

EL DIAGNOSTICO DE INFILTRACION DE LOS TUMORES VESICALES POR LA UROGRAFIA DE EXCRECION

Por el Dr. FRANK A. HUGHES
de Montevideo

El diagnóstico de infiltración de la pared vesical por un tumor, debe establecerse precisamente en el momento que la conducta terapéutica va a ser programada, ya que los tumores infiltrantes benefician de procedimientos quirúrgicos por completo distintos de aquellos que con frecuencia curan los tumores no infiltrantes.

Esa infiltración puede ser determinada por procedimientos clínicos, endoscópicos, instrumentales y radiológicos, del conjunto de los cuales nace el concepto, que como hemos dicho más arriba, rige el tratamiento y condiciona el éxito.

El objeto de la siguiente comunicación es señalar en un grupo de pacientes con tumores de la vejiga, los diferentes aspectos que adopta la terminación inferior del uréter en relación con el tipo y la localización del tumor.

Heckenbach en 1939 en un trabajo traído a esta Sociedad por el Dr. Alberto García, puso de manifiesto una serie de nociones que eran precisadas por la utilización combinada de la urografía de excreción con la cistografía.

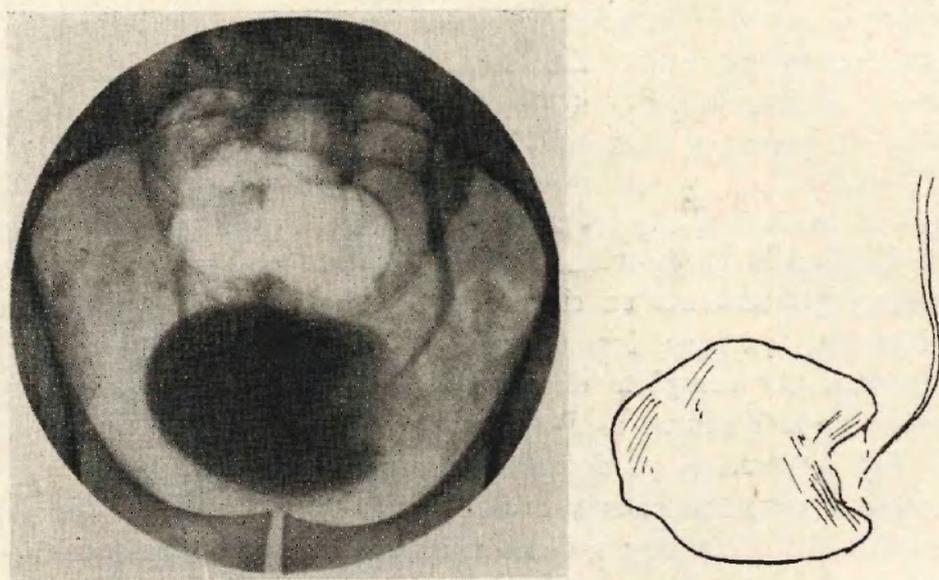
Decía que los tumores papilares y sólidos se conducen en una forma completamente diferente en su efecto sobre las vías urinarias superiores.

Los tumores papilares cuando están en la inmediata vecindad de la desembocadura del uréter, dificultan la salida de la orina, sin llegar salvo en casos excepcionales al cierre completo de la vía canalicular. Esto es debido a que este tipo de tumores toman solamente las capas superficiales de la pared vesical, lo que motiva que aparezca al uréter dilatado en forma pareja hasta el mismo orificio.

En cambio los tumores infiltrantes toman todas las capas de la vejiga, englobando la parte intra y yuxta vesical del canal que es comprimido progresi-

vamente. Por eso, según ese autor, en estos casos no se llega a ver la parte más inferior del canal que aparece separado de la sombra vesical o se observa una ausencia completa de la función renal por el cierre definitivo de la vía canalicular.

Nosotros creemos que a esas situaciones de tipos extremos, se pueden añadir una serie de situaciones intermedias, que derivan de la relación del tumor vesical, traducido radiológicamente por una imagen lacunar o por una retracción de la pared vesical, con el aspecto que adopta el extremo del uréter en lo



Observación N° 1: Imagen lacunar con uréter que llega sin dilatación al sitio normal de su desembocadura. Tumor no infiltrante.

referente a su calibre, sitio de terminación y nivel comparado con el del lado opuesto.

Esas situaciones pueden adoptar los aspectos siguientes: a) Imagen lacunar de la vejiga sin modificación ni del calibre, ni de la forma afilada normal, ni del sitio de terminación del uréter. Esta situación corresponde cuando el tumor se ubica en la zona del meato ureteral o tumores no infiltrantes de la vejiga.

Observación N° 1: Angel L., Sanatorio Uruguay, 69 años. Enfermo visto por primera vez el 27 de agosto de 1947 por una hematuria terminal como único síntoma.

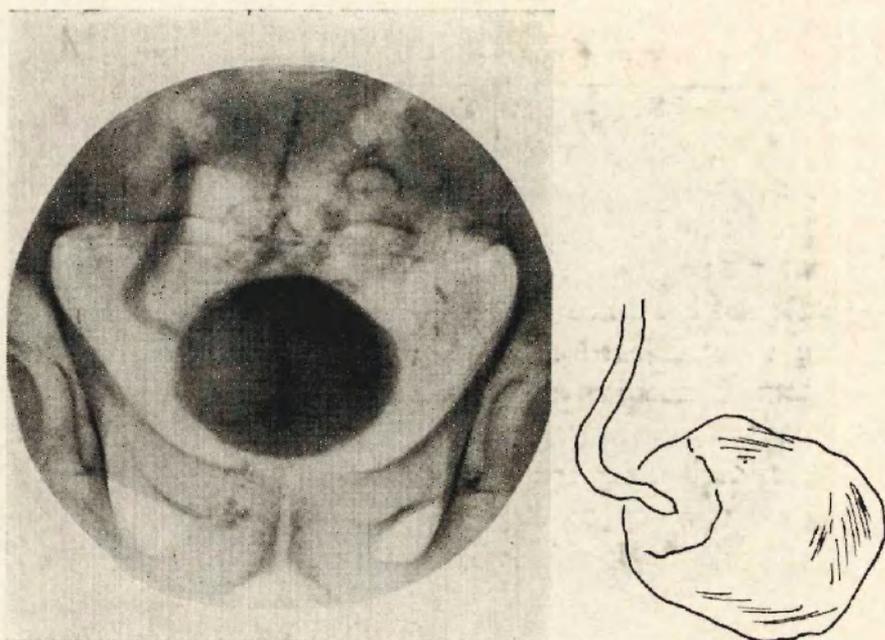
Bajo fondo vesical: Sin particularidades.

Cistoscopia: Papiloma sésil a franjas sólidas que toma la zona del orificio ureteral izquierdo. El examen endoscópico deja dudas de la existencia de infiltración.

Operación: 10-9-947. Resección endoscópica del tumor vesical que se extirpa en forma completa.

Histología: Papiloma de vejiga sin atipia nuclear o protoplasmática y sin caracteres infiltrantes (J. J. Scandroglío).

b) Imagen lacunar de la vejiga con uréter dilatado que termina en el sitio



Observación N° 2: Imagen lacunar con uréter dilatado que llega al sitio normal de su desembocadura. Tumor no infiltrante.

de su desembocadura normal. Esta imagen puede corresponder tanto a tumores no infiltrantes como a tumores infiltrantes.

Observación N° 2 (Tumor no infiltrante): Pedro Cha., 72 años, Hospital Militar. Abril de 1947. Hematurias a repetición desde varios años antes.

Bajo fondo vesical: No indurado.

Cistoscopia: Enorme tumor papilar a franjas largas del trigono derecho.

Operación: 30-4-947. Extirpación por vía suprapúbica de enorme papiloma implantado sobre el orificio ureteral derecho. Base no infiltrada.

Histología: Papiloma vellosa con zona de infiltración inflamatoria (C. M. Domínguez).

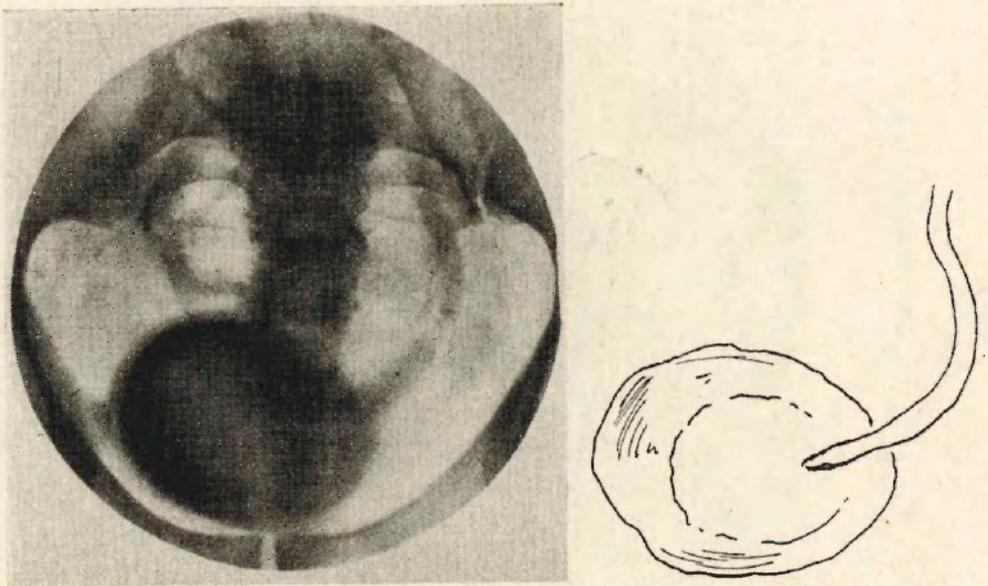
Observación N° 3 (Tumor infiltrante): Antonio G., 60 años. Sociedad Española. Junio de 1948. Hematurias a repetición datando de 3 años.

Bajo fondo vesical: No indurado.

Cistoscopia: Enorme tumor a franjas sólidas con ancho pedículo implantado sobre la zona del uréter izquierdo.

Operación: 7-6-948. Cistectomía parcial por tumor infiltrado del trigono izquierdo. Abocamiento del uréter izquierdo a la piel.

Histología: Infiltración de la pared vesical por tumor con estructura de epiteloma pavimentoso que disocia el tejido muscular (C. M. Domínguez).



Observación N° 3: Imagen lacunar con uréter dilatado que llega al sitio normal de su desembocadura. Tumor infiltrante.

c) Imagen lacunar y uréter dilatado que termina como en el caso anterior en el sitio de su desembocadura normal, pero con desnivel marcado con respecto a la desembocadura del uréter opuesto. Este aspecto corresponde en nuestras observaciones a tumores infiltrantes.

Observación N° 4: Washington G. T., 40 años. Hematurias datando de 4 ó 5 años.

Bajo fondo vesical: Al parecer indurado del lado derecho.

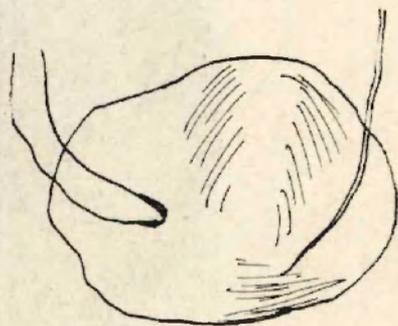
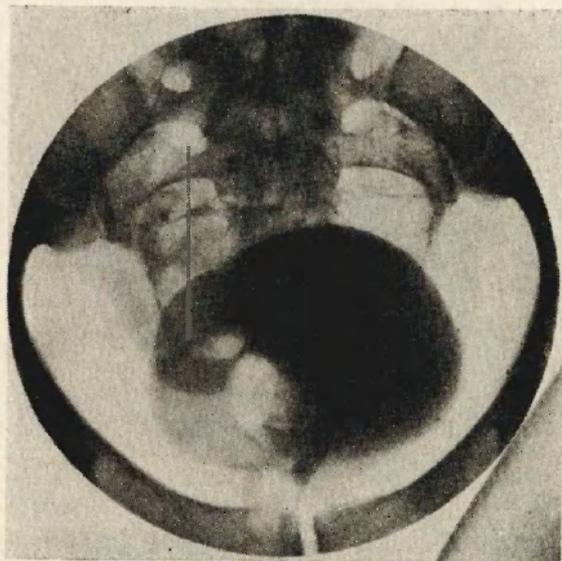
Cistoscopia: Tumor sólido que toma el trigono y el cuello del lado derecho con necrosis. Cistitis intensa datando de 3 meses.

¿Pared vesical infiltrada?

Operación: 23-2-948. Cistectomía parcial. Urétero-cisto-neostomía derecha.

Histología: Carcinoma infiltrante de la vejiga con tendencia a evolución malpighiana. Infiltración parietal que no llega a la parte externa del estrato muscular (J. F. Cassinelli).

d) Imagen lacunar o retracción de la pared vesical con uréter más o menos dilatado que termina lejos del sitio normal de su desembocadura, dejando un espacio claro entre el contorno vesical modificado y la extremidad opaca del uréter. Este aspecto sólo se observa en tumores infiltrantes.



Observación N° 4: Imagen lacunar con uréter derecho dilatado que llega al sitio normal de su desembocadura, pero elevado con respecto al nivel en que desemboca el uréter izquierdo. Tumor infiltrante.

Observación N° 5: Carlos O., 55 años. Visto por primera vez el 2 de abril de 1946 por hematurias que datan de 8 meses. Cistitis rebelde de poco tiempo después.

Bajo fondo vesical: Con infiltración tumoral evidente.

Cistoscopia: Tumor extendido que llena el trigono con necrosis, hemorragias y falsas membranas.

Histología (Biopsia): Tumor papilar con transformación hacia epiteloma pavimentosa infiltrante (C. M. Domínguez).

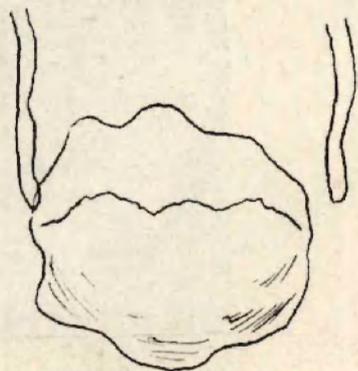
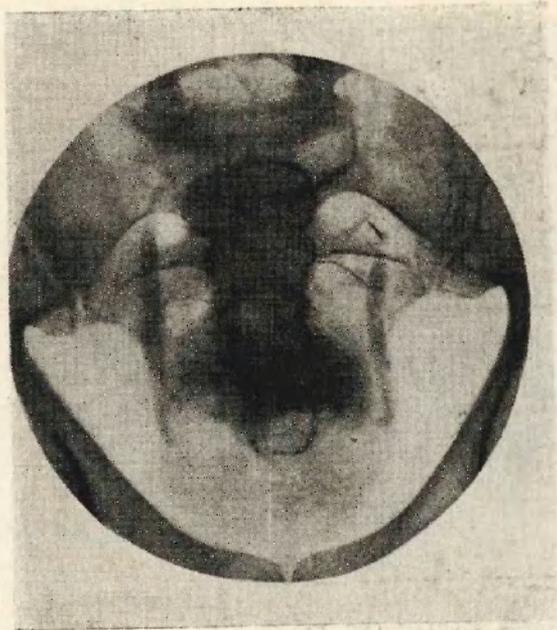
En algunos casos la separación de la vejiga de la extremidad del uréter sólo puede ser establecida por medio de radiografías obtenidas con incidencias oblicuas o de perfil.

Observación N° 6: Salomón L., 70 años, Sanatorio Uruguay. Marzo 24 de 1948. Hematurias datando de 1 año con cistitis que se van intensificando. Dolores en trayecto ureteral derecho.

Bajo fondo vesical: Indurado.

Cistoscopia: Tumor infiltrante del trigono derecho.

Histología (Biopsia): Fragmento de tejido conjuntivo y muscular donde no se reconoce estructura definida de mucosa vesical, infiltrados por células epiteliales malignas, aisladas, en cordones y placas. Corresponden a una infiltración epiteliomatosa originada en una mucosa pavimentosa o de tipo transicional (J. F. Cassinelli).



Observación N° 5: Imagen lacunar con uréteres dilatados que no llegan al sitio de su desembocadura normal.

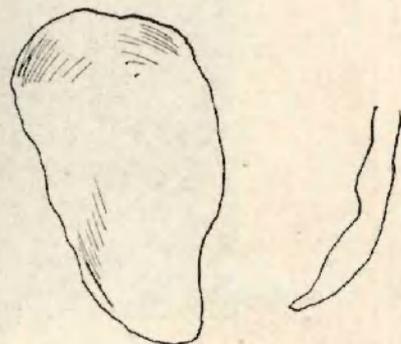
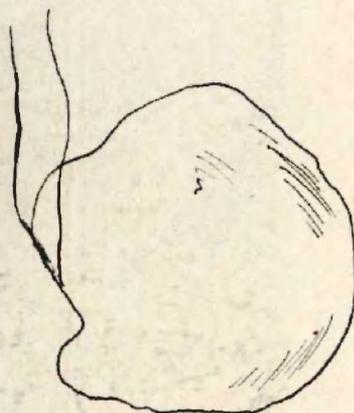
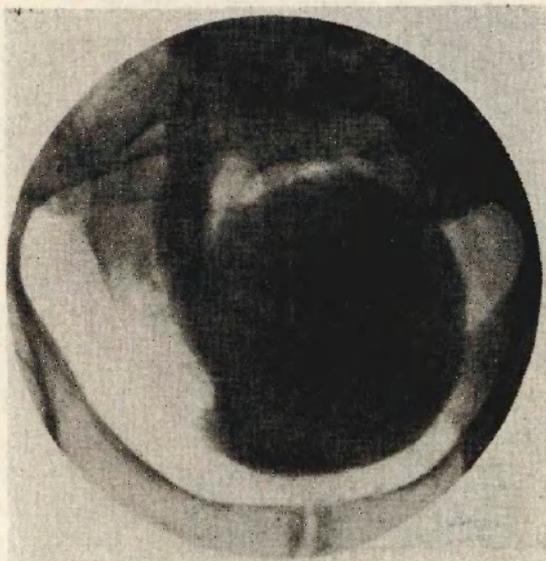
En otras situaciones pueden asociarse los aspectos, por diferente profundidad de la infiltración o porque un tumor no infiltrante de un lado se hace infiltrante del otro.

Observación N° 7: Francisco L., 56 años, Sanatorio Uruguay. Noviembre 20 de 1946. Cistitis y hematurias datando de 1 año.

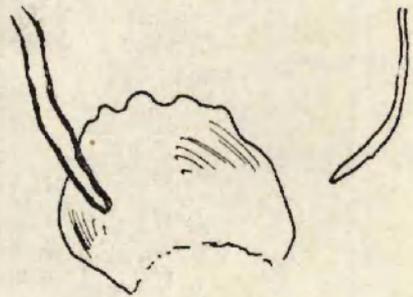
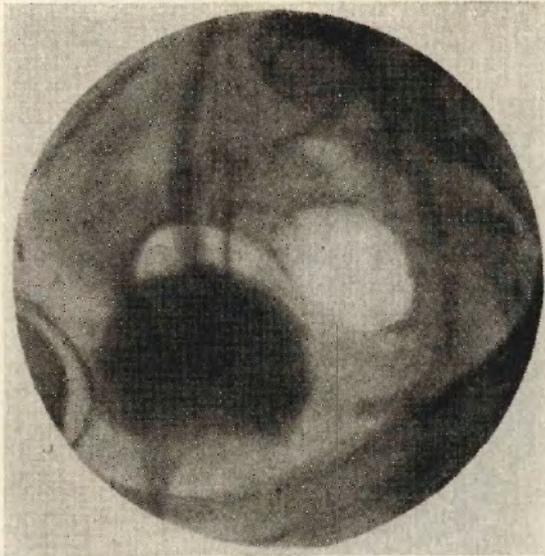
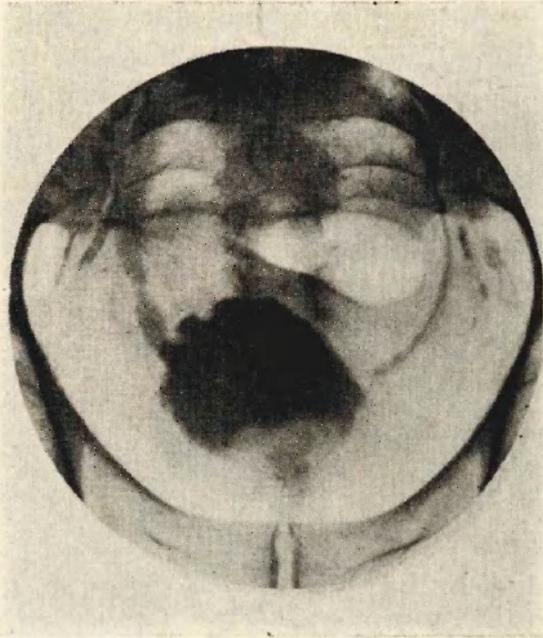
Bajo fondo vesical: Infiltrado.

Cistoscopia: Tumor que toma totalmente el trigono con necrosis y depósitos calcáreos extendiéndose sobre todo del lado izquierdo.

Operación: 26-11-946. Urétero-entero-anastomosis bilateral. La exploración intraperitoneal revela la existencia de lesiones neoplásicas perivesicales.



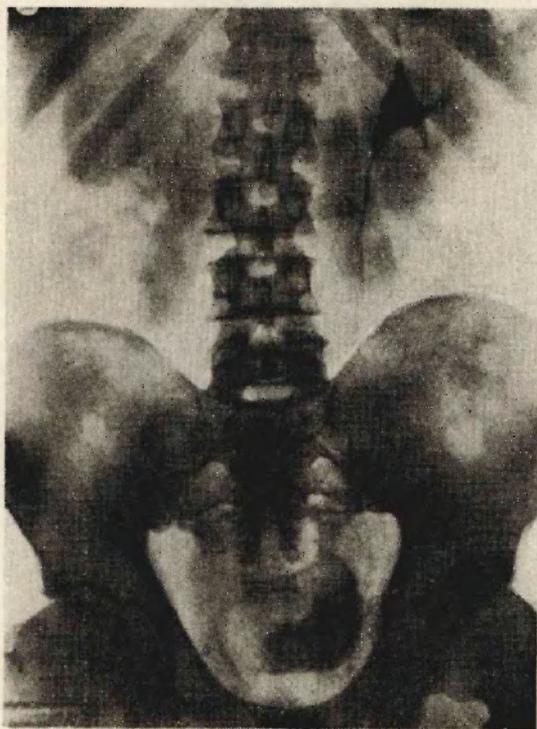
Observación N° 6: Imagen lacunar con uréter que parece llegar al sitio de su desembocadura normal en la placa de frente, pero que se demuestra no llega en la placa oblicua. Tumor infiltrante.



Observación N° 7: Imagen lacunar con uréter izquierdo dilatado que no llega a la vejiga. Uréter derecho dilatado que llega al sitio de su desembocadura normal. Tumor infiltrante. La imagen del lado derecho podría corresponder a un tumor no infiltrante.

e) Imagen lacunar acompañada de la falta de función de un riñón. Esta situación habla a favor de un tumor infiltrante que ha llegado por compresión progresiva a la destrucción total de los elementos renales secretorios. No la hemos visto más que en tumores infiltrantes.

Observación N° 8: Jaime P., 53 años. Hospital Militar. Hematurias datando de 5 años con masa palpable en hipogastrio.



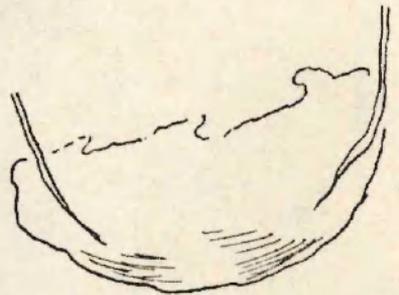
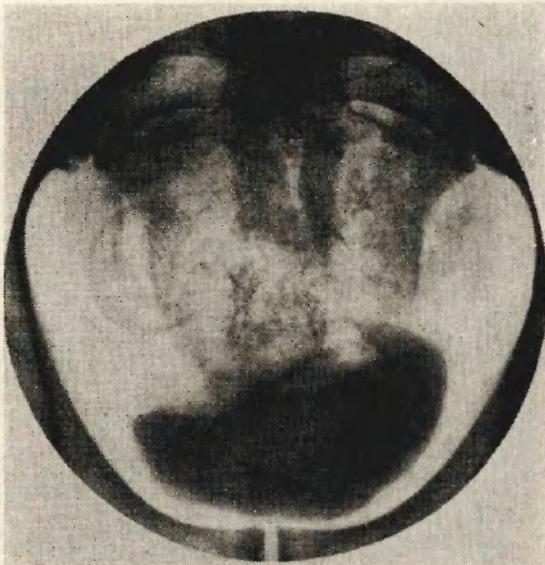
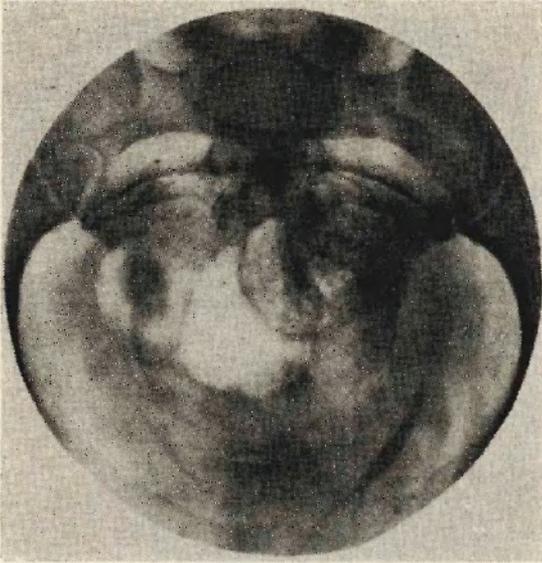
Observación N° 8: Imagen lacunar con falta de eliminación del riñón derecho. Tumor infiltrante.

Cistoscopia: Enorme tumor con necrosis e infiltración de toda la pared derecha de la vejiga y el trigono de ese lado.

Operación: 13-6-947. Urétero-sigmoidostomía bilateral intraperitoneal.

Operación: 13-6-947. Urétero-sigmoidostomía bilateral intraperitoneal. 22-7-947. Cistectomía total perinco-abdominal.

Histología: Epitelioma a células indiferenciadas infiltrando la totalidad de las capas de la vejiga (C. M. Domínguez).



Observación N° 9: Imagen lacunar del vértice vesical con uréteres no dilatados que llegan al sitio normal de su desembocadura. Tumor infiltrante alejado del triángulo.

f) Imagen lacunar o retracción de la pared vesical sin modificación de la terminación del uréter. La imagen lacunar puede corresponder tanto a tumores infiltrantes como a tumores no infiltrantes. La retracción de la pared habla, como es lógico, a favor de una infiltración. La falta de modificación en la terminación del uréter se debe a la ubicación tumoral lejana al trígono.

Observación N° 9: Enrique C. D., 45 años, Sanatorio Uruguay. El 30 de julio de 1947 consulta por hematuria con cistitis discreta.

Exploración recto-abdominal: Sin particularidades.

Cistoscopia: Tumor ulcerado e infiltrado del vértice de la vejiga.

Operación: 4-9-1947. Cistestomía parcial.

Histología: Epitelioma primitivo de la vejiga de tipo pavimentoso con evolución maligna de desarrollo superficial e infiltrante hasta la subserosa (J. F. Cassinelli).

Hemos elegido dentro de nuestras observaciones las imágenes radiológicas que más se adaptaban a ordenar y a precisar los conceptos que volvemos a repetir son, con ligeras variantes, los conceptos precisados por Heckenbach y difundidos en nuestros países por el Dr. Alberto E. García.

DISCUSIÓN

Dr. García. — *Celebro escucharlo al Dr. Hughes. Desde que trajimos el trabajo del doctor Heckenbach a esta Sociedad, sistematizamos en todos los enfermos la urografía excretoria y conferimos gran importancia al estado del uréter, coincidiendo en eso con el doctor Hughes.*

El detalle del desnivel del uréter es sumamente interesante; lo consideramos patognomónico de los tumores infiltrativos. Lo mismo pasa con la dilatación del uréter, por anulación, digamos así, de la verdadera porción terminal, que lo interpretamos como una infiltración peri-vesical.

Respecto a los tumores benignos no infiltrativos que hacen uroectasia, lo hemos observado en contadas ocasiones, pero también deseamos acentuar que en ningún caso esa uroectasia es importante.

Celebro, pues, escuchar al doctor Hughes en un problema que, a nuestro juicio, es de un valor incalculable.

Sr. Presidente Dr. Ercole. — *He escuchado con sumo placer la interesante comunicación del Dr. Hughes, que es una muy importante contribución al diagnóstico de los tumores malignos de la vejiga. Por ese motivo, le agradezco en*

forma muy particular, la gentileza que ha tenido el Profesor Hughes de concurrir a nuestras sesiones y traernos un estudio tan importante como contribución al tema de los cánceres de la vejiga.

Dr. Hughes. — *No me queda más que agradecer a los doctores García y Ercole las amables palabras que pronunciaron.*