

NUESTRA CONDUCTA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER VESICAL

Dr. P. GAUSA RASPALL

Jefe del Servicio de Urología del Hospital de la Cruz Roja y Urocancerólogo del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona. Académico C. de la Real de Medicina de Barcelona

REVISADO nuestro material de enfermos hospitalarios y particulares, vemos que el problema del tratamiento del cáncer vesical subsiste aún, a pesar de los progresos quirúrgicos y físicos que hoy tenemos a nuestro alcance. La gran cantidad de fracasos que aún se obtienen, y la elevada mortalidad de dicha afección hace necesario que perfeccionemos y modifiquemos nuestras normas terapéuticas mirando de encontrar el procedimiento más adecuado en cada caso. Creemos que la causa de muchos de estos fracasos es la de querer englobar en un mismo método y en una misma orientación terapéutica a una neoformación que si recae siempre en la vejiga, su histología, su variedad microscópica, su situación en ella, su extensión, obligan a que los procedimientos terapéuticos que poseemos, tengan que ser distintos en cada caso.

Examinando las estadísticas de diferentes autores, vemos que en el tratamiento de dicha afección hay los partidarios de la electrocoagulación pura, endoscópica o a vejiga abierta (Gouverneur, Dossot, Marión, Beer, Michon, Hyman para citar algunos) que la aplican al unísono con la cistectomía parcial y pocas veces total. Existen los partidarios de la radiumterapia, ya sea por vía endouretral o a vejiga abierta, aplicando agujas radiíferas intratumorales (Darget, Barringer, Keyes, etc.) Por último hay los Roentgenterapeutas que prefieren la irradiación con los rayos X (Wolfson). ¿En donde están las ventajas y los inconvenientes de todos estos métodos? ¿Quiénes tienen razón? Vamos a resumir nuestra conducta, con la cual hemos obtenido buenos resultados, basada en nuestra propia experiencia, corregida a base de observaciones clínicas de éxitos y de fracasos.

Mientras no tengamos a nuestro alcance un método biológico o general para la curación del cáncer, el problema, hoy por hoy, tiene que resolverse con una actuación local del mismo, es decir sobre la afección «in situ». El problema, pues, reside en valorar los síntomas premonitores de la existencia de la neoformación y hacer el diagnóstico lo más precozmente posible. El síntoma más frecuente y que casi nunca falta, revelador de la neoformación es la hematuria; la mayoría de las veces, es una manifestación de comienzo de la enfermedad. Por desgracia no se le concede todavía hoy, toda la importancia que merece, para aconsejar una exploración urológica, que nos dará el diagnóstico exacto de la afección en su iniciamiento. Generalmente se espera que aparezcan otros síntomas, como son la polaquiuria y el dolor al final de la micción, es decir la cistitis neoplásica, o bien la repetición y la persistencia de la hematuria, signos evidentes de la extensión de la neoplasia, que imposibilitará toda terapéutica limitada.

Tres métodos exploratorios poseemos hoy para llegar a un diagnóstico preciso y de él sacar la conducta terapéutica más eficiente: la cistoscopia, la cistoneumografía y la biopsia vesical.

No vamos a extendernos en describir los datos obtenidos mediante la cistoscopia; con dicha exploración obtendremos una visualización de la situación, conformación (sesil, pediculado, prominente o infiltrado), así como la extensión de la neoformación. Muchas veces, sin embargo, no nos será posible hacer un diagnóstico preciso, por las hematurias abundantes, por los dolores a la distensión vesical, debido a la poca capacidad o a dificultades en el paso del cistoscopio en la uretra.

La cistoneumografía es la segunda exploración inmediata que practicamos, cuando la cistoscopia nos ha revelado la existencia de una neoformación. Ella ha venido a sustituir, en los casos de tumor vesical, a la cistografía clásica, que

hoy creemos no tiene indicación alguna, como ya insistíamos en el año 1936 en un trabajo presentado a la Academia de Ciencias Médicas de Barcelona y publicado en Revista Médica de Barcelona, en la que exponíamos con todo detalle la técnica que seguíamos. La cistoneumografía la continuamos practicando con el Umbrator, igual que entonces, según la técnica de Weisser y Adler Racz en 1930 y que hoy se le llama técnica de «floculación». Los datos que con ella obtenemos, los consideramos hoy absolutamente necesarios, para orientarnos hacia una u otra conducta terapéutica. Ella nos da el tamaño exacto de la tumoración, su situación, más precisa tomando los cistógramas en dos o más posiciones (de frente o de perfil); además nos señala sobre la forma de implantación del tumor (si sesil

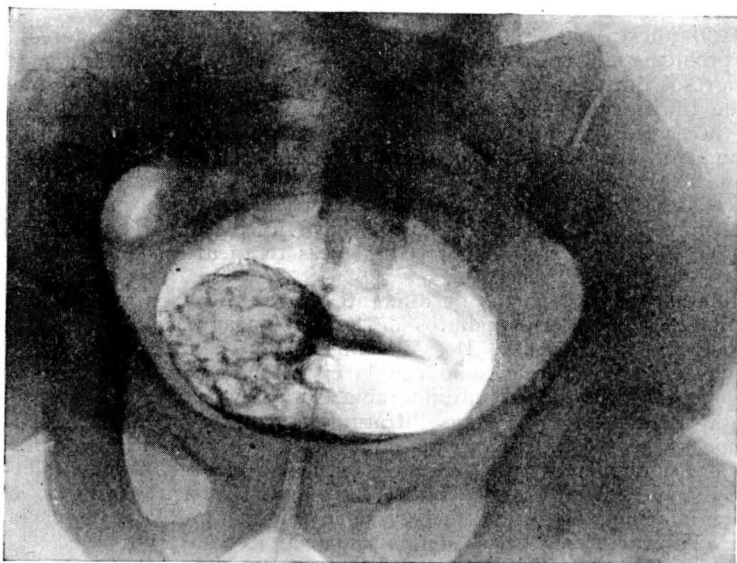


Fig. 1 — Cistoneumografía obtenida con Umbrator y aire. Visualización perfecta de un tumor vellosa de gran tamaño, postero-lateral derecho, pediculado. Extirpado quirúrgicamente mediante cistotomía suprapúbica.

o pediculado). También nos demuestra la situación si es lateral, de base o de vértice, así como la conformación y el aspecto del tumor, si es prominente, vellosa o infiltrante. Hoy día no decidimos ni actuamos terapéuticamente en los tumores vesicales, sin haber verificado previamente una cistoneumografía. Tal es la importancia diagnóstica y orientadora en la terapéutica que le concedemos. Ella evitará se siga el criterio de Beer y de Robert y sustentado entre nosotros por Gil Vernet, tendente a practicar sistemáticamente una cistotomía exploradora, antes de tomar una determinación definitiva. Con ella podremos hacer juiciosos pronósticos y dar orientaciones terapéuticas sin necesidad de intervenciones exploradoras cruentas previas, que siempre resultan difíciles de aceptar. (Figuras 1.ª y 2.ª)

En cuanto a la biopsia vesical, verificada mediante el cistoscopio especial de Young, a pesar de su gran importancia le concedemos poca eficacia. Si el resultado es positivo le damos un gran valor, por el contrario si es negativo, no tiene ninguno, ya que la degeneración maligna puede existir sólo en algunas partes del tumor, aparentemente benigno, o en la base de implantación de la pared.

No pudiendo tener el diagnóstico histológico hasta después de haber extirpado el tumor y sabiendo además por la clínica que existen tumores de histología benignos, que por su situación y forma de extenderse e implantarse obran como malignos, favoreciendo y facilitando las múltiples complicaciones que observamos

en el cáncer, como son las hematurias, dando origen a anemias graves, retenciones de orina y repercusiones sobre el aparato urinario alto, es decir en el riñón, dando lugar a síntomas tóxicos urémicos que pueden ocasionar la muerte, es por lo que nuestra conducta tiene que estar basada en los datos obtenidos por la exploración clínica mediante la cistoscopia y la cistoneumografía.

Consideramos, pues, necesario mantener, dejando aparte las clasificaciones basadas en la anatomía patológica, la clasificación de Fey, eminentemente clínica, o de anatomía macroscópica formada por cuatro grupos: 1.º, los papilomas benignos; 2.º, los papilomas en vías de degeneración; 3.º, los cánceres parietales, infiltrados o ulcerados, *pero limitados*, y 4.º, los cánceres parietales infiltrados, ulcerados, necrosados y *extendidos*.

Grupo 1.º: Cuando por el aspecto del tumor, en franjas o vellosidades, el sentar sobre un pedículo estrecho, el no recaer en el mismo sitio, hacemos el diagnóstico de tumor benigno, sólo el tamaño nos indicará la conducta a seguir: la electrocoagulación por vía endoscópica o la cistotomía suprapúbica con extirpación del pólipo mediante el bisturí eléctrico. Con ellos obtendremos los mayores éxitos.

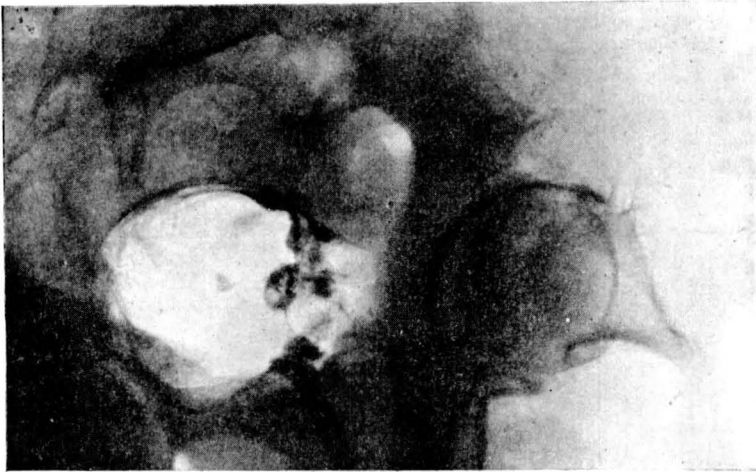


Fig. 2.—Cistoneumografía obtenida con Umbrator y aire. Proyección postero-lateral izquierda. Tumor infiltrante de la vejiga implantado en la pared posterolateral izquierda, con disminución de la capacidad vesical.

De 73 casos de nuestra casuística correspondientes a este grupo encontramos 70 varones y 3 mujeres. De ellos:

Sin antecedentes posteriores y sin tratamiento: 14 casos.

Extirpados por cistotomía y electrocoagulación: 17 casos con 2 defunciones.

Tratados por electrocoagulación endoscópica: 42 casos sin defunción alguna.

De ello se desprende que la vía endoscópica transuretral, es de resultados más benignos que la vía transvesical y cuando puede practicarse debe preferirse a ésta. Todo depende del número de sesiones que tengan que hacerse para la destrucción del tumor. En todos los casos, lo mismo se siga una u otra vía, deben hacerse revisiones periódicas y frecuentes, ya que dichas neoformaciones papilomatosas, recidivan frecuentemente y con pequeñas sesiones endoscópicas pueden eliminarse totalmente, antes de llegar a formarse las tumoraciones de gran tamaño, que obligan a su extirpación quirúrgica transvesical.

Grupo 2.º: En los papilomas degenerados, o mejor dicho, tal como los denomina Darget «epiteliomas papilares», es en los que existe más diversidad de pare-

ceres en la terapéutica a seguir. El pedículo del tumor no es bien manifiesto, es decir, la implantación del mismo es sesil, en la superficie no se delimitan bien las franjas y las recidivas locales son constantes una vez extirpados. Tres procedimientos terapéuticos se aconsejan en esta clase de tumores: el quirúrgico mediante cistectomías parciales, la electrocoagulación y extirpación con bisturí eléctrico por vía transvesical y la aplicación de radium por cistotomía suprapúbica. La mayoría de autores, entre los cuales destacan Young, Beer, Marión, Gouverneur, Fey, Dossot, etc., y también nos colocamos nosotros, están de acuerdo en considerar que los tumores situados y limitados en la pared superior o laterosuperior, y por lo tanto fácilmente abordables, la cistectomía parcial es de resultados excelentes. En los casos en que ésta no puede verificarse, debido a implantarse el

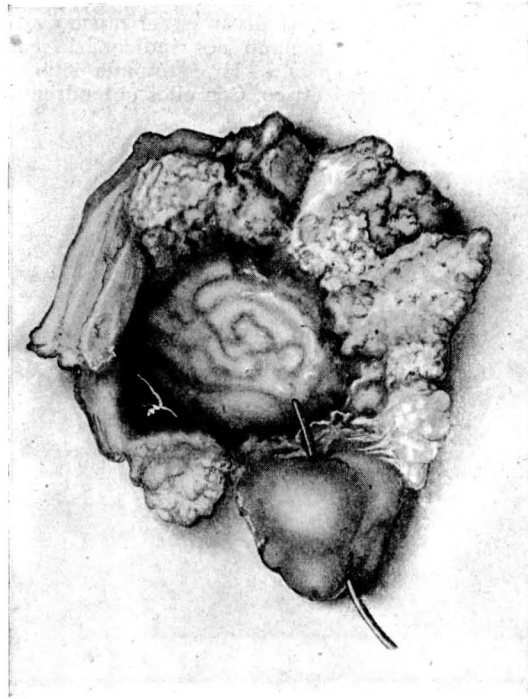


Fig. 3. — Pieza operatoria del caso de la fig. 2. Prostatocistectomía, total, previo abocamiento cutáneo ilíaco de ambos ureteres. La infiltración se extiende a toda la zona posteralateral izquierda de la vejiga urinaria.

tumor en la pared inferior, en el trigono o en las regiones yuxtameáticas, poseemos la electrocoagulación que tiene sus partidarios como ya hemos dicho y los que prefieren la curieterapia. Estos últimos consideran estos tumores como verdaderos cánceres; de aquí los éxitos que atribuyen al radium en el cáncer vesical; por el contrario, aquéllos los consideran como cánceres atenuados, o mejor dicho, papilomas en vías de transformación maligna, pero no verdaderos cánceres. Desde el punto de vista histológico, los primeros tienen razón, pero si consideramos la evolución clínica, la tienen los segundos. De aquí se deduce que mediante uno u otro procedimiento, logremos los mismos resultados. Si queremos efectuar una terapéutica más lógica y más razonable, haremos el ataque a fondo con la curieterapia, ya que sabemos los buenos resultados que da, cuando es aplicada localmente a la dosis conveniente y en el interior de los tumores con agujas radiíferas.

De diez casos de nuestra casuística correspondientes a este grupo tenemos :

3 casos curados mediante electrocoagulación que viven a los 5, 3 y 2 años ;
6 casos fallecidos entre los 3 y 10 meses, aunque curados localmente, «exitus» por metástasis ; 1 solo caso tratado con radium falleció a los 4 meses.

Grupo 3.º : En los cánceres parietales infiltrantes limitados, si están situados en el vértice o paredes laterales, la cistectomía parcial, previa extraperitonización, permite extirpar el tumor y el tejido celular perivesical infiltrado, pero tienen que ser muy limitados, pues sino la recidiva es fatal. En cambio, en los cánceres de trigono, el radium aplicado mediante agujas, parece ser de resultados mejores que la cistectomía parcial, prácticamente irrealizable. Las dosis que empleamos oscilan entre 8,460 a 12,960 m. c. h.

De catorce casos correspondientes a este grupo obtenemos los siguientes resultados :

3 casos tratados con cistectomía parcial : 3 defunciones en un plazo corto.

5 casos tratados con electrocoagulación tranvesical (Talla) : 3 defunciones y 3 curaciones de 5, 3 y 2 años que siguen bien.

6 casos tratados con cistostomía y radium : 3 defunciones en un breve plazo y 3 curaciones de 9, 2 y 1 año que siguen bien.

Este es el grupo en que los fracasos suelen ser más frecuentes, nunca podremos tener la seguridad de haber hecho una terapéutica eficaz contra un tipo de neoformación epitelial que ha invadido las paredes vesicales y ha sobrepasado los límites naturales de defensa orgánica. Son frecuentes las metástasis y las recidivas. Sin embargo, una terapéutica bien orientada y verificada con conocimiento de causa suele lograr a veces un buen resultado. Cuando la recidiva es un hecho, y por lo tanto las probabilidades de limitar la enfermedad son pocas, pasamos al grupo siguiente en que creemos que sólo existe un solo procedimiento terapéutico : la cistectomía total.

Grupo 4.º : En los cánceres infiltrantes extensos y difusos, muchos autores son partidarios de la abstención de toda terapéutica. Nosotros creemos, junto con Fey, Young y Gil Vernet, para citar algunos, que la cistectomía total previa ureterostomía cutánea iliaca, es el único tratamiento radical y eficaz que hoy poseemos, ya que todos los demás métodos resultan ineficaces o paliativos. Como dice Darget : «el radium, en estos casos, es ineficaz sobre una lesión que ha dejado de ser local.» (Fig. 2.^a y 3.^a)

Nosotros hasta ahora hemos logrado curaciones de dos años y medio en enfermos desahuciados y condenados fatalmente en un plazo cortísimo. Hay que ver la extensión de la neoformación, así como la invasión de los meatos ureterales por ella, la cual provoca dilatación ureteral y atrofia del riñón. El mayor peligro reside en la decisión del paciente efectuada tardiamente, cuando los dolores y las molestias se acentúan y la mayoría de las veces el grado de insuficiencia renal y el estado general no permite efectuarla. En estos casos la ureterostomía iliaca que demuestra el grado de lesión orgánica sobre el riñón, por la dilatación manifiesta, nos ha dado un buen resultado paliativo y ha prolongado la vida del paciente no falleciendo de uremia sino de caquexia cancerosa. A pesar de que los resultados por nosotros obtenidos da un 50 % de mortalidad, de cuatro casos viven dos, creemos pueden ser mejorados y consideramos que es el único procedimiento de poder obtener resultados definitivos, en la curación de estos cánceres malignísimos, infiltrantes y de evolución siempre mortal.

En cuanto a la radioterapia, no poseemos ningún caso de curación ni de supervivencia tratándose de cánceres. Hemos observado casos en que la radiación ha provocado la toxemia urémica y la muerte. En las formas hematóricas, sin embargo, pequeñas dosis hemostáticas han logrado hacer desaparecer la hemorragia y hacer posible las exploraciones así como mejorar el estado general, permitiendo actuar con otros medios.