hacen pensar en ello, pero puede ser indudablemente benigno, en cambio, los tumores multicéntricos aunque las características semiológicas e histológicas nos indiquen una relativa benignidad, siempre son, a nuestro entender, malignos, y hablamos de esta manera por la extraordinaria dificultad de curación y las recidivas generalmente incontrolables, que provocarán en dicho enfermo un verdadero estado de mal canceroso.

Debemos hacer especial mención que el examen cistoscópico debe practicarse en las mejores condiciones posibles, teniendo particular cuidado en que todos los fenómenos inflamatorios de origen bacteriano sean eliminados, únicamente así se podrá determinar el grado de malignidad de acuerdo a las reacciones de las paredes vesicales; tenemos presente un caso en que por haber hecho una cistoscopia sin estas precauciones, hicimos un diagnóstico de epiteloma de gran malignidad, por estar en presencia de tumor sumamente grande, donde no pudimos ver la base de implantación por la gran cantidad de precipitaciones salinas que lo cubrían, en dicho caso que hubo de ser operado por vía suprapúbica al no poderse practicar esta vía, por el estado psíquico particular del enfermo, nos encontramos ante la sorpresa de un tumor benigno, perfectamente curado por vía endoscópica, que cuando desaparecieron los fenómenos inflamatorios quedó reducida la tumoración a un epiteloma papilífero pediculado del tamaño de una nuez; por ello recomendamos insistentemente que antes de determinar un pronóstico de malignidad, tratemos a la vejiga portadora del tumor y al sujeto en sí con terapéutica antiinfecciosa a fin de ver cuál es la parte que corresponde a la infección y cuál es la neoplasia.

4º) *Fenómenos inflamatorios vesicales como procesos determinantes de la malignidad.* — Lo que hemos dicho hace un momento al hablar de los procesos vesicales peritumorales discernibles a la cistoscopia, está íntimamente unido a las manifestaciones subjetivas de la cistitis. Podemos afirmar casi que todo tumor de vejiga acompañado por la sintomatología especial que da la cistitis, como ser la polaquiuria diurna y nocturna, el dolor al final de la micción, la estranguria, etcétera que no puede ser curado con medicación general o quimioterapia o con tratamiento local de la vejiga, implica siempre la idea de malignidad tumoral muy acentuada. Dicha cistitis rebelde, será provocada no sólo por las bacterias que puedan ganar la vejiga, sino también por el cáncer vesical en sí a causa de

los productos tóxicos de catabiosis celular, típicos de las necrosis cancerosas, productos muy irritativos por su desintegración ácida final, facilitarán de esta manera la sintomatología, irritando crónicamente las terminaciones sensitivas. Si a ello le agregamos la acción de las bacterias tendremos el cuadro subjetivo al *máximum*.

Por otra parte, la polaquiuria tenaz y persistente también nos hará pensar en un tumor de gran malignidad; este síntoma está determinado, además de la irritación provocada por el tumor, cuando el proceso tumoral es a marcha infiltrativa parietal. Si este tumor, es multicéntrico aún no manifestándose de manera evidente por la cistoscopia y teniendo una mucosa vesical aparentemente sana, tenderá con su crecimiento a determinar profundas alteraciones en la pared vesical, con substitución de sus elementos musculares en fibras conjuntivas, degeneración de las miofibrillas, llevando como fin la marcada disminución de tamaño de la cavidad del reservorio vesical, que no podrá llegar a ser llenado como normalmente, entonces por falta de capacidad, provocará la evacuación de la vejiga estableciéndose la polaquiuria. No es necesario que el tumor sea multicéntrico, aun el monocéntrico pero a crecimiento submucoso puede con el crecimiento infiltrar todos los alrededores del núcleo central, distribuyéndose en las paredes vesicales, abrazando la vejiga como las patas de una araña, llevando como consecuencia a la infiltración total de la vejiga, cuya manifestación subjetiva más típica, categórica e importante es la cistitis, puesta en evidencia por el dolor intenso en todo momento y en especial al orinar, la polaquiuria irrefrenable y muchas veces la estrenguria cuando alcanza al trigono y cuello vesical. El médico experimentado puede hacer a veces el *diganóstico* de malignidad tumoral con esta sintomatología, tiempo antes de que las manifestaciones cistoscópicas se hagan presentes. En consecuencia, podremos decir que desde el punto de vista subjetivo, a mayor intensidad, frecuencia y persistencia de la sintomatología determinada por la cistitis, corresponde mayor malignidad.

5°) *El estudio radiográfico como elemento pronóstico.* — La radiografía de la vejiga tiene singular valor para determinar no sólo el tamaño del tumor sino también su implantación y distribución, por lo tanto es un elemento de inapreciable valor para hacernos comprender el grado de malignidad de un cáncer de vejiga.

No es nuestro espíritu entrar a relatar la técnica ni a describir los resultados generales que se consiguen con las radiografías vesicales, pero sí debemos insistir en que toda radiografía contrastada debe ser precedida siempre por una radiografía simple a fin de visualizar cuerpos extraños, precipitaciones calcáreas y aún el espesor de la pared vesical. Si bien la radiografía simple puede ser útil, no nos dará la evidencia real del tumor, es por eso que en urología se practican

TUMORES DE LA VEJIGA

INDICACIONES TERAPEUTICAS

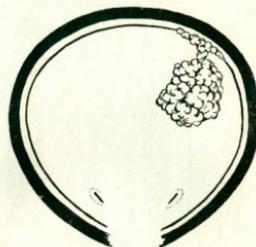
ESQUEMAS

Tumor pediculado
mucosa peripedicular normal



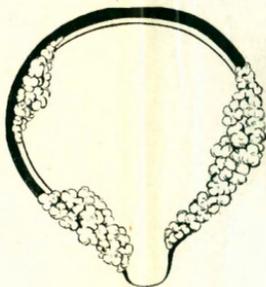
Electrocoagulación endoscópica.

Tumor pediculado
mucosa peripedicular alterada



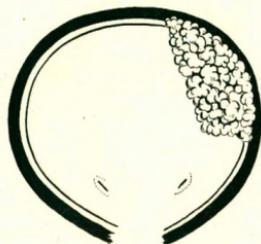
Resección parcial submucosa.

Gran tumor infiltrado o a localización
múltiple con o sin invasión perivesical
moderada



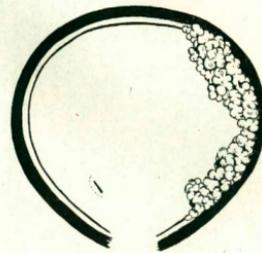
Cistectomía total.

Pequeño tumor sesil localizado



Cistectomía parcial.

Tumor infiltrado localizado
interesando un meato ureteral



Hemicistectomía.

las cistografías contrastadas, llenando la cavidad con sustancias opacas a los rayos o bien con gases que la harán más transparente. Dentro de las sustancias opacas se utilizan dos métodos, uno el que consigue el relleno de la cavidad vesical a través de la uretra, y el otro, el determinado por la radiografía de excreción cuyo relleno se hará por los uréteres, ambas sumamente importantes, que más que anularse se complementan. Con el primer mecanismo conseguiremos la visualización nítida de los contornos vesicales y de los tumorales, esto último cuando empleamos sustancias opacas que floculen contra el tumor. Con la radiografía de excreción, en cambio, podemos seguir paso a paso la distensión vesical de manera fisiológica, viendo además un hecho de suma importancia que es, el uréter, en especial su terminación intra y paramural vesical.

Desde el punto de vista radiográfico podremos determinar la malignidad de un tumor de la vejiga, según sea su imagen en relación con la pared vesical. Estableceremos a grandes rasgos cuáles son a nuestro entender las características más importantes que nos harán pensar en la malignidad de un tumor. Primeramente debemos observar las desviaciones del contenido vesical en su relación con la línea media; una vejiga desviada marcadamente hacia la derecha o hacia la izquierda a tal punto que la asimetría sea netamente visible, nos harán pensar en un tumor de pared que abarca gran parte de la vejiga inmovilizándola, haciéndola inextensible en donde está el tumor que ocupará o no un sitio dentro de la cavidad vesical. La pared contraria al tumor, normal en todo sentido, será fácilmente distensible y se llenará con la sustancia opaca, figurando aparentemente una desviación total de la vejiga. Muchas veces en estos casos cuando el borde interno vesical no presente radiográficamente ningún detalle de importancia, podrá la pared de la vejiga tener un marcadísimo espesor en el lado enfermo, netamente visible, que contrasta por comparación con el borde del lado sano, que no se ve o si se visualiza es muy tenue.

El segundo tipo de imagen vesical que delatará gran malignidad está representado por la pequeñez de la capacidad vesical que se muestra en forma sumamente irregular a bordes esfumados y que se halla rodeada por otra imagen mucho más tenue dada por la pared vesical sumamente espesada, algunas veces de más de 8 cm. de espesor, motivada por un tumor desarrollado en plena pared a forma intrínseca que abarca toda la vejiga, esta imagen en particular, representa radiográficamente a uno de los más altos grados de malignidad de los tumores vesicales, puesto que lleva como significado a un epiteloma a nacimiento parietal y a crecimiento sumamente activa.

La tercera observación común en radiología que es también de gran importancia, es la imagen que da el uréter en su porción intra y extramural.

Si desde la terminación aparente del uréter en su relación con la vejiga y

la cavidad vesical rellena con sustancia opaca, media un gran espacio, apareciendo como interrumpida la corriente urinaria, debemos pensar en una gran infiltración de la pared vesical por la masa tumoral que interesa directamente a la porción intramural del conducto, dándonos por lo tanto el diagnóstico de presunción de un tumor a marcada tendencia infiltrativa de gran malignidad.

El cuarto tipo podría estar representado por las imágenes determinadas por la proliferación activa endocavitaria que dibujarán una falta de relleno más o menos grande según sea el tamaño de la tumoración extendiéndose hacia el interior de la vejiga. Si el tumor es marcadamente sesil la sustancia opaca estará interrumpida en una extensión tan grande como sea la base tumoral. Si el tumor en lugar de ser completamente sesil es semipediculado o pediculado, veremos a una imagen lacunar, irregular en el centro de la vejiga, unida a la pared por un puente más o menos estrecho y rodeado por sustancia opaca; si la tumoración es múltiple, se podrá ver un conjunto de imágenes lacunares en contraposición a la única que hemos descrito más arriba. Estas imágenes cuando no van acompañadas por marcado espesamiento de la pared vesical pueden considerarse como de menor malignidad, pudiéndose pronosticar dentro de lo relativo el éxito de la escisión quirúrgica.

Por otra parte, al practicar una cistografía vemos a los bordes de la vejiga regularmente marcados en todas las incidencias, podremos asegurar de que el tumor que se encuentra dentro de ella interesa muy poco a la pared, siendo por lo tanto de pronóstico benigno.

Como hemos visto, la radiografía semiológica contribuirá siempre que la unamos al conjunto de los otros signos clínicos a determinar el grado de operabilidad de un tumor y como consecuencia la curabilidad o no de dicha tumoración.

En cuanto a la sexta condición que habíamos enumerado al principio, es decir, el estado general del sujeto, no entraremos a discutirla puesto que en general los tumores de vejiga repercuten poco sobre el estado general salvo en aquellos cuya extrema malignidad determina profusas hemorragias o metástasis precoces que conducen al enfermo a la caquexia cancerosa no dando lugar a tratamiento curativo alguno.