

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LOS
TUMORES DE LA VEJIGA EN GENERAL

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

FERNANDO VILLALOBOS S.

PREVIA OPCION AL TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA

SAN SALVADOR, ENERO DE 1959





UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR:

Dr. Romeo Fortín Magaña

SECRETARIO GENERAL:

Dr. Enrique Córdova h.

FACULTAD DE MEDICINA

DECANO:

Dr. Saturnino Cortés M.

SECRETARIO:

Dr. José Llerena Gamboa.

T
616.62
V714C
1959
F. med.
E:2

21899

U N I V E R S I D A D D E E L S A L V A D O R

FACULTAD DE MEDICINA

JURADOS QUE PRACTICARON LOS EXAMENES DE
DOCTORAMIENTO PRIVADO

PRIMER EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO

CLINICA OBSTETRICA:

Presidente: Dr. Antonio Lazo Guerra
Primer Vocal: Dr. Jorge Bustamante
Segundo Vocal: Dr. Arturo Jovel Munguia.

SEGUNDO EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO

CLINICA MEDICA:

Presidente: Dr. Luis Edmundo Vásquez
Primer Vocal: Dr. J. Benjamín Mancía
Segundo Vocal: Dr. Francisco Escobar.

TERCER EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO

CLINICA QUIRURGICA:

Presidente: Dr. Luis A. Mancía
Primer Vocal: Dr. Saturnino Cortés M.
Segundo Vocal: Dr. Salvador Infante.

DOCTORAMIENTO PUBLICO

PRESIDENTE:

Dr. Herbert Lewy Van Severen

PRIMER VOCAL:

Dr. Roberto Masferrer

SEGUNDO VOCAL:

Dr. Roberto Avila Moreira.

D E D I C A T O R I A

A mis Padres:

Román Villalobos Vargas.

Felicia Sánchez Z.

A mis Suegros:

Federico G. Kreitz. (In Memoriam)

Mercedes v. de Kreitz.

A mi querida esposa:

María Elena Kreitz de Villalobos.

A mis hijos:

Fernando y Gustavo Adolfo.

A mis hermanos:

Al Honorable Cuerpo Médico de El Salvador.

INTRODUCCION

El objetivo de este tema es hacer resaltar la importancia del conocimiento de los tumores vesicales, sin pretender agregar nada nuevo a lo que la literatura mundial enseña al respecto; pero tratando en lo posible de presentar los detalles más importantes de esta entidad en nuestro medio.

Cualquier estudio sobre tumores vesicales, tiene para mí, una enorme importancia, ya que como todas las entidades nosológicas que se presentan con relativa poca frecuencia, no siempre se les presta la debida atención, con sus obvias consecuencias.

Actualmente se está instalando en el Hospital Rosales un aparato de super-voltaje (Bomba de cobalto 60), y sabiendo que en la actualidad esta forma de teleterapia está demostrando ser de gran valor en el tratamiento de ciertas formas de tumores vesicales, creo que aumenta la importancia de este tema.

El trabajo se dividirá en dos partes: la primera trata del estudio de los tumores de la vejiga en general, y la segunda, del análisis de los distintos casos atendidos en el Hospital Rosales.

DESARROLLO DEL TEMA

UMORES DE LA VEJIGA EN GENERAL: son neoformaciones tumorales benignas o malignas localizadas primitiva o secundariamente en la vejiga urinaria.

Los tumores vesicales no pueden ser estudiados separadamente por las siguientes razones: 1) no desempeñando la vejiga funciones vitales su patología puede repercutir en órganos tan vitales como los riñones, a veces con resultados funestos; 2) la división en tumores benignos y malignos no tiene un valor clínico absoluto, a causa: a) un neoplasma histológicamente benigno puede obstruir los uréteres y causar la muerte por anuria; b) la tendencia de estos tumores a causar hemorragias profusas y repetidas; c) la transformación siempre posible de los tumores benignos en malignos; d) de la predisposición que crean para la infección ascendente doble, lo cual puede llevar a pielonefritis ascendente doble.

DAD: presentan con la mayor frecuencia a la edad de 50 a 70 años; sin embargo pueden encontrarse cualquier edad. Rappaporto y Nixon reportan un adenocarcinoma en un niño de cinco meses con extrofia vesical. La revisión de la literatura mundial sólo reporta, hasta febrero de 1958, 30 casos de tumores en niños, de los cuales 11 eran benignos; de lo que se deduce que los tumores vesicales son sumamente raros en los niños; pero en el 63.7% son malignos.

Son más frecuentes en el sexo masculino, 75%.

FRECUENCIA: La incidencia de tumores vesicales es muy baja y presenta grandes variaciones geográficas. En Egipto se ha encontrado frecuencias hasta del 5%, lo cual posiblemente sea debido a la alta incidencia de infestación por *Schistosoma haematobium*. En Europa la frecuencia es de 0.7%.

Juan J. Gazzalo reporta a los tumores de la vejiga constituyen el 3% del total de las afecciones urinarias.

En el Salvador de 25.290 biopsias y 1520 autopsias que revisé desde 1950 hasta noviembre de 1958, inclusive, encontré una frecuencia de 0.06%. De 105.126 ingresos sólo encontré 15 casos, (0.01%)

ETIOLOGIA: Como en todos los procesos tumorales aún no se ha encontrado una causa específica. Todos los autores indican a la irritación crónica como un factor muy importante; por supuesto que esta hipótesis no es más que una forma de incubar la ignorancia que prevalece al respecto. Como causas predisponentes se citan las siguientes

- 1) Desde hace mucho tiempo se sabe que las personas expuestas a colorantes de anilín y derivados del alquitrán de huya tales como el benzeno, alfa y beta naftilamina presentan mayor incidencia de tumores vesicales. Según Evans el desarrollo de tumores en las personas expuestas a las sustancias antes mencionadas es a los seis y veinte años de exposición; 2) La bilharziasis es quizás el factor más importante en el desarrollo de cánceres de la vejiga. De las tres clases de *Schistosomas* es el *S. haematobium* el más importante, ya que es el que se localiza en la vejiga produciendo *cistitis*; en Egipto se ha encontrado

ziasis y que en el 2 al 5% padecen de carcinoma vesicales; es digno de notar que aunque las mujeres están igualmente infestadas, raramente padecen de tumores vesicales; 3) las cistitis virales y la extrofia vesical se citan como causas predisponentes. Kerwin trabajando con virus epiteliotrópicos ha logrado producir verrugas y papilomas en conejos.

LOCALIZACION: La inmensa mayoría de los tumores vesicales crecen y desarrollan en la mitad inferior de la vejiga; la bóveda raramente es asiento de neoplasmas; no obstante los que desarrollan en esta zona tienden a ser más malignos y a dar metástasis más tempranamente. En un estudio en lo referente a localización efectuado por John E. Godwin, encontró las siguientes frecuencias de localización:

Paredes laterales	47%
Trígono	21%
Pared posterior	18%
Pared anterior	8%
Bóveda	6%

CLASIFICACION: La vejiga es una bolsa muscular de fibras lisas tapizadas en su interior por una mucosa de epitelio poliestratificado del tipo llamado de transición; a estos dos tejidos, muscular liso y epitelial se añade una armazón conjuntivo vascular. Los neoplasmas vesicales, muy diversos, pueden nacer a expensas de estas tres capas por proliferación de sus células, ya en su estado adulto o embrionario.

Muchos de los conceptos modernos sobre histopatología de los tumores vesicales se deben al estudio que en 1940 hiciera el Coronel As

Agrupó 3900 tumores, 90% de los cuales fueron epiteliales y diez por ciento mesenquimatosos; de estos 2% resultaron ser malignos y el resto benignos.

Los tumores de la vejiga se dividen en dos grandes grupos: benignos y malignos. También se clasifican en primitivos y secundarios. Subclasificaciones desde el punto de vista de la penetración a la pared vesical y del aspecto puramente histológico tienen moderadamente un enorme valor desde el punto de vista tratamiento y pronóstico.

BENIGNOS:

- 1) Leucoplacia-potencialmente maligno-
- 2) Endometriosis
- 3) Papiloma de células transicionales
- 4) Fibroma
- 5) Fibromioma
- 6) Leiomiomas
- 7) Rabdomiomas
- 8) Angioma
- 9) Adenomas
- 10) Cistoadenomas mucinosos
- 11) Neurofibromas
- 12) Quistes dermoide

MALIGNOS:

- 1) Carcinoma papilar
- 2) Adenocarcinoma
- 3) Carcinoma espinocelular
- 4) Carcinoma infiltrante

Los tumores secundarios son los que nacen y desarrollan en otros órganos, generalmente vecinos, y secundariamente invaden o se implantan en la vejiga. Entre estos tumores tenemos: cáncer del cervix, cáncer del recto, de la próstata, uréter, uretra y pelvis renal.

De los tumores benignos los más importantes en cuanto a frecuencia son los papilomas y fibromas.

Leocoplacia: es un proceso de transformación epidermoide de las células transicionales; se presenta como un parche blanco, liso y como lesión única o múltiple. Siempre se encuentra acompañando a un proceso de cistitis crónica. Histológicamente se reconocen dos formas: una consta de una gruesa capa de células epiteliales, escamosas, estratificadas y bien diferenciadas; la otra forma presenta un epitelio con actividad o proliferación de la basal, el núcleo celular muestra figuras mitóticas. Esta segunda forma se considera precancerosa.

Endometriosis: La histogénesis es la misma que para otros órganos; por lo tanto, prevalece la teoría mecánica y la embrionaria. La histomatología es cíclica.

Papiloma benigno: Es el tumor benigno más común. Debido a que el 50% recurre y no tiene siempre buen pronóstico, algunos autores estudian junto con los malignos. Comprende el 10% de todos los papilomas vesicales. Visto con el cistoscopio tiene un aspecto característico, parecido a un árbol ramificado cuyas vellosidades son vasculares, rosadas y homogéneas; el pedículo es estrecho y la mucosa que rodea la base es de aspecto normal.

Fibroma: Generalmente asintomático, pediculado, tiene gran pre-

Fibromioma y Leiomioma: Casi siempre únicos, varían de tamaño desde unos pocos gramos hasta 9200 gramos.

Neurofibromas: Frecuentemente múltiples, se localizan preferentemente en el trigono y cuello vesical. Por lo general se asocian a la neurofibromatosis de Von Recklinghausen.

Mixomas: Son patrimonio de la infancia, siempre pedunculados.

Quiste dermoide: Sumamente raros; llaman la atención por la pilimicción.

Carcinoma papilar: Al igual que el papiloma benigno es ramificado, pero su estructura es heterogénea.

Adenocarcinoma: Este tumor epitelial constituye menos del 2% de todos los tumores vesicales. Se localiza de preferencia en el trigono y bóveda. Su presencia en la vejiga, desprovista de glándulas, sólo se explica por extensión desde el uraco o por inclusión de restos de la cloaca. Son altamente malignos. Su estructura microscópica recuerda los adenocarcinomas del intestino grueso y próstata, razón por la cual se debe actuar con cautela al especificar el origen primario.

Carcinoma espinocelular: Su aspecto macroscópico no es nada característico y es altamente maligno.

Carcinoma infiltrante: Tumor epitelial altamente maligno. Macroscópicamente es aplanado, mal limitado y se acompaña de considerable edema de la mucosa.

Sarcomas: Son sumamente raros, se encuentran de preferencia en los niños; son de pronóstico sombrío. Tienen predilección por el cuello, pared posterior y laterales. En el 5.2% coexisten con

8.-

carcinoma. El Dr. John L. Powers, revidando la literatura mundial - hasta Junio de 1958, encontró 324 sarcomas, comprobando que el leiomiomasarcoma y el rebdomiosarcoma eran los más frecuentes, con porcentajes de 13.02 y 12.34 respectivamente. Los clasifica de la siguiente manera: 1) leiomiomasarcoma; 2) rabdomiosarcoma; 3) sarcoma a células fusiformes; 4) sarcoma de células redondas; 5) carcinosarcoma; - 6) mixosarcoma; 7) linfosarcoma; 8) fibrosarcoma; 9) osteocondrosarcoma; 10) sarcoma osteogénico; 11) condrosarcoma; 12) condrosarcoma osteoide; 13) condromixosarcoma; 14) sarcoma osteoide ; 15) fibroedematoecondroma.

ANATOMIA PATOLOGICA: En la clasificación antes expuesta notamos que la vejiga puede dar lugar a gran variedad de neoformaciones tumorales, tanto benignas como malignas.

Los tumores vesicales al inicio, crecen hasta la luz lo cual se justifica ya que no hay presión que lo impida; al evolucionar pueden ocupar toda la mucosa o incluso llenar la luz vesical en su totalidad. Debido a que la mayoría de los neoplasmas tienden a localizarse en el suelo, cerca del trígono, rápidamente se enclavan en el orificio ureteral correspondiente, el cual gradualmente se ocluye, produciendo estasis en el uréter y pelvis del lado afectado. Así las cosas la infección no se hace esperar, produciéndose consecuentemente hidronefrosis, pionefrosis, y pielonefritis atrófica eventualidad que termina destruyendo el riñón correspondiente. Finalmente al seguir creciendo el tumor destruye en igual forma el otro riñón lo cual conduce a uremia. Debido a esta posible evolución de los tumores vesicales no tratados y aún los tratados, es que gran número de enfermos no mueren por el tumor en sí sino por uremia. De esta concepción se deduce la importancia de determinar el estado de las vías urinarias superiores antes de valorar cualquier tumor vesical, sea benigno o maligno.

Las formas más malignas de tumor vesical son las que muestran tendencia a la infiltración; según Jewett, cuanto más profunda la infiltración, mayor la posibilidad de metástasis.

METASTASIS: Los tumores de la vejiga dan metástasis tardíamente. Según Spooner, cuando el paciente sucumbe se encuentra invasión de ganglios regionales en el 20% y en tejidos más distantes en el 15%.

Hugh y J. Jewett revisaron 97 autopsias en el John Hopkins Hospital con los siguientes hallazgos: carcinomas papilares pobremente diferenciados presentaban metástasis en el 33%; carcinoma epidermoide en el 61% y carcinoma indiferenciados 83%. A continuación transcribo un cuadro de lo anteriormente expuesto:

Tipo de tumor	Tumor primario	Metástasis
Carcinoma papilar pobremente diferenciado	40	33%
Carcinoma epidermoide	39	67%
Carcinoma indiferenciado.	18	83%
Total	97	

PRONOSTICO: El pronóstico de los tumores vesicales está ligado a varios factores: a) clase de tumor; b) localización; c) número; d) funcionamiento renal; e) tipo de tratamiento. Es indudable que en los últimos años ha mejorado notablemente el pronóstico gracias a nuevas formas de atacar el tumor y mejoras en la técnica quirúrgica de derivación de orina. De 510 enfermos tratados en el Hospital Hines desde 1932 a 1943 el 20% estaba asintomático a los cinco años. Iguales resultados reporta Jewett. Más alentador es el porcentaje

11.-

de curaciones obtenidos por el Dr. Carl F. Rusche en 36 pacientes tratados con teleterapia usando la bomba de cobalto 60: obtuvo -- 44% de curaciones. Aclaro que el control de estos enfermos es durante tres años (hasta Junio de 1958).

SINTOMAS: Guyón en 1888 hizo una descripción clásica de los tumores vesicales y desde entonces casi no ha sufrido variación.

La hematuria es el síntoma temprano más frecuente; como todos los neoplasmas del tracto urinario es intermitente. Si no hay fenómenos de cistitis, metástasis o invasión a órganos vecinos, puede ser el único síntoma. La hematuria es: 1) espontánea y caprichosa en su aparición y duración; 2) indolora; 3) abundante; 4) solitaria; 5) repetida; 6) terminal; 7) no influida por el reposo o medicación.

Es espontánea y caprichosa en su aparición y duración, pues se presenta sin causa apreciable (marcha, fatiga, estreñimiento, etc) y cesa por lo general en forma brusca. No se acompaña de dolores, salvo cuando un coágulo obstruye el uréter produciendo retención. A veces es tan abundante que en poco tiempo conduce a intensa anemia e incluso a la muerte. La hematuria es terminal, sobre todos en los tumores papilares debido a la presión que hace la vejiga sobre el tumor, haciéndolo sangrar. Este síntoma es de gran peligro ya que a las hematurias terminales suelen presentarse asociadas a las uretritis posteriores que acompañan a las prostaticitis crónicas y es probable que el enfermo sea tratado como tal hasta que el enfermo se convierta inoperable por el crecimiento excesivo del tumor.

La polaquiuria puede presentarse como síntoma inicial sobre todo en los tumores infiltrantes; pero generalmente es síntoma tardío así como la disuria y piuria.

Puede haber dolor rectal o vaginal como consecuencia de ex-

tensión a órganos vecinos.

Deberá recordarse que muchos neoplasmas vesicales evolucionan silenciosamente y la primera sintomatología puede ser la del tracto urinario superior o la correspondiente a metástasis.

DIAGNOSTICO: El diagnóstico de tumor vesical se establece definitivamente con el cistoscopio, que proporciona el mejor método para estudiar el aspecto patológico macroscópico de la vejiga. A la cistoscopia se establece el tamaño, número, localización, aspecto y estado general de la mucosa vesical. Si bien es cierto que el cistoscopio proporciona el mejor método de diagnóstico, hay que recordar que endoscopistas muy experimentados han confundido una lesión inflamatoria con un neoplasma.

Una vez estudiado el aspecto macroscópico se procede a la toma de biopsia, la cual deberá ser hecha con pinzas de cuchari-lla, no recomendándose el bisturí eléctrico porque la carbonización que produce puede conducir a error en el reporte histopatológico. Hecho muy importante es recordar que una biopsia contestada como benigna no descarta la presencia de malignidad, ya que la biopsia pudo haber sido superficial, y el aspecto de malignidad estar localizado en capas profundas, o a la par de la porción tomada.

La técnica de Papanicolaou tiene muy poco valor y sólo deberá hacerse en Centros especializados.

La cistografía es de gran utilidad diagnóstica, sobre todo en pacientes que no se puede llevar a cabo la endoscopia. La uro

estado de vías urinarias superiores; sirviendo además para el diagnóstico de tumores de la pelvis renal y uréteres, ya que como se sabe, estos pueden implantarse secundariamente en la vejiga.

TRATAMIENTO: El tratamiento de los tumores vesicales sigue siendo hasta el presente uno de los mayores problemas que afronta el urólogo. Si bien es cierto que son muchos los adelantos que al respecto se han alcanzado en los últimos años, sobre todo con la introducción de radioisótopos y el supervoltaje, ya como medios específicos de tratamiento, ya como paliativos, el problema aún no está resuelto ni mucho menos. El obstáculo al progreso en el tratamiento de los tumores vesicales es sin duda la falta de métodos satisfactorios de derivación de orina, ya que los procedimientos usados implican ciertas complicaciones que por lo general llevan al enfermo al descenso, antes de lo que lo haría el tumor en sí. Sin embargo, los urólogos no han descansado en la búsqueda de mejores procedimientos para derivar la orina. Al presente el método más prometedor parece ser el uso del recto-sigmoide como vejiga, y el abocamiento del cólon al periné incluido el esfínter externo, con lo cual se consigue un control voluntario de la micción y defecación; reduciéndose al mínimo las posibilidades de infección y trastornos del equilibrio hídrico y electrolítico. El Dr. Maluf, publica tres casos en agosto de 1958 con muy buenos resultados.

Todo paciente que vaya a ser tratado de tumor vesical, deberá tener amén de, los exámenes rutinarios de laboratorio una urografía excretoria, electrocardiograma, radiografías investigando metástasis. determinación de cuernos nitrogenados. reserva alcali-

na y de electrolitos toda vez que se sospeche compromiso de vías urinarias superiores. Si se comprueba infección de vías urinarias, practicar urocultivos y pruebas de sensibilidad a los antibióticos.

No habiendo acuerdo universal en lo referente al tratamiento de neoplasmas de la vejiga, me permito exponer el esquema de tratamiento de Carl. F. Rusche que me ha parecido más sencillo y racional. Dando después una breve descripción de tratamiento y resultados en la bomba de cobalto "60".

Tumores papilares histológicamente benignos, son mejor tratados por resección y fulguración transuretral si son pequeños o por talla hupogástrica si son grandes. Si son múltiples o hay recurrencia, se practica cistostomía, si no hay penetración se hace resección segmentaria; si se comprueba penetración o compromiso de orificios ureterales, se practica fulguración e implantación intersticial de fósforo radioactivo. Si a pesar de este tratamiento recurre el tumor, se da curso completo de teleradioterapia con la bomba de cobalto o con betatrón.

Tumor o tumores infiltrantes que no se extiendan más allá de la pared vesical, se tratan por resección segmentaria, si es único; no se usa implantación intersticial de radioisótopos ya que teóricamente se extirpó todo el neoplasma; pero si el estudio histológico demuestra invasión circunferencial o si hay recurrencia, se da curso completo con supervoltaje. Cuando son múltiples, se usa electrocirugía y fulguración de las bases, implantando semis de radón; si a los tres meses la biopsia descubre recurrencia

se usa supervoltaje (bomba de cobalto "60" o betatrón)

Infiltración de toda la pared, tejido perivesical e invasión a ganglios regionales, se practica electrocirugía, fulgurando la base; después se da curso completo con la bomba de cobalto "60". Si recurre se usa implantación intersticial de radón.

El autor prefiere el uso del supervoltaje en aquellos tumores soldarios de la cistectomía, tales como aquellos que invaden el trígono orificios ureterales cuyo tratamiento conduciría a destrucción de los mismos; tumores infiltrantes múltiples; recurrencia de infiltrantes que se extienden mucho; tumores superficiales altamente malignos.

Si hay metástasis lejanas se hace tratamiento paliativo con la bomba de cobalto.

Después de todo el tratamiento el enfermo deberá someterse a controles cistoscópicos periódicos. Durante los tres primeros años debehacerse cada tres meses y en los dos siguientes cada seis meses.

SUPERVOLTAJE EN EL TRATAMIENTO DE TUMORES VESICALES.

El supervoltaje, ya con bomba de cobalto 60 ó con betatrón, ha -
enido demostrando, desde los estudios preliminares de T.A. Watson en
948, hasta los más recientes de Carl F. Rusche, su gran valor en el -
ratamiento de los tumores vesicales.

Hasta el presente el uso del supervoltaje ha comprobado ser supe
ior a la terapia convencional con Rayos X; no sólo en lo referente al
resultado final, sino en cuanto a reacciones secundarias. Todos los
rólogos recuerdan con desagrado las severas recomendaciones que repre
entaban los enfermos tratados con terapia convencional con Rayos X, se
re todo en lo que respecta a las cistitis rebeldes, cuyas molestias -
esultaban ser mayores que las ocasionadas por la enfermedad original;
ituación agravada con los pobres resultados obtenidos.

Con el supervoltaje, muchos de los resultados obtenidos han sido
uperiores a los conseguidos con procedimientos quirúrgicos. Muchos -
e los pacientes catalogados inoperables han encontrado en la bomba de
obalto 60, no sólo gran alivio de sus síntomas, sino que hasta cura-
iones completas. Watson reporta 3 casos de sobrevivida de cinco años,
on ausencia del tumor, y que previamente habían sido declarados inope
ables para los urólogos.

Enfermos que antes se consideraban solidarios de la cistectomía
otal, no tienen ya que pagar tan alto tributo, debido a que con el su
ervoltaje pueden obtener no sólo alivio de sus síntomas sino hasta cu
aciones completas.

Con la teleterapia por el cobalto 60, las reacciones secundarias
e reducen al mínimo, y cuando se presentan, es poca su duración. Los

efectos colaterales pueden ser: cistitis, rectitis, eritema cutáneo y necrosis ósea.

Ya que el supervoltaje no elimina la capacidad potencial de los tumores benignos a recidivar, se considera la cirugía como su tratamiento de elección; reservándose la teleterapia para las recidivas que presenten malignidad.

La dosis de cobalto 60 recomendada para un tratamiento completo es de 5.000 r. dadas en 5 ó 6 semanas; la dosis paliativa es de 2.000 a 3.000 r.

A continuación transcribo 2 cuadros que demuestran el resultado obtenido por Carl F. Rusche usando la bomba de cobalto 60.

CUADRO No. 1

RESULTADO	No.	Transi- cional	Adeno- carcinoma	Epider- moide	Indif. renci- do.
Bueno	16	10	1	4	1
Mediocre	5	4	1	-	-
Pobre	9	5	-	3	1
Trat. incompleto	3	3	-	-	-
Aún recibiendo trat.	3	2	-	1	-
TOTAL	36	24	2	8	2

CUADRO No. 2

RESULTADO	No.	GRADO				VIVOS	MUERTOS
		I	II	III	IV		
Bueno	16	5	6	4	1	15	1
Mediocre	5	-	-	3	2	3	2
Pobre	9	-	1	4	4	3	6
Incompleto	3	-	-	3	-	-	3

En el primer cuadro observamos que los tipos de tumores tratados van desde los poco malignos a los que ostentan alta malignidad; por lo tanto, el material en estudio es excelente para sacar conclusiones. Notamos que el tipo más frecuente es el transicional.

En el cuadro No. 2 notamos que los tumores de grado II tienen un buen pronóstico. Los de grado III relativamente bueno. Asimismo, comprobamos que la tercera parte de los tumores correspondientes al grado III pueden ser salvados con el supervoltaje. De los del grado IV, uno tuvo buen resultado.

SEGUNDA PARTE

La segunda parte de este tema contiene el estudio analítico de 7 casos cuyo diagnóstico final fué el de tumor vesical. Este estudio incluye pacientes de Pensión, de caridad y enfermos no hospitalizados (biopsias remitidas por Médicos particulares).

Se revisó cuidadosamente los archivos y récords médicos del Hospital Rosales desde el año de 1951 a 1957 inclusives. Asimismo se examinó 25.290 biopsias y los libros de autopsias desde 1950 hasta el año de 1957 inclusives.

Para el análisis de los casos encontrados hago la siguiente aclaración: dos "cuadros" de enfermos cuyo diagnóstico final fué el de tumor vesical se extraviaron; y otros dos casos corresponden a biopsias particulares.

CUADRO No. 1

Este cuadro demuestra la frecuencia de la enfermedad en las distintas edades y su porcentaje correspondiente:

Edades	No. de pacientes	Porcentaje
20-40	2	12.30%
40-60	8	47.05%
60-80	5	29.40%
Desconocida	2	12.30%

En este cuadro comprobamos que la edad más frecuente es entre los 40 y 60 años. En esta serie, el paciente más joven fué una mujer de 20 años y el más viejo un hombre de 77 años.

21.-

En cuadro a la frecuencia según el sexo mis hallazgos están acorde con lo que la literatura mundial indica al respecto, tal como lo indica el siguiente cuadro:

CUADRO No. 2

SEXO	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Masculino	13	76.47%
Femenino	4	23.53%

El siguiente cuadro nos indica las localizaciones en las distintas partes de la vejiga y sus porcentajes correspondientes:

CUADRO No. 3

LOCALIZACION	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Paredes laterales	6	35.29%
Trígono	2	11.76%
Bóveda	1	5.88%
Pared anterior	0	0.
Pared posterior	3	17.64%
Varias localizaciones	1	5.88%
Desconocida	4	23.52%

En el cuadro precedente notamos que las paredes laterales son el sitio de máxima localización. En cuanto a la predilección por la mitad superior o inferior de la vejiga, encontré que en el 92.30% se localizaban en la mitad inferior.

El próximo cuadro nos enseña los distintos tipos histológicos encontrados:

CUADRO NO. 4

TIPO HISTOLOGICO	NO. PACIENTES	PORCENTAJE
Carcinoma papilar	7	41.17%
Papiloma benigno	3	17.64%
Adenocarcinoma	1	5.88%
Carcinoma espinocelular	1	5.88%
No determinado	5	29.41%

En el cuadro anterior vemos que del total de los tumores cuyo tipo histológico se especificó, el 75% eran malignos.

En el estudio de los "cuadros" de los enfermos que nos ocupa nos llama poderosamente la atención los hechos siguientes: 1), el diagnóstico de tumor vesical en el Consultorio Externo, sólo fue hecho en dos ocasiones, lo que demuestra claramente el desconocimiento de la sintomatología; 2), en ningún enfermo atendido en el Servicio de Urología y la Pensión se le practicó biopsia antes del tratamiento indicado; la cual como hemos visto en párrafos anteriores tiene tanto valor para decidir el tipo de tratamiento y formar un juicio de la posible evolución; 3), en las contestaciones de Anatomía Patológica no se hace alusión a las clasificaciones de Asher y Marshall.

En cuanto al cuadro clínico, encontramos que el síntoma dominante es la hematuria que se presentó con más frecuencia de 92%; co

como para convertir al enfermo en grave riesgo quirúrgico sólo en el 15.4%. Infección de vías urinarias se presentó en el 46%, no obstante el uro cultivo se practicó sólo una vez. Metástasis se encontraron en dos casos (15.4%).

La endoscopia se hizo en todos los enfermos ingresados al Servicio de Urología, no así en los enfermos "pensionados". El estudio radiológico de las vías urinarias superiores se efectuaron en el 76%.

Cuando a los enfermos se les dió el alta, su estado se catalogó como: 1) curado; 2), mejorado; 3), mismo estado; 4), exigió el alta.

Analizando los distintos grupos, tenemos:

CURADOS	6 CASOS	46%
MEJORADOS	1	7.68%
MISMO ESTADO	4	30.76%
EXIGIO EL ALTA	2	15.40%

El alto porcentaje de curaciones no debe tomarse como verdadero ya que ningún enfermo ha seguido control por tiempo suficiente como para hablar de sobrevivencia de cinco años; por supuesto que esto se debe a negligencia del enfermo, ya que a todos se les recomendó controles periódicos.

ANALISIS DE LOS TRATAMIENTOS

Debido a los pocos medios con que cuenta el Urologo en nuestro medio, pocos fueron los procedimientos usados.

Cuatro pacientes no recibieron ningún tratamiento, 2 por considerárseles inoperables y los otros porque exigieron el alta.

solo resección en 3 casos (27.07%); electrocoagulación 1 caso (7.69%); sólo Rayos X 1 caso (7.64%).

Como se ve, en este análisis, se comprueba que no se hizo cistectomía total, ni ningún procedimiento de derivación de orina. Los procedimientos usados han sido sencillos, pero mientras no se disponga de todas las facilidades para emprender nuevos tratamientos, es a mi manera de ver, la forma más sabia de tratar los tumores vesicales, ya que procedimientos más complicados posiblemente acarreen más daño que bien.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se hace una revisión de la literatura mundial en lo referente a tumores de la vejiga urinaria. Se intenta dar una idea general del estado actual de los neoplasmas vesicales, describiendo su frecuencia, localización, edad, etiología, clasificación, anatomía patológica, metástasis, sintomatología, diagnóstico, pronóstico, profilaxis y tratamiento.

Se revisaron los archivos y records médicos del Hospital Rosales desde los años de 1951 a 1957 inclusive; así como 2529 biopsias y 1520 autopsias correspondientes a los años de 1950 hasta noviembre de 1958 inclusive.

Se encuentra un total de 17 casos, comprobándose una frecuencia muy baja. En el estudio analítico de los diecisiete casos se obtienen los siguientes resultados: que la máxima incidencia es entre las edades de 40 a 60 años; en el 76.47% se trataba de enfermos del sexo masculino; metástasis sólo se encontraron en 2 casos; la localización

25.-

so ha sido encontrado en la infancia. Si bien es cierto que no reporto ningun sarcoma, el Dr. Sosa Orellana reporto un caso en su ~~tesis~~ Tesis Doctoral presentada en 1954. El tipo histológico más frecuente ha sido el carcinoma papilar (41.17%).

Se puede concluir que la enfermedad en nuestro medio es sumamente rara, presentando una frecuencia menor que la indicada en la literatura mundial, ya que de 105.126 ingresos al Hospital Rosales, correspondientes a los años de 1951 a 1957 sólo encontré 15 casos - (0.01%).

RECOMENDACIONES

Se recomienda insistir a los estudiantes de medicina sobre la sintomatología de esta enfermedad, ya que en los casos reportados, sólo en 2 ocasiones se hizo el diagnóstico.

Recordar que antes de iniciar el tratamiento se deberá tomar biopsia, solicitando al Anatomopatólogo que especifique grado de malignidad y penetración a las distintas capas de la pared vesical, para decidir cual procedimiento es el de elección. Tomar rutinariamente radiografías de vías urinarias para valorar su estado. Hacer urocultivos y pruebas de sensibilidad a los antibióticos siempre que haya infección de vías urinarias. Una vez que el paciente haya recibido el correspondiente tratamiento, hacerle cistoscopia periódicas, cada tres meses durante los tres primeros años y cada seis durante los últimos dos años.

Debido a que el país tiende a la industrialización, sugerir a los distintos cuerpos sanitarios dictar medidas que tiendan a proteger al trabajador expuesto a sustancias que favorezcan el desarrollo de tumores vesicales.

Se sugiere una relación más íntima entre el Urólogo, el Radiólogo el Anatomopatólogo para decidir el tratamiento más indicado.

Tener presente que si un enfermo se declara inoperable, ya por la clase de tumor, ya por su estado general muy comprometido, puede encontrar en el supervoltaje un medio de tratamiento con resultados muy halagadores.

Se deberá insistir más con los pacientes sobre la necesidad -

BIBLIOGRAFIA

- 1: Allan Moore. Textbook of Pathology 2 edition.
- 2: Allen Arthur. Enfermedades del riñón.
- 3: Boyd. Pathology for the Surgeon 7 edittion.
- 4: Berry N. E. Journal of Urology. Vol. 64-1950, Diagnosis of Bladder tumor.
- 5: Boyd, A texbook of pathology. 4a. edittion.
- 6: Calhoun-Striling, Journal of the American Medical Association Vol 41, 1949, Tumor of the bladder.
- 7: Costero, Isaac, Tratado de Anatomía patológica.
- 8: Couvelaire R. La cystectomie totale.
- 9: Christopher's Davis, Textbook of surgery, 6a. edittion.
- 10: Culp Flocks, Surgical Urology.
- 11: Drabney Kerr H.-Carl. L. Gillies, The Urinary tract, A Dand-book of Roentgen diagnosis.
- 12: Dadson, Sinopsis de las enfermedades del sistema genitourinario, 2a. edición.
- 13: Forgue, Patología externa 10a. edición.
- 14: Gonzalo Juan J., Tratado de enfermedades genitourinarias 6a. edición.
- 15: Goodman y Gilman, Bases farmacológicas de la terapéutica clínica, 2a. edición.
- 16: Godwin John L, Journal of urology, Vol. 79-1958, Localización de tumores vesicales.
- 17: Harrison. The Journal of American Medical Association, Vol. -

- 2-1951, cancer, smear of urinary sediment diagnosis.
- 18: Jewett J. Journal of urology, Vol. 79-1958, relación de profundidad de infiltración y sobrevida de cinco años.
- 19: Kretschmer Herman L. Papiloma of the bladder.
- 20: Koll, Medical Urology.
- 21: Leopold, The principles and Methods of physical diagnosis, 2a. edición.
- 22: Maluf, Journal of Urology, Vol. 80-1958, uso del rectosigmoide como vejiga.
- 23: Padilla, Tiburcio Semiología, 3a. edición.
- 24: Power, John L., Journal of urology, Vol. 73-1956; desarrollo simultaneo de un carcinoma y un sarcoma.
- 25: Rusche Carl F. Journal of Urology Vol. 79-1958, Cobalto "60" en los tumores vesicales.
- 26: Smith Donal R. General urology.
- 27: Thorek, Modern surgical technic, 2a. edición.
- 28: Watson, T. A. Journal of radiology, Vol. 67-1956, Estudio comparativo del supervoltaje con terapia convencional de Rayos X.
- 29: Wullstein y Wilm, Patología y clínica quirúrgica.