

**A PROPOSITO DE UNA SOBREVIDA DE 5 AÑOS  
EN UN CANCER DE VEJIGA TRATADO POR CISTEC-  
TOMIA TOTAL Y URETERO-SIGMOIDOSTOMIA  
BILATERAL (\*)**

**Dr. Frank A. Hughes**

La observación que presentamos hoy se refiere al único caso en nuestra casuística que habiendo sido sometido a una cistectomía total por cancer de vejiga y a una urétero-sigmoidostomía bilateral para drenaje del aparato urinario, ha cumplido 5 años de sobrevida sin trastornos aparentes y sin que la implantación intestinal de los uréteres haya dado lugar al menor inconueniente de orden funcional o a la menor complicación infecciosa urinaria.

Este enfermo ha merecido consideraciones en el seno de esta Sociedad, en ocasiones anteriores cuando no hemos ocupado de las bases anatómicas de la cistectomía total y de la evolución de las urétero-sigmoidostomías.

Hoy nos referiremos al caso en sí.

Se trata de J. A., de 46 años, del Dpto. de Colonia, que consultó el 21 de julio de 1947 por un cuadro de cistitis con hematurias que se había iniciado 3 años antes y que había sido relacionado con un tumor inoperable de vejiga.

Existía una anemia con 3.020.000 glóbulos rojos y 46 % de hemoglobina, pero el estado general del paciente era satisfactorio. El examen clínico nos reveló particularidades de otra índole. El tacto rectal sólo ponía de manifiesto un fondo de vejiga algo duro pero no claramente infiltrado. La endoscopia mostró la existencia de un tumor sesil a franjas sólidas que ocupaba la totalidad izquierda de la vejiga, que llegaba al cuello de ese lado

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la media hora previa de la sesión del 24 de setiembre de 1952.

ocultando el orificio ureteral correspondiente. Del lado derecho existía otro tumor, a límites más precisos por encima y afuera del orificio ureteral, con el mismo aspecto de tumor sesil a franjas sólidas.

La Urografía de excreción (Fig. 1) reveló una imagen lacunar en la base de la vejiga, pero no mostraba síntomas de infil-

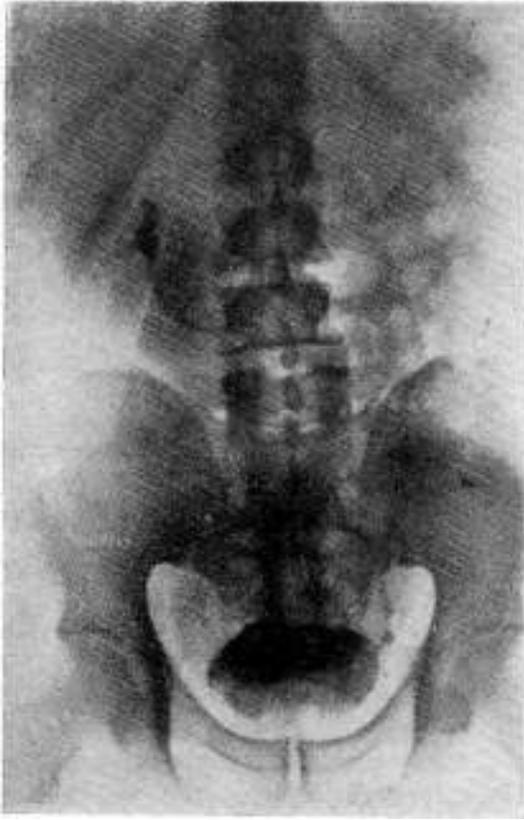


FIG. 1. (22 de julio de 1947). — Urografía preoperatoria. Imagen lacunar de la base de la vejiga sin repercusión sobre el segmento alto del aparato urinario.

tración de la pared ni repercusión del proceso sobre el segmento alto del aparato urinario.

Se decide la cistectomía total previa anastomosis urétero-intestinal bilateral.

El 17 de agosto de 1947 se realiza en el Sanatorio Uruguay, utilizando una incisión mediana infraumbilical una urétero-sigmoidostomía bilateral por vía intraperitoneal que evolucionó sin

particularidades. El enfermo es dado de alta el 26 del mismo mes de agosto.

El 10 de setiembre, es decir, algo menos de un mes después de la urétero-sigmoidostomía, se realiza la cistectomía total, por vía mixta perineo abdominal, liberando el block próstato-vesicular del recto y del pubis por vía perineal y completando la exeresis por vía abdominal utilizando una incisión transversal del tipo

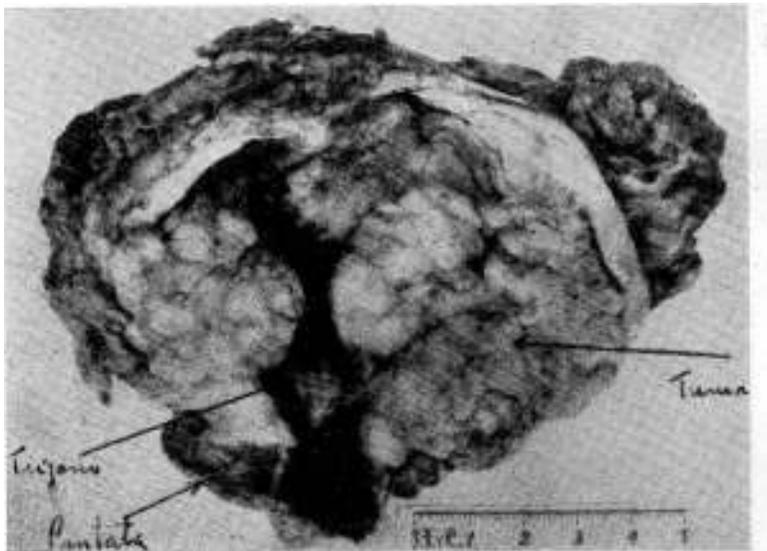


FIG. 2. — Aspecto macroscópico del tumor. Vejiga abierta por delante seccionando la pared anterior de la uretra y de la vejiga.

de la incisión de Cherney (Pfannenstiel amplio con desinserción de los rectos del pubis). Se drena con mecha por vía hipogástrica y con tubo por el periné. El enfermo evoluciona sin particularidades siendo dado de alta del Sanatorio el 26 de setiembre.

El estudio anatómo-patológico fué efectuado por el Dr. Juan F. Cassinelli.

“Pieza operatoria que pesa 250 grs. compuesta por la vejiga, próstata, cabos deferenciales y vesícula seminal izquierda (Figura 2). La vejiga está abierta por la cara anterior y en su interior muestra 3 masas tumorales vegetantes (con característico aspecto “en coliflor”); la mayor está situada en el borde iz-

quierdo, mide 5 cmtrs. de diámetro, es aplanada y sólida, aunque en la superficie conserva vestigios de su primitiva arquitectura papilar, otra masa tumoral está situada en el borde derecho y mide 4 cmtrs. de diámetro, siendo más definitivamente papilar, pero con papilas coalescentes; el tumor más pequeño está situado en el vértice vesical, cara posterior y mide 3 cmtrs. siendo el de aspecto más claramente papilar de los tres tumores vesicales.

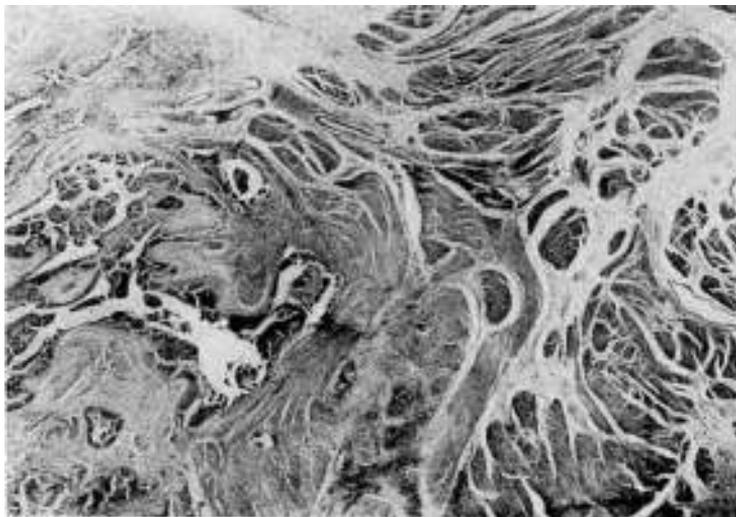


FIG. 3. — Zona de infiltración en el área profunda de implantación de uno de los tumores.

Todos los tumores son de implantación sesil; el del borde derecho es el que tiene una implantación más angosta y semi-pediculada. En la zona de enraizamiento tumoral la pared vesical aparece endurecida en forma variable. La mucosa vecina y la del resto de la vejiga, en parte tiene pliegues, pero en otras está moderadamente congestiva, en cambio los tumores son de color blanquecino rojizo, no muestran zonas hemorrágicas ni caracteres de necrosis o infección.

Practicando un corte mediano de los tres tumores vesicales, se comprueba que se trata de neoformaciones de arquitectura vegetante papilar, pero consolidadas por coalescencia de las vegetaciones. En las dos masas tumorales mayores parece existir,

macroscópicamente, crecimiento tumoral infiltrante en la pared vesical. En la grasa perivesical no se hallaron ganglios, aunque algunos pelotones adiposos parecían corresponder a ganglios en atrofia adiposa. La próstata no muestra zonas adenomatosas ni quísticas, por lo menos macroscópicamente.

*Microscópicamente* se examinaron cortes totales medianos de los tres tumores vesicales.

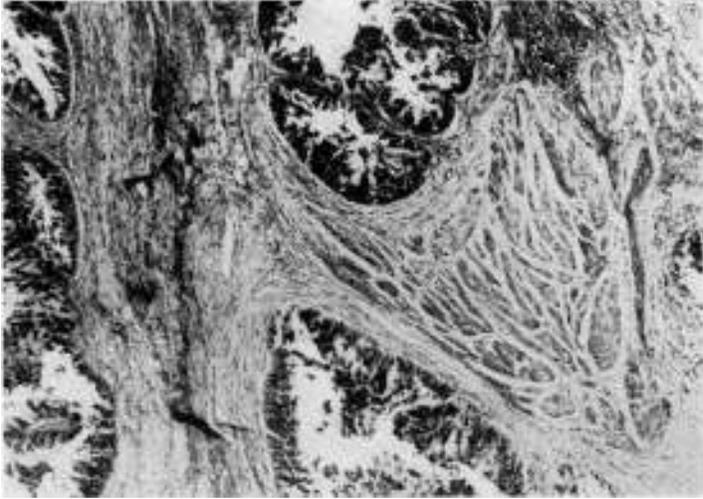


FIG. 4. — Mediano aumento. Haces de fibras musculares entre las masas tumorales.

Todos ellos muestran la imagen histológica de tumores papilares vesicales con evidentes signos de malignidad en el crecimiento epitelial vegetante endovesical (tipo de papilomas malignos), aunque conservando, en algunos puntos, caracteres de papilomas más típicos. (Fig. 3) y (Fig. 4). La base de implantación de los tres tumores muestran infiltración por el crecimiento epitelial atípico (tipo de carcinomas papilares, con infiltración) y ella se desarrolla en la submucosa y en los estratos superficiales de la capa muscular propia de la vejiga. La infiltración basal es más pronunciada en los tumores lateral izquierdo y superior, mientras que en el restante, cuya implantación es más pediculada, el crecimiento invasor se evidencia más claramente en la zona del pedículo ancho y con haces musculares.

El crecimiento epiteliomatoso infiltrante se hace en forma de grandes lóbulos tumorales, sólidos y otros pseudoquísticos por necrosis de los elementos centrales. En el tumor más voluminoso y de superficie de implantación más extensa (el del borde iz-quierdo), se observan figuras de embolización de colonias .



FIG. 5 Urografía de excreción 27 de Nov. de 1947). 3 meses después de urétero-sigmoidostomía.

celulares epiteliomatosas en las vías linfáticas y en un vaso venoso de la submucosa.

Hay reacción inflamatoria leucocitaria, predominantemente constituida por células redondas, en el estroma tumoral, en la zona de implantación y en la mucosa vecina, en forma difusa y nodulillar. Se ven áreas de hemorragias y dehiscencia hemorrágica en la base de dos tumores. Se observan algunas figuras de cistitis quística en la adyacencia tumoral.

**En resumen:** Carcinomas papilares múltiples de vejiga (tres

tumores, dos con implantación sesil y otro con inserción pediculada gruesa, infiltrando la submucosa y estratos superficiales de la capa muscular). En la base de uno de los tumores se observan figuras de embolización tumoral linfática y en una vená. Reacción inflamatoria exudativa-infiltrativa de células redondas en la zona tumoral, en la base de implantación y en la mucosa vesical adyacente. Se observan algunas figuras de cistitis quística.



FIG. 6. — (14 de Setiembre de 1949). — Dos años después de urétero-sigmoidostomía.

La evolución ulterior es favorable. El enfermo ha visto desaparecer totalmente sus molestias, se ha reintegrado a la normalidad de la vida, evacúa por el recto el contenido urinario cada 4 ó 5 horas, pudiendo pasar 6 y 7 horas sin hacerlo. Sólo tuvo episodios transitorios de recto-sigmoiditis en los primeros meses que siguieron a la operación. No tiene actividad genital alguna.

Fué seguido desde el punto de visto urográfico con exámenes

periódicos en las fechas siguientes: Noviembre 27-1947 (Fig. 5);  
etiembre 14-1949 (Fig. 6); Julio 11-1950 (Fig. 7); Setiembre  
24-1952 (Fig. 8).

Todos ellos revelan la conservación del funcionalismo renal  
dentro de los caracteres normales, sin dilatación de la vía  
canalicular.



FIG. 7. — (11 de julio de  
1950). Tres años aproxi-  
madamente después de  
urétero-sigmoidostomía.

Los últimos exámenes de laboratorio practicados (setiembre  
24-1952) arrojan los siguientes resultados: Urea en el suero:  
0 g. 67. Examen hematológico: Glób. rojos: 4.920.000. Hemoglo-  
bina: 94 %. Valor Globular: 0.95. Glóbulos Blancos: 12.300.  
Fórmula normal.

### Comentarios.

Frente a los resultados desfavorables que hemos tenido en la  
inmensa mayoría de los casos de cistectomía total, en la cual el

drenaje urinario se hizo hacia el intestino, presentamos esta observación realmente favorable.

Ella sin embargo no nos hace modificar nuestro concepto actual, sobre el mejor pronóstico vital que ofrece la ureterostomía cutánea para la derivación urinaria como complemento de la exeresis radical de la vejiga por cáncer.



FIG. 8. — (24 de setiembre 1952). — Cinco años Después de uréter-sigmoidostomía.

**Dr. Mourigán.** — Es para felicitar por los resultados extraordinarios y alentadores. Y es para hacer una consideración de carácter general: que en la anastomosis con el tubo digestivo no hay que tenerle miedo al reflujo y que la boca debe ser amplia y que las infecciones son más por estrecheces que producen una retención por detrás y la infección consiguiente que por pasaje del contenido intestinal al árbol anastomosado.

**Dr. Nande Aramburu.** — Tengo que felicitar al Dr. Hughes por el resultado brillante de este acto quirúrgico que fué realizado a pesar de la larga evolución clínica de sufrimiento y de la interpretación, como dice el autor, catalogada: Neoplasma de vejiga, inoperable.

En el neoplasma de vejiga la sanción quirúrgica, es la única, de los medios que se disponen, para lograr la cura definitiva o paliativa.

El estudio clínico, las reacciones de laboratorio y la endoscopia, no son documentos suficientes como para darse vencido frente al cáncer de vejiga.

Es sólo la exploración quirúrgica. Mismo viendo por dentro la lesión, es la única que puede decirnos si podemos o no conseguir éxito parcial o total.

La derivación de orinas hecha en el sigmoide o a la piel, soluciona el problema, pero no inhibe la evolución de la neoplasia.

Es solución muchas veces necesaria debido a las condiciones del enfermo que permite realizar en un segundo tiempo la cistectomía.

**Dr. Chifflet.** — El cáncer de la vejiga es uno de los cánceres más terribles para el enfermo por los sufrimientos que provoca. Por este motivo se justifican operaciones de riesgo grande en busca de una sobrevida tolerable, aun cuando no sea larga.

La observación que nos ha mostrado el Dr. Hughes constituye un ejemplo de lo que en esta enfermedad puede dar la cirugía cuando es bien aplicada en conceptos y en detalles.

Analizando los resultados de la cistectomía total surgen dos hechos evidentes que es necesario enfocar. Por una parte se comprueba que las recidivas se hacen habitualmente dentro de la pelvis; por otra parte se comprueba que cierto porcentaje de enfermos son víctimas de la restauración de la vía urinaria. No me voy a referir a este último asunto que escapa al tema en consideración.

En cuanto a la aparición de recidivas en el ambiente pelviano nos lleva a pensar en que las exeresis deben ser amplias, metodizadas, dirigidas a todo el tejido conjuntivo pelviano. Sin entrar en la discusión sobre celulectomía pelviana, anotemos un hecho que tiene a nuestro entender gran significado y es la vía por la cual se procede a la exeresis. Creemos que entrando a la pelvis por vía perineal se siguen planos divergentes que conducen a las paredes de la pelvis, alejándose de los órganos, mientras que entrando por vía abdominal se siguen planos que nos van acercando cada vez más a los órganos, dejando así láminas que pueden estar invadidas por el neoplasma.

El enfermo que nos presenta el Dr. Hughes fué operado haciendo el primer tiempo por vía perineal y terminando luego por vía abdominal. Sin tener mayores conocimientos sobre cistectomía, se me ocurre que, si sucede lo mismo que en el recto, esta técnica ha contribuido a dar la hermosa evolución que terminamos de ver.

**Dr. Hughes.** — Quiero agradecer a los compañeros y colegas que han hablado. Al Dr. Mourigán estoy de acuerdo con él, en lo que ha manifestado sobre la estenosis que constituye la patología fundamental de los canales. Donde el drenaje se hace normalmente, donde existe orificio con comunicación que no provoque estasis, no hay problema, a tal punto que

en el momento actual se está sustituyendo el clásico túnel submucoso para la anastomosis del uréter al intestino por la sutura directa de ambos canales, con resultados semejantes a los que se obtienen en otras suturas canaliculares.

En cuanto a lo que dice el Dr. Chifflet a propósito de la vía de abordaje de la pelvis por el periné, diremos que entrando por vía abdominal tenemos dificultades, como lo establecimos en una comunicación que presentamos aquí el año pasado, en la cistectomía para efectuar la separación del árbol digestivo del árbol urinario, por lo que quisimos evitarlas; y por eso a semejanza de algunos utilizamos la vía perineal; pero en el momento actual con respecto a la cirugía de la parte anterior de la pelvis y haciendo una cistectomía en la cual nos alejamos de la vejiga, no creemos necesario el abordaje inicial por vía perineal. Creemos que es posible que algunas personas prefieran esa manera de abordar el proceso, pero nosotros, de acuerdo con el concepto que nos hemos formado de la anatomía quirúrgica de la región, en lo que se refiere, vuelvo a repetir, al problema de la exéresis prostática o vesical, creemos que alejándonos de la vejiga, yendo inicialmente hacia las paredes de la pelvis y hacia los troncos arteriales, haciendo la limpieza de los tejidos de afuera adentro, no tenemos ventajas en entrar por vía perineal. Por eso en el momento actual hacemos la cistectomía y los abordajes de exéresis únicamente por vía abdominal con amplia luz.

Ahora, quiero añadir que la presentación de este enfermo que hemos traído en la media hora previa, que ha vivido cinco años después de la cistectomía con implantación de los uréteres al intestino, constituye un hecho exitoso pero poco frecuente, pues al lado de éste, tenemos varios tratados del mismo modo, que no han andado bien. La impresión que tenemos, a propósito de este tema, es que la pérdida de la mayor parte de los enfermos operados de neoplasma de vejiga, se debe a implantación urétero-intestinal por complicaciones precoces o tardías de dicha intervención.

En el momento actual, el drenaje del aparato urinario, lo hacemos hacia la piel. Creemos que esa intervención de menor riesgo, se tolera mucho mejor.

Pensamos que un enfermo que tenga un neoplasma de vejiga, que se cura, puede pagar como tributo la ureterostomía cutánea, que sin solucionar el problema completamente, lo soluciona en parte y evita muchas complicaciones.