

A PROPOSITO DE DOS AFECCIONES POCO FRECUENTES DE LA PARED VESICAL

Por los Doctores

PEDRO G. MINUZZI, SALVADOR TORRESSI y ALBERTO GATTONI

Hemos decidido la presentación de estos dos casos por tratarse de afecciones que si bien no corresponden al tema central de estas jornadas Urológicas mucha similitud tienen con él en cuanto a la sintomatología y conducta terapéutica se refiere y por haber sido vividos con nuestro malogrado maestro Dr. Pedro G. Minuzzi es por lo que su nombre figura en el primer término de esta comunicación.

Trataremos de ser lo más suscito posible haciendo resaltar en las consideraciones los puntos que a nuestro criterio consideramos de mayor importancia. Pasamos a nuestro primer caso:

Se trata del enfermo Abraham A. De nacionalidad sirio de 52 años de edad, casado, de profesión comerciante domiciliado en la provincia de Santiago del Estero que se internó el 2 de octubre de 1943 en nuestro servicio del Hospital Español.

A. H.: Sin importancia.

A. P.: Eruptivas en la infancia. Niega venéreas y lúes.

Casado, señora y cuatro hijos viven y son sanos.

Alimentación completa. Algo bebedor. Buen fumador. No ha sido constipado ni tosedor ni portador de edemas.

A. E. A.: Hace dos meses hematuria total con pequeños coágulos que se inicia silenciosamente, con una duración de 48 horas repitiéndose hace tres días. Esta hematuria coincidió en ambas ocasiones con excesos de bebida y alimentos.

De dos años a esta parte hay polaquiuria y nicturia discretas que se acentúan en la época invernal y con el transcurrir del tiempo. Acompaña a esta sintomatología una disminución en la proyección del chorro.

En su último episodio hematúrico el colega que lo asiste, le aconseja consultar a un especialista.

E. A.: Fascie algo pálida, estado general bueno.

Aparato circulatorio: Pulso rítmico 80 en el minuto. Tensión 15/9 al V. L. Areas y tonos normales.

Ap. respiratorio: Sin particularidades.

Abdomen: Globuloso. Hígado y bazo en sus límites. No se palpan ganglios.

Ap. génito urinario: Prueba de los vasos: Hematuria total con pequeños coágulos de forma irregular especialmente en el último.

La inspección, palpación y percusión no aportan ningún detalle importante.

Tacto rectal: Próstata aumentada de tamaño, con surco borrado, de bordes libres, indolora y de consistencia duro clásica.



Figura 1

Los exámenes de laboratorio dieron los siguientes resultados:

Glóbulos rojos 3.500.000 por mm^3 , glóbulos blancos 7.800 por mm^3 , hemoglobina 70 % (Sahli). valor globular 1, polinucleares: neutrófilos: 76, linfocitos 21, monocitos 3, Anisocitosis escasa.

Urea en sangre, eritrosedimentación y glicemia en cifras normales.

Prueba de sulfofenoltaleína da un total de 70 %.

Tiempo de sangría 1', de coagulación 10'. Wasserman y Kahn negativas.

Análisis de orina: De reacción alcalina, con una densidad de 1018 que contiene 2 grs. de albúmina probablemente en relación con la gran cantidad de hematíes que se observaron como única anomalía.

Residuo vesical: De 120 cm^3 .

Cistoscopia: Medio vesical francamente sanguinolento que cuesta aclarar con el lavado. Vegiga columnizada, con cuello francamente deformado y angulado en su parte superior. El lóbulo izquierdo hace gran procidencia observándose a su nivel una zona congestiva, sangrante.

Signo de Marion positivo bilateral. En la cúpula vesical se observa con toda claridad la existencia de una masa del tamaño de una avellana grande recubierta por la mucosa que está sana y sin edema.

Se completa el examen del enfermo con un estudio radiológico, siendo la radiografía directa negativa. La urografía endovenosa a los 10' muestra un buen funcionamiento de ambos lados y una última placa a los 55' donde puede observarse la vejiga llena de sustancia opaca presentando en su borde superior algo lateralizada a la derecha de la línea media una pequeña

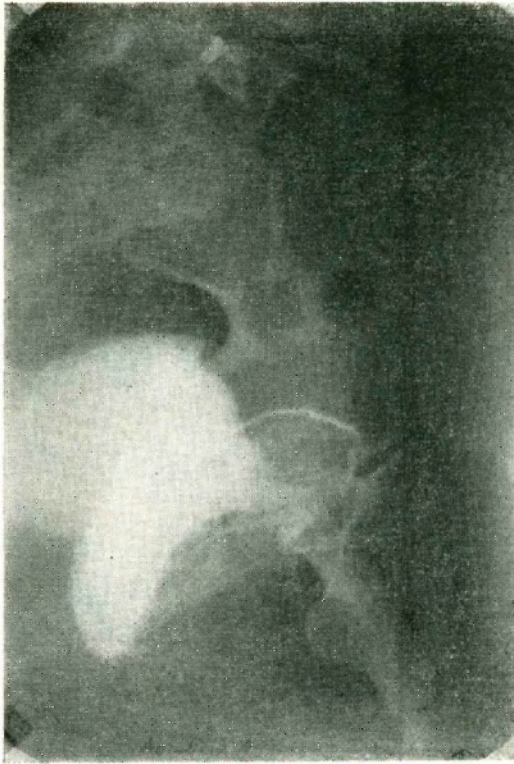


Figura 2

muesca. Hay además modificaciones en la porción inferior correspondiente a su cuello vesical. (Ver fig. Nº 1).

En la cistografía en posición lateral se observa la misma modificación del contorno, algo más pronunciada. (Ver fig. 2).

Tratamiento: Sonda permanente, hemostáticos, pequeñas transfusiones de sangre total, decidiéndose su intervención.

Anestesia raquídea con novocaína.

Practicamos una incisión de talla vesical, se decola el fondo de saco peritoneal y al tacto, se descubre una zona de mayor consistencia en la pared, localizada en la cúpula y algo a la derecha de la línea media. Se incide la pared vesical ampliamente, alejada de dicha zona y

después de ser reconocida la lesión se reseca la misma con unos 2 cms. de margen de pared aparentemente sana. Se deja drenaje vesical con sonda de Pezzer acodada N° 36. Cierre de la pared por planos.

El examen macroscópico de la pieza operatoria fu. el siguiente:

Mucosa vesical en apariencia sana, al tacto llama la atención en el centro de la pieza una masa de consistencia aumentada del tamaño de una avellana. Al incidir la pared muscular se cae sobre una tumoración la cual puede ser decolada en su mayor parte.

Examen histopatológico: (Protocolo N° 230), Dr. A. Herrero.

El material remitido ha demostrado tratarse de:

Leiomioma: Acusando muy discretos fenómenos de atipia representados por escasísimas células gigantes multinucleares. (Ver fig. N° 3).

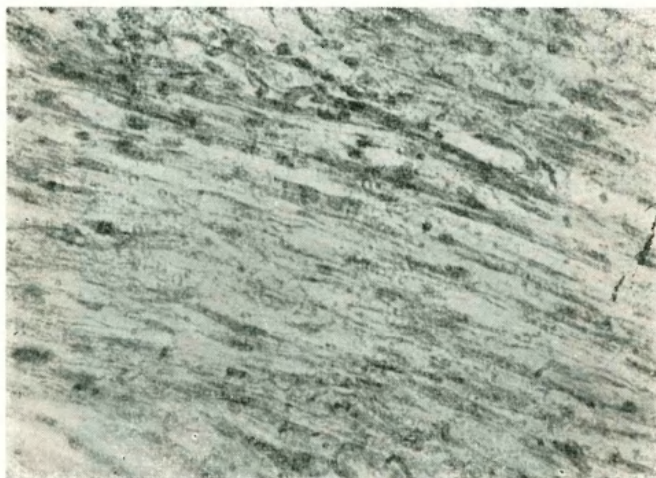


Figura 3

Post-operatorio bueno.

Dos semanas después se le practica la adenomectomía.

Cuyo examen histopatológico es el siguiente: (Protocolo N° 230 Dr. Herrero):

Adeno-mioma: Extensos nódulos linfoides a cuyo nivel las glándulas presentan epitelio pluriestratificado pero sin presentar caracteres de malignidad.

Post-operatorio normal.

Siendo dado de alta en óptimas condiciones previo control clínico urológico y una cistoscopia cuya capacidad vesical de 200 cm³ no acusaba ninguna novedad.

Diagnóstico: Adeno-mioma de próstata y Leiomioma vesical.

Segundo caso: Se trata del enfermo Juan A. de 59 años, español, casado, de profesión comerciante, que se interna en nuestro servicio del Hospital Español el 20 de septiembre de 1943.

A. H.: Sin importancia.

A. P.: Ninguna enfermedad en la infancia ni adolescencia. Hace un año caída de un

ómnibus ocasionándole un traumatismo sin importancia. En la misma época hemóptisis que posteriormente el especialista de nariz, garganta y oído consultado lo diagnostica como ruptura de pequeñas varicocidades laríngeas. Niega venéreas y lúes.

Casado, señora y 5 hijos viven y son sanos. No hubo abortos.

Alimentación completa. Buen bebedor. Muy fumador. Trabajador nocturno. barman. Algo tosedor. no ha sido constipado ni portador de edemas.

A. E. A.: En febrero del año en curso, el enfermo se internó en septiembre, y por lo tanto hace 8 meses, nota la presencia de sangre durante toda la micción acompañada de pequeños coágulos con ardores uretrales dolor al final de la micción y tenesmo vesical. Escasa polaquiuria y nicturia.

La hematuria solía durar de tres a cuatro días decreciendo paulatinamente hasta desaparecer por completo, reapareciendo con intervalos de 15 a 20 días o algo más. El 23 de marzo se hace un análisis de orina por propia iniciativa encontrándose en el mismo, aparte de la sangre, una glucosuria de 20 grs. por mil. No hubo nunca fiebre, ni escalofríos, náuseas ni vómitos. Ha perdido 6 kgs. de peso en 8 meses con apetito conservado.

En todo el transcurso de esta enfermedad nunca vió ningún médico ni hizo ningún tratamiento. El Dr. Minuzzi que lo ve a raíz de su última hematuria lo interna.

E. A.: Enfermo en regular estado general.

Aparato circulatorio: Corazón de área y tonos normales. Pulso rítmico 92 en el minuto. tensión 17/9 al V. L.

Aparato respiratorio: No se ausculta ningún ruido agregado.

Abdomen: Sin particularidades. hígado y bazo en sus límites. no se palpan ganglios.

Aparato génito urinario: Prueba de los vasos hematuria total, pequeños coágulos.

La inspección, palpación y percusión del árbol urinario no revelan nada importante.

Tacto rectal: Surco conservado, indoloro de bordes libres y sensiblemente normal.

Se le practican los siguientes análisis:

Orina: Aparte de la albuminuria hay 17 grs. por mil de glucosa y en el sedimento abundantes hematíes. Una glicemia en el mismo día de 3,62 grs. por mil. Eritrosedimentación con un índice de Katz de 22. Reacción de Wasserman y Kahn negativas. Una sulfofenoltaleína de 40 % en total (la hematuria dificultó este dosaje) y un hemograma con las siguientes cifras: glóbulos rojos 4.000.000 mm³, Glóbulos blancos 8.600 por mm³. Hemoglobina 70 % (Sahli). Valor globular 0.86; polinucleares: neutrófilos 54; eosinófilos 9; linfocitos 32; monocitos 5. Ninguna modificación hematológica.

Dosaje de urea en sangre: 0.38 grs. por mil.

Tiempo de sangría: 1'; tiempo de coagulación: 5'.

Cistoscopia: Capacidad 180 cm³. Medio vesical sanguinolento muy difícil de aclarar, el lavado de pequeños coágulos alargados. Sólo llama la atención la presencia de una zona congestiva de tamaño y forma al de un sello de lacre, rodeada de ligero edema y que asienta en la cúpula vesical algo a la izquierda de la línea media. En el centro de esta lesión se ven tres puntos por donde mana continuamente sangre, dificultando la observación prolongada.

Se le indica el tratamiento: Hemostático habitual, sonda permanente, régimen alimenticio y protamina zinc-insulina para reglar su diabetes. En este intervalo se le practica un estudio urográfico mostrándonos una radiografía directa sin particularidades. La urografía endovenosa a los 10' donde hay un buen funcionamiento de ambos lados, con una ptosis renal bilateral

y acodadura del uréter derecho. En la última a los 40' la imagen vesical es normal. (Fig. N° 4).

Como la hematuria continuara y los coágulos provocan la obstrucción de la sonda no obstante las pequeñas transfusiones y el tratamiento hemostático instituido y encontrándose el enfermo aglucosúrico se decide su intervención.

Operación: Anestesia raquídea con novocaína.

Incisión de talla vesical se reclina el fondo de saco peritoneal y a la palpación se comprueba la existencia de una zona indurada en la cúpula vesical algo a la izquierda de la línea media.

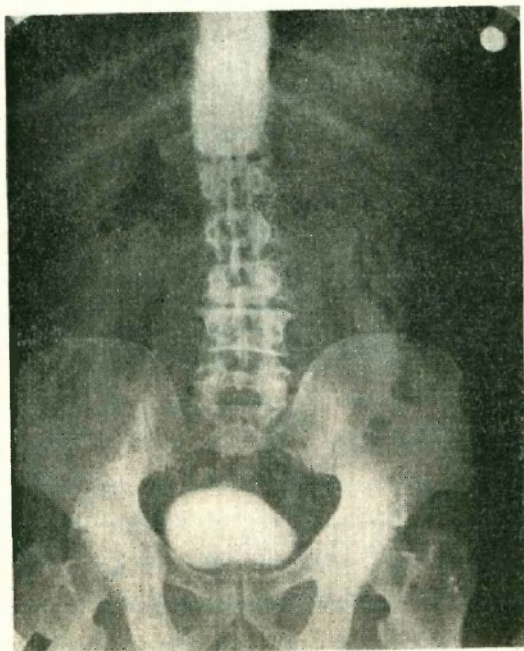


Figura 4

Se abre la vejiga alejado de la lesión y se procede a la resección de la masa tumoral a 2 cms. de la misma. Sonda de Pezzer acodada N° 36, cierre de la pared por planos.

El examen macroscópico del material operatorio nos muestra una tumoración del tamaño de una moneda de diez centavos roja y con varios puntos ulcerados.

Examen histopatológico: (Protocolo N° 224, Dr. Herrero).

La tumoración está constituida por grandes zonas de caseosis y de tejido de granulación muy rico en eosinófilos y células gigantes de Sternberg. (Ver fig. N° 5).

Post-operatorio normal.

Es dado de alta en óptimas condiciones previamente se le hizo un estudio clínico urológico completo no acusando particularidades.

Hemograma completo: Glóbulos rojos, 4.420.000 por mm^3 .; glóbulos blancos, 7.600 por mm^3 .; hemoglobina, 78 % (Sahli). Valor globular, 0.88; polinucleares, neutrófilos, 56; eosinófilos, 6. Sin particularidades.

Diagnóstico: *Linfogranulomatosis maligna vesical, diabetes.*

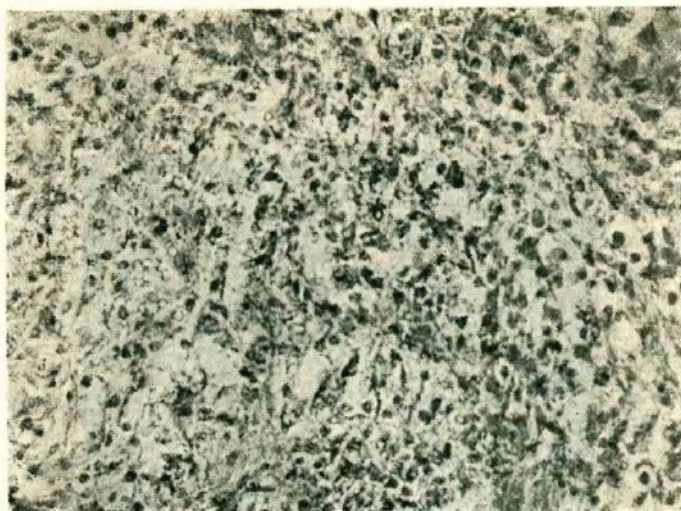


Figura 5

COMENTARIOS

Como vemos en los dos casos presentados, el diagnóstico fué hecho por el estudio anatómo-patológico y la presunción diagnóstica especialmente en el segundo de los casos nos llevó a pensar que se trataba de una neoplasia maligna.

La biopsia endoscópica no se practicó en el primero de ellos —Leiomioma— pues la tumoración estaba recubierta por mucosa sana y entonces lógicamente pensamos que el resultado hubiera sido negativo. Por otra parte aseverando este criterio la hematuria no era provocada por esa masa tumoral sino por pequeños vasos localizados a nivel del lóbulo izquierdo de su adenoma más hipertrofiado que lo restante.

En el segundo caso —Linfogranulomatosis maligna— la biopsia no se practicó durante el examen cistoscópico porque como ya lo consignamos, la pequeña tumoración sangraba con tanta abundancia dificultando la visión prolongada por lo que creímos de más utilidad drenar a permanencia su vejiga e instituir un tratamiento adecuado contemplando su diabetes y su hematuria. Si bien su diabetes pudo ser fácilmente controlada no así la hematuria que

continuó con la misma intensidad lo que nos decidió a su intervención quirúrgica.

El examen físico fué negativo, llamándonos la atención a posteriori la ausencia en el segundo caso en ganglios, que fueron investigados nuevamente y con minuciosidad en repetidas ocasiones, lo mismo diremos del hígado y del bazo.

Esta búsqueda y control de ambos enfermos ha sido repetida periódicamente, siendo vistos por última vez hace seis meses no acusando los mismos ninguna particularidad.

En el primer caso —Leiomioma— en los exámenes de rutina llama la atención la anemia provocada seguramente por las abundantes hematurias próstato-congestivas.

En el segundo caso —Linfogranulomatosis— es de hacer notar una anemia de tipo hipocrómico con una ligera leucocitosis a predominio de eosinófilos y linfocitos.

El procedimiento quirúrgico que adoptamos, es decir la cistectomía parcial con amplia resección de la pared vesical vecina a la tumoración y que consideramos como mucosa sana es el procedimiento que habitualmente adoptamos en las neoplasias malignas que asientan a nivel de la cúpula vesical, paredes laterales siempre que su situación no sea muy vecina al trigono, a los meatos uretrales o al cuello vesical, en cuyo caso sólo la cistectomía total con abocamiento de los uréteres en el intestino por uno cualquiera de los procedimientos más en boga es la única terapéutica que creemos pueda dar algún margen de seguridad en el tratamiento de esta grave afección urológica.

En el segundo de nuestros enfermos aconsejamos la radioterapia profunda a nivel de los ganglios correspondientes a la vegiga, criterio que no fué aceptado por el enfermo ni familiares y que queremos dejar consignado.