

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

DIVERTICULO VESICAL, LITIASIS, EPITELIOMA PAPILIFERO Y ESCLEROSIS DE CUELLO EN UN ENFERMO CON SINDROME DE PAGET

Por los Dres. ARMANDO TRABUCCO y FERNANDO MARQUEZ

El presente caso, aunque sea una simple contribución a la casuística, no deja de ser interesante, puesto que, en un sujeto afecto de una enfermedad de Paget, se desarrollaron en su aparato urinario inferior cuatro lesiones que, si bien podrían tener reciprocidad unas con otras, no por ello dejan de ser serias, aún consideradas independientemente. El caso es el siguiente:

Nº 497. — V. P., de 65 años, español, casado, de profesión sastre, concurre el 3 de febrero de 1947 al Consultorio Externo del Servicio de Urología del Hospital Alvear, con hematuria total con coágulos desde hace cuatro días, por lo cual se interna a efectos de estudio y tratamiento, presentando el siguiente estado actual:

Hematuria total con coágulos, polaquiuria diurna y nocturna cada hora u hora y media, disuria total, chorro fino y sin proyección.

Mal estado general, enfermo ansioso, disneico, febril 37,8, con mucosas pálidas y secas, 120 pulsaciones por minuto con presión arterial de $11 \frac{1}{2}$ y 8.

No se palpan riñones ni puntos dolorosos renoureterales.

Testículos, epididimos y cordón de forma, tamaño, consistencia y sensibilidad normales.

Pene bien conformado. Uretra calibre 20.

Próstata chata, de forma, tamaño, superficie y sensibilidad normales, bordes netos, surco medio no se palpa.

Vesículas seminales no se palpan.

Vejiga no se palpa ni percute. A la palpación bimanual es poco dolorosa. Sensible al contacto y a la distensión. En los exámenes clínicos generales encontramos un enfermo con tronco inclinado hacia el suelo, piernas encorvadas en semiflexión cabeza hundida por delante de los hombros, brazos caídos que le dan aspecto típico del simio.

El estudio de órganos y sistema sólo nos revela estertores subcrepítantes, roncus y sibilancias en ambos campos pulmonares.

En sus antecedentes figura un cuadro como el actual aparecido hace tres años por el cual fué internado en un Servicio de Urología donde se le hizo tratamiento médico siendo luego dado de alta. Además según referencias de sus familiares, estuvo afectado de dolores óseos difusos que

en la actualidad han cedido espontáneamente. llamándole la atención la disminución de la estatura del paciente.

No recuerda enfermedades de la infancia. Niega venéreas.

Los exámenes de laboratorio efectuados en el Servicio nos dieron el siguiente resultado:

Orina: Sanguinolenta, turbia, alcalina con escaso sedimento. Densidad, 1.020. Urea, 9.92 gramos por $\%$. Cloruros, 6.40 por $\%$. Albúmina, vestigios. Glucosa, ausencia. Sangre, regular cantidad. Sedimento. Abundantes hematíes. Células epiteliales planas, regular cantidad de glóbulos de pus. *Recuento globular:* 3.600.000 rojos; 18.200 blancos. *Fórmula leucocitaria:* Neutrófilos, 83 $\%$. Monocitos, 1 $\%$. Linfocitos, 16 $\%$. *Urea en sangre:* 0.80 grs. por $\%$. *Glucemia:* 0.90 grs. por $\%$. *Wassermann:* negativa. *Kahn Standard:* negativa. *Presuntiva:* negativa. *Hematocrito:* Glóbulos, 30. Plasma, 70.

Como primera medida terapéutica se evacúan los coágulos vesicales y se deja una sonda

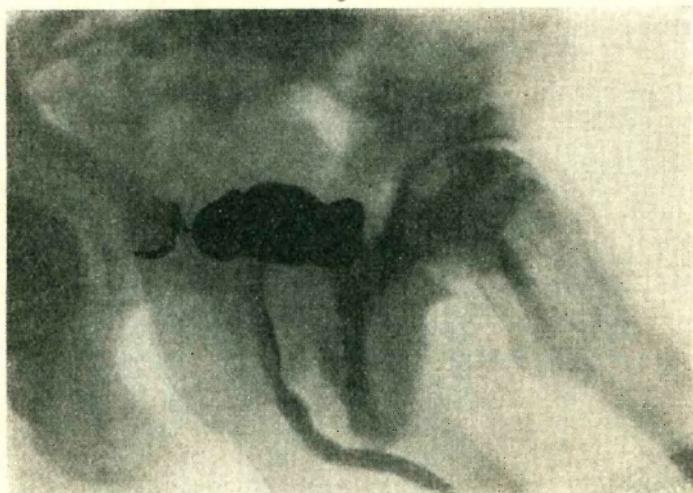


Figura 1

Nº 20 en permanencia, transfundiendo 250 c.c. de sangre y haciendo los coagulantes habituales de acción rápida por vía endovenosa, penicilina 50.000 unidades cada tres horas por vía intramuscular. Se indica también 2 c.c. de extracto hepático, gluconato calcio al 10 $\%$ 10 c.c., y Vitamina C 500 mgs. diariamente, continuando con transfusiones día por medio hasta llegar a los 1.000 c.c.

Su estado general, la temperatura y la hematuria ya desaparecida nos obligan a no efectuar la cistoscopia hasta que la mejoría de su estado no se establezca, pero el día 10 de febrero comienza nuevamente otra hematuria que no cede al tratamiento médico y nos obligó a efectuar una cistoscopia de urgencia observando lo siguiente:

Vejiga que se lava difícilmente, capacidad 100 c.c., mucosa despulida y congestiva con celdas y columnas, meatos ureterales en situación y con caracteres normales que eyaculan orinas límpidas. Por encima del meato ureteral izquierdo se observa un orificio diverticular que ocupa casi un campo cistoscópico y entre éste y el meato ureteral se encuentra una formación papilomatosa que ocupa dos campos cistoscópicos de la cual se ve fluir sangre babeante. Sobre el meato ureteral derecho hay otro pequeño orificio que corresponde a un divertículo.

Se electrocoagulan los puntos sangrantes de la formación papilífera dejando luego sonda en permanencia, cediendo la hemorragia en forma definitiva. La panendoscopia nos muestra un

cuello vesical rígido y deformado por edema buloso; a la orden miccional no se moviliza. Uretra posterior sangra fácilmente. La distancia del cuello al verum es de 3 cms. Cayendo la vertiente uretral del cuello en forma abrupta sobre la uretra posterior.

Con el tratamiento impuesto mejora visiblemente el estado general y el 23 de febrero se encara la posibilidad de tratar quirúrgicamente a este enfermo, para lo cual se repiten los exámenes de laboratorio y se efectúan los radiológicos necesarios, obteniendo los siguientes resultados:

Recuento globular: Rojos, 5.050.000; blancos, 5.400. Hemoglobina, 80 %. *Fórmula leucocitaria:* Neutrófilos, 68 %. Eosinófilos, 2 %. Monocitos, 5 %. Linfocitos, 25 %. *Urea en sangre:* 0.30 grs. por %. *Glucemia:* 1.05 grs. por %. *Hematocrito:* Glóbulos, 45. Plasma, 55. *Tiempo coagulación:* 6'. *Tiempo de sangría:* 1'30". *Urograma excretor:* N° 7422.

Radiografía simple: Rarefacción ósea de tipo algodonoideo que toma todos los huesos por



Figura 2

igual. Areas renales algo descendidas, de forma y tamaño normales. Obsérvase en pequeña pelvis ósea una mancha de forma redondeada de tipo estratificado, lateralizada a la izquierda similar a una moneda de 20 centavos. Cuerpos vertebrales disminuidos de altura y con forma de diábolo.

Urografía de excreción: Obsérvase sombras renales y especialmente la derecha en situación más baja que la normal estando la imagen de pelvis entre 3ª y 4ª vértebra lumbares. En cambio en el lado izquierdo está ligeramente por arriba. La substancia de excreción si bien no marcan las formas caliciales se eliminan satisfactoriamente, pues a los 10' se ven bien marcados los uréteres y la vejiga rellena de substancia opaca.

La vejiga se presenta de forma ovoidea, colocada transversalmente con los bordes ligeramente festoneados y con una muesca de falta de relleno en borde lateral izquierdo, falta de relleno que interesa netamente a la pared vesical y cuya superficie negativa es del tamaño aproximado a una avellana.

Se observan también dos zonas, de forma redondeada, unidas a la vejiga por un pequeño istmo y situadas lateralmente una a la derecha más pequeña y otra a la izquierda más grande que parece contener en su interior la imagen descrita en la radiografía simple en la pequeña pelvis ósea.

La uretrocistografía con lipiodol nos revela un alargamiento del labio posterior del cuello vesical, comprobando además en forma categórica la desviación de la imagen vesical hacia la derecha y la presencia de un divertículo con un cálculo en su interior hacia atrás y a la izquierda (fig. 1).

En cuanto al sistema óseo general nos llama la atención la rarefacción difusa de todos los huesos del esqueleto tanto los de los miembros como los de las distintas cajas, incluso el cráneo cuyo espesamiento en las tablas, tanto interna como externa y en la substancia ósea interparietal revelan las características típicas del Paget (fig. 2).

Pensando en un Paget descubierto por las radiografías y acentuada la impresión por la disminución de la estatura desde hace un tiempo, hacemos dosaje de fosfatasas ácida y alcalina encontrando normal la primera y con 9 unidades Bodansky la segunda.

Tratamiento: Confirmado el diagnóstico de enfermedad de Paget le hacemos a partir de entonces choques terapéuticos con vitamina D₂ a razón de 600.000 unidades por semana, insis-

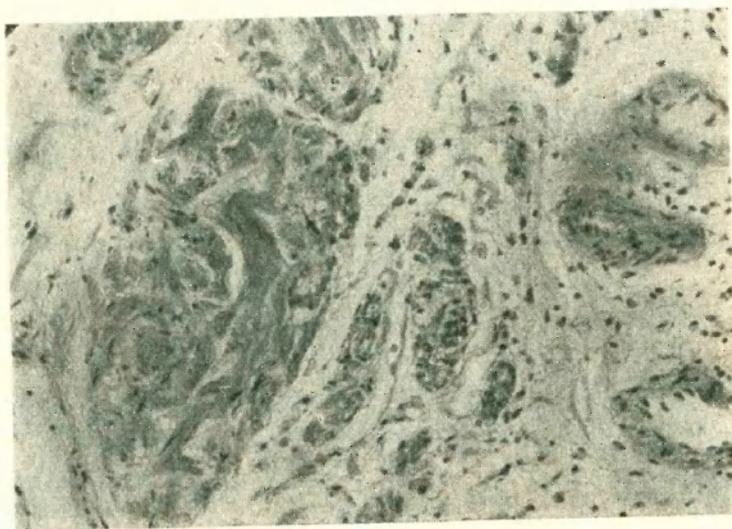


Figura 3

tiendo con los medicamentos a base de hígado, calcio y polivitaminas recuperándose el estado general en forma prácticamente total en la primera quincena del mes de marzo, lo que nos induce a intervenir el 18 de marzo de 1947.

Cirujano: Doctor A. Trabucco. *Ayudan:* Doctores Márquez y Comotto.

Anestesia general etérea. Transfusión de 300 g.s. de sangre y 500 c.c. de suero fisiológico durante el acto operatorio.

Incisión media umbilicopubiana. Llegados al espacio prevesical se reclina el fondo de saco peritoneal en cara anterior y lateral derecha, no pudiendo hacerlo en la cara lateral izquierda de la vejiga por las adherencias que lo unen al divertículo, efectuando entonces una cistostomía sobre línea media de cara anterior en una extensión de 6 cms.

La exploración endovesical permite visualizar un orificio diverticular de unos 2 cms. de diámetro localizado por arriba y afuera del meato ureteral izquierdo, un epiteloma papilífero del tamaño de un haba, sesil de base indurada y una esclerosis del cuello vesical que no permitía la entrada del pulpejo del dedo meñique.

Se efectúa primeramente la dilatación del orificio diverticular y la extracción de un cálculo

del tamaño de una nuez y luego se hace a radiobisturi, una incisión periorificial que interesa mucosa y submucosa, haciendo a punta de tijera un clivaje que permite la extracción total del divertículo. Se efectúa hemostasia con electrocoagulación, y se tapona con gasa sulfamidada.

Continuamos con la extirpación del epiteloma haciendo cistectomía parcial incompleta.

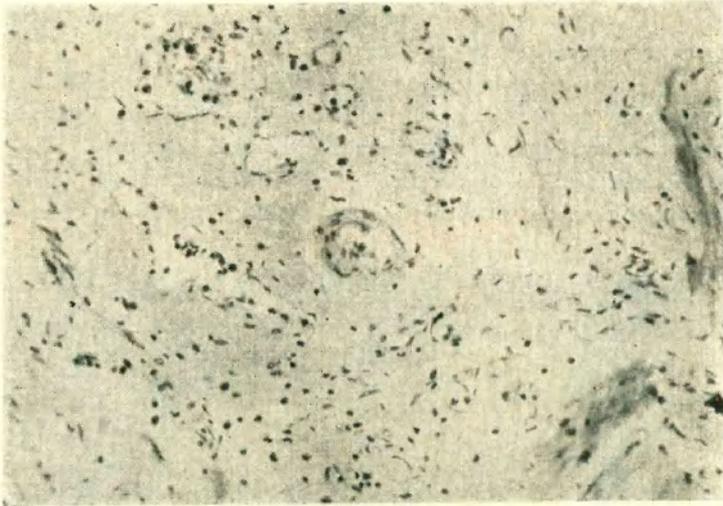


Figura 4

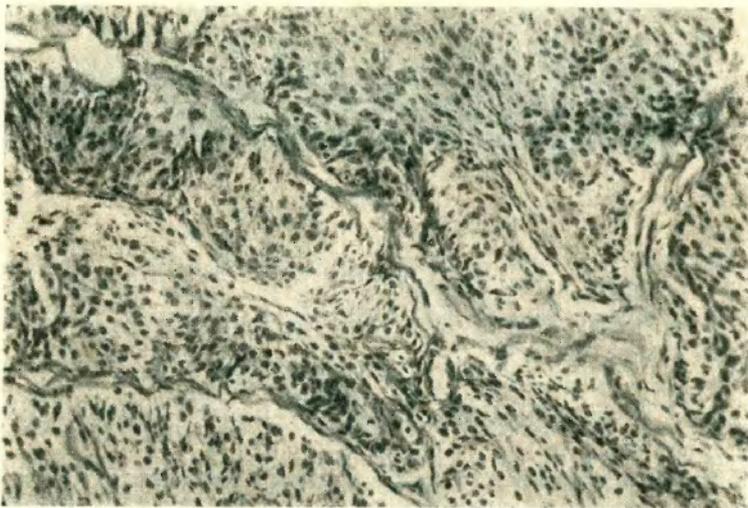


Figura 5

pues interesa mucosa y submucosa, efectuando también la sección a radiobisturi y se controla la hemostasia por electrocoagulación.

Finalmente se termina la intervención haciendo la resección en cuña del labio posterior del cuello vesical, taponando con gasa sulfamidada.

Colocamos tubo Marion N° 30, sutura de vejiga en dos planos, sutura de pared abdominal

dejando 3 grs. sulfamida y drenaje en espacio Retzius. Piel con algodón. La duración de la intervención fue de 45 minutos, saliendo el enfermo de sala de operaciones sin shock y con 13 y 7 de tensión arterial.

En el post-operatorio inmediato se hace penicilina, 50.000 unidades cada 3 horas y sulfamidas crisoidinas por vía intramuscular cada 6 horas; suero fisiológico 500 c.c. cada 8 horas por vía subcutánea, suero glucosado al 25 % y clorurado al 30 % cada 8 horas por vía endovenosa.

Al segundo día aparece un ileus paralítico que cede con 90 c.c. de suero clorurado al 30 % endovenoso y con cuatro ampollas de Prostigmin efectuadas una por hora por vía intramuscular.

Al quinto día se quita el taponaje del cuello vesical y se moviliza el de la cavidad diverticular, el que se extrae totalmente al 8º día.

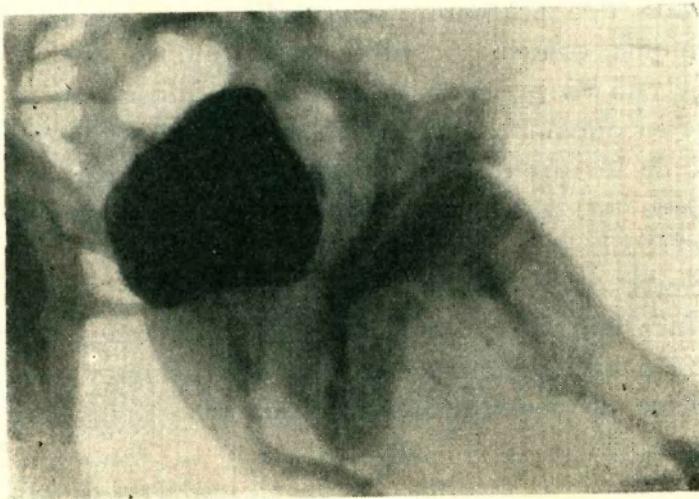


Figura 6

Al décimo día se coloca una sonda Nélaton Nº 25 preparada a lo Puigvert por el trayecto suprapúbico y a los 18 días se le coloca sonda uretral cerrando la vejiga a los 29 días de intervenido dándosele de alta el 23 de abril de 1947 con micción fácil cada 3 ó 4 horas, orinas limpiadas, chorro grueso con buena proyección. Los resultados de la *Anatomía Patológica* son los siguientes:

Cuello vesical: tapizado por una mucosa paramalpighiana con infección subaguda en la submucosa. Las paredes están formadas por una estructura conjuntiva y desaparición del tejido muscular por esclerosis (figura 3).

El divertículo está compuesto por tejido conjuntivo y en numerosos sitios hay un infiltrado linfocitario (fig. 4).

El tumor está constituido por elementos epiteliales que se introducen en plena capa muscular. Estos elementos epiteliales se agrupan en grandes masas sostenidas por tejido conjuntivo. Las células son del tipo vesical de la capa inferior y si bien tienen una orientación más o menos conservada están sujetas a grandes modificaciones en su forma, tamaño, picnosis y distribución protoplasmática. Obsérvase también en distintas zonas figuras de división indirecta de tipo monstruoso, permitiendo hacer el diagnóstico de epiteloma papiliforme grado 2 de Broder (fig. 5).

Las radiografías al mes, para el control vesical nos permiten observar una vejiga que aunque

se muestra algo enferma está exenta del divertículo vesical, sin deformaciones marcadas, con un cuello vesical bien amplio, no estando cortada ni desviada lateralmente como antes de la intervención (fig. 6).

CONSIDERACIONES

El primer diagnóstico, cuando se presentó el enfermo al Consultorio Externo era obvio, estaba en estado urémico; se hace el diagnóstico de síndrome pero no de enfermedad.

Sacado de ese estado e investigada la causa de la hematuria que acompañaba a ese estado urémico, pudimos comprobar que existía un cáncer de vejiga asociado a dos divertículos, uno pequeño, despreciable, y otro mediano, colocado por detrás del carcinoma, conteniendo dicho divertículo un cálculo.

Cuando se está en presencia de una diverticulosis vesical se debe pensar inmediatamente en algún proceso obstructivo de larga duración, especialmente cuando además de los divertículos existen numerosas celdas y columnas. En nuestro caso había una esclerosis muy marcada del tipo probablemente congénito del cuello vesical.

Estas distintas enfermedades urinarias que de por sí podrían ser entidades aisladas, se encuentran agrupadas en un mismo enfermo, y si bien el cuello vesical congénito podría haber originado los divertículos y dentro de ellos precipitado un cálculo no podemos atribuir a esa primera probable manifestación nosológica la presencia de un epiteloma.

Todo este cuadro está complicado con un síndrome de base de grandísima importancia tal, cual es el síndrome de Paget presente aquí por las rarefacciones óseas algodonoideas de todos los huesos, las marcadas deformaciones de los fémures, de las tibias, de los cuerpos vertebrales y del cráneo, corroborado el síndrome con la elevación de la fosfatasa alcalina, típico y característico de estos casos.

La presencia de un Paget, si bien la consideramos de mucha gravedad para cualquier intervención quirúrgica, no creímos que era suficiente argumento para dejar que un cáncer quedase librado a su propia evolución. Es por ello que planeamos la intervención quirúrgica en forma total después de una minuciosa preparación, para que se pueda soportar.

Dicha intervención trató de hacerse lo más rápido posible y lo menos traumática también; es por ello que no hemos insistido en la extirpación del pequeño divertículo lateral derecho, pensando además que con la supresión del obstáculo en la eliminación urinaria, podría desaparecer.

Vimos al enfermo hace poco tiempo, encontrándolo en perfectas condiciones, con orinas cristalinas, evacuando completamente su vejiga y recobrando su peso normal.