

MODIFICACIONES HISTOLOGICAS DE LAS NEOPLASIAS VESICALES TRATADAS CON TELECOBALTOTERAPIA

Por los Dres. A. E. TRABUCCO, F. MARQUEZ y O. NOGUERA

Como el trabajo no fué presentado por escrito, fué grabado y aquí lo reproducimos:

Todos los problemas que se presentan en el tratamiento de cáncer de vejiga y las nuevas contribuciones de la ionoterapia, fisioterapia, etc., pueden abrir un campo bastante grande de exploración que podría llegar a solucionar algunos de esos problemas también.

A fin de poder observar qué es lo que pasa con la célula tumoral vesical, sometida a las radiaciones ionizantes por telecobaltoterapia es que hemos hecho una pequeña experiencia, por así decirlo, tomando una biopsia antes de irradiar al enfermo, otra en la mitad del tratamiento, y completando con una tercera al final de la irradiación, para ver la evolución seguida por estas células sometidas a la radioterapia. Esto se hace con respecto a las células exclusivamente, pues los problemas que desarrolla la telecobaltoterapia, son muy grandes y naturalmente no se pueden discutir aquí. Yo quiero ser gráfico y mostrar qué resultado nos ha dado esta manera de proceder; esto no significará que se curará o no el cáncer de la vejiga, pero, evidentemente, hay una acción destructora que llama poderosamente la atención y que nos hace pensar que si con esa técnica bien hecha, bien establecida, bien estudiada y bien indicada, no podría resultar realmente una solución para el tratamiento del cáncer de vejiga.

Pasa la figura 1. — Esta figura corresponde a un cáncer de vejiga, que ha hecho una fistula véscico-rectal; un enfermo que ha sido operado varias veces y con derivación colónica también.

Se pasa la figura 2. — Tomada a los diez días de la irradiación, la segunda biopsia muestra, como Uds. ven, que las células ya han cambiado un poco de forma, no son esas células grandes, anchas, cargadas de agua con núcleos bien claros, bien embrionarios, siro que van haciéndose más cerrados, más apretados, más deshidratados, con algunas figuras de picnosis muy marcadas.

En la tercera toma (fig. 3), hay una orientación particular de la células, como si su deshidratación se hiciera como cuando se ve pasar la electrocoagulación a una célula que toma una polaridad muy particular.

Figura 4. — Ya más avanzado el proceso de irradiación Uds. ven los núcleos bien pigmóticos en la mayoría de ellas, todavía permanecen algunas licuadas, lo que podría ser una manifestación para persistir en el tratamiento hasta conseguir que estas células, tengan también la similitud picnótica que tienen las otras. Evidentemente estas son células muertas, no hay lugar a ninguna duda, pero éstas otras son células que aún están viviendo y esto podría ser una indicación de persistir en el tratamiento.

Figura 5. — Aquí ya la unificación de las células picnóticas y deshidratadas es prácticamente universal en todo el tejido que se ha resecado.

Otro caso: También un tumor de vejiga, por supuesto también un tumor inoperable todos se han enviado a cobalto teleterapia dada su condición de inoperables, ya que la cirugía no podía entrar a discutir ninguna posibilidad de curación. Este caso es un epiteloma de tipo epidermoide con su formación epidermoide central que involucra ya la idea de una metaplasia Malpighiana de tejido vesical y con su degeneración evidentemente maligna.

Figura 2. — Sometido a T.C.T. a los diez días del tratamiento ya hay una unificación de los núcleos que aparecen ya más oscuros, algunos más claros todavía, pero la célula todavía tiene el aspecto de espinas, que es la característica del Malpighiano.

Figura 3. — Ya con el tratamiento más avanzado existe prácticamente una destrucción de casi todos los elementos celulares que se apelmazan en un conjunto que es prácticamente imposible de diferenciar, salvo algunas células que aparentemente aparecen con vida.

Figura 4. — Hasta llegar a estas imágenes en donde se agrega la fibrosis intensa que ha provocado la T.C.T. y las células prácticamente todas destruidas, y en focos de necrosis; ya en este estado de fibrosis las células tumorales no son visibles.

Caso 3. — Aquí se ha tomado especialmente esta fotografía para ver este tipo de células que es la resultante última de este proceso tumoral. Son células que adquieren un núcleo enormemente desarrollado pero muy picnótico, como dando la impresión de su potencialidad persistente a pesar de que el protoplasma ha desaparecido. No obstante es, mi impresión personal, que a pesar que el núcleo se ha agrandado, tiende a fenecer, tiende a disgregarse porque seguramente, no tiene potencialidad divisoria, crece pero no se divide. Este tercer caso, como Uds. ven, es un epiteloma infiltrante que ya no tiene prácticamente ni características Malpighianas, con tendencia a la metaplasia adenocarcinomatosa, con brotes masivos, como pueden ver; se somete a la T.C.T. y se obtiene una biopsia (fig. 1), en la mitad del tratamiento, donde se ve que las células comienzan a oscurecerse, y a orientarse en un sentido particular, que da la impresión de que por allí pasa la ionización, algunas todavía claras pero ya se disgrega la anterior topografía.

Figura 2. — Aquí se ven células evidentemente muertas con células que también pierden la individualidad y se van disgregando.

Figura 3. — Y terminan entonces en un tejido fibroso en donde aprisionan los restos celulares ya necróticos de las células destruidas por la acción ionizante de la T.C.T.

Quiero significar que no somos unos convencidos todavía de que la acción ionizante pueda ser la solución del tratamiento del cáncer de vejiga, pero, ante hechos como los que hemos visto, de destrucción celular en forma prácticamente total, nos inclinamos a pensar en la acción del T.C.T. y a estudiarla más profundamente; ahora hay que hacer una advertencia, la biopsia en el enfermo que se está irradiando no es una maniobra inocua. Desgraciadamente la congestión tan activa que traen todos estos procesos físicos de destrucción es tan grande que la biopsia tomada en la mitad del tratamiento, a veces es seguida de hemorragias tan serias que ponen en compromiso la vida del enfermo, obligando a hacer transfusiones y a veces hasta la intervención quirúrgica para poder cohibirla.

DISCUSION

Dr. P. Dauría. — (Río Cuarto). Yo creo que en esta cuestión de los procesos neoplásicos, es muy importante como dice el Dr. Trabucco, la acción que tienen las radiaciones sobre dichos tumores, en general, pero, es muy interesante saber qué reacción puede haber por parte del huésped, en la defensa que él pueda hacer con respecto a procesos neoplásicos. Yo soy ginecólogo y no urólogo, naturalmente, pero me voy a referir a algo que se está haciendo sobre todo en los últimos 4 años, en lo que respecta a la biología del cáncer de cérvix, y su relación con la sensibilidad que tiene este proceso a las irradiaciones, porque evidentemente hay cánceres que deben ser irradiados y otros que deben ser operados. Tuve del efecto de las radiaciones sobre tejidos sanos que pueden dar en el tractus genital, vagina específicamente la pauta de la eficacia que pueden tener las radiaciones en el tratamiento del cáncer de cérvix. En una palabra, estudiando las modificaciones de vacuolización celular que se producen en los tejidos sanos de la vagina, se tiene la pauta de las posibilidades reactivas y defensivas, por parte del huésped para que el tratamiento actínico sea efectivo en ese caso. Si hay vacuolización intensa que llegue más o menos al 70 u 80 %, del epitelio vaginal, entonces ese es un cáncer que debe ser irradiado, si así no fuere es un cáncer que debe ser operado. En esto están los esposos Graham, pero evidentemente habrá que esperar que el tiempo pueda certificar exactamente si estas experiencias son aplicables o no.

Dr. L. Brea. — Muy interesante lo que nos ha expresado el Dr. Trabucco, sobre todo en los cánceres prácticamente inoperables de vejiga, donde se debe buscar una terapéutica paliativa. Mi experiencia en este sentido es muy reducida, y quisiera hacerle una pregunta al comunicante. He visto sólo dos casos de cáncer de vejiga, tratados con T.C.T. y algunos otros con radioterapia; en los dos primeros en el examen cistoscópico posterior yo no he podido apreciar mejoría, digamos, visual de la lesión tumoral, en la que no se hizo biopsia como en los casos del Dr. Trabucco, y me interesaría saber si él ha observado mejoría microscópicamente por la observación visual coincidente con la anatómopatológica.

Dr. J. Crespo. — (Rosario). Debo felicitar al Dr. Trabucco por su trabajo tan interesante. Como no tenemos experiencia personal al respecto, quiero preguntarle si en el tratamiento radioactivo y como consecuencia del mismo, no se exagera esa cistitis tan penosa que acompaña al enfermo con cáncer de vejiga.

Dr. Trabucco. — La contribución promovida por el Dr. Dauría es evidentemente muy interesante, pero el aspecto ginecológico tiene una extraordinaria ventaja sobre el urológico. El aspecto ginecológico permite seguir la evolución prácticamente por la citología vaginal y uterina, cosa que no tenemos nosotros los urólogos en la vejiga, y aunque hemos pretendido hacer el control, no hemos todavía llegado a tener una claridad bien franca al respecto.