

## GRAN TUMORACION VESICAL PEDICULADA

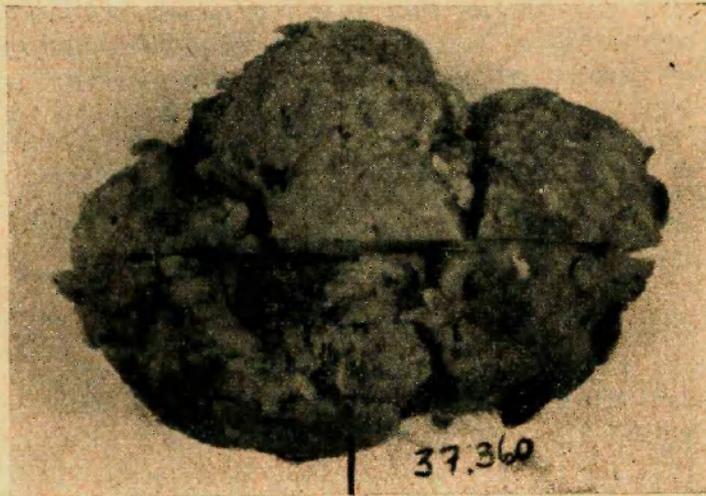
Por los Dres. NAHUN GOREN y LEOPOLDO M. SERRA (h)

Traemos a estas Jornadas Urológicas de Río Cuarto un caso de tumor vesical grande y pediculado.

Historia clínica Nº 10.714, perteneciente a la Sala VI del Hospital Fernández. Grimaldi y Garzón presentaron a esta Sociedad un caso de características similares al que motiva esta comunicación. (Rev. Arg. de Urol., Nº 46, pág. 187).

Enfermo: S. S., de 76 años de edad, español, casado, idóneo de farmacia, que ingresa el 28 de octubre de 1958 a raíz de hematurias copiosas que venía soportando desde hace dos años. Hematuria con repetición periódica acompañada de disuria, polaquiuria diurna y nocturna.

El examen clínico urológico del enfermo en la fecha de su intervención nos revela una cisterna permeable. Explorador Nº 20. Vejiga con orinas hematúricas y una retención de 50 c. c.



Próstata al tacto de caracteres normales, por encima, a la palpación abdomino-rectal se percibe una masa voluminosa que ocupa la vejiga, aparentemente movable y relativamente dura, que parece no infiltrar sensiblemente la pared vesical (como una enorme próstata endovesical).

El examen cistoscópico que se practica a continuación revela una capacidad vesical conservada de 300 c. c., observándose a la introducción del aparato una neoformación aparentemente sesil, sangrante, que abarca la circunferencia del cuello y se extiende por la pared lateral izquierda llenando toda la vejiga.

Una anemia intensa de 2.800.000 glóbulos rojos y una eritrosedimentación de 60 mm. son los datos de interés que aporta el laboratorio.

El urograma muestra buena eliminación del material de contraste por el sistema pielo-calicial derecho y ausencia del mismo en el lado izquierdo. La sustancia opaca al depositarse en vejiga demarca el contorno de la misma acumulándose en forma de semiluna en el lado

derecho, lo que implica que la tumoración comprobada cistoscópicamente ocupa toda la hemivejiga izquierda y un tercio de la hemivejiga derecha. Es de destacar el contorno de la misma que se encuentra conservado en casi toda su extensión, distendiéndose con regularidad y lisura.

Con diagnóstico de tumor presumiblemente pediculado es intervenido el 18-VI-1959.

Cirujano: Dr. A. Grimaldi. Ayudantes: doctores L. Serra y N. Goren. Anestesia peridural.

Abordada la vejiga por laparatomía mediana infraumbilical y efectuada la cistostomía se comprueba la presencia de una gran masa tumoral redondeada, del tamaño de una naranja, algo friable, de superficie acoliflorada con múltiples ulceraciones y zonas congestivas hemorrágicas, que se encuentra adherida por un grueso pedículo a la pared, inmediatamente situado por encima del meato ureteral izquierdo. Con dos clamps se tomó el pedículo y se procedió a la resección de la zona visceral hasta su plano muscular, extrayéndose el tumor "in toto" (Fig. N° 1). Con puntos hemostáticos en la mucosa se consiguió hemostasia adecuada. Se deja sonda Pezzer hipogástrica y cierre de la pared por planos.

Postoperatorio mediato satisfactorio.

Examen anátomo-patológico efectuado por el Servicio del Hospital Fernández informa: Carcinoma glanduliforme infiltrativo.

#### COMENTARIOS

Presentamos un caso de tumor gigante de vejiga que a pesar de su enorme evolución endovesical, de su copiosa y repetida hematuria y de llevar más de dos años de evolución fue resuelto satisfactoriamente mediante la enucleación de la masa tumoral por resección intraparietal del pedículo.

Las condiciones previas generales, no alentaban a una terapéutica más agresiva y la cirugía prácticamente conservadora de la vejiga, fue mínima y factible por las condiciones morfológicas y topográficas de la tumoración.

El control inmediato cistoscópico y urográfico confirmaron el buen resultado de la intervención, dándose de alta al enfermo con instrucciones de retorno para control. Aunque no ha regresado tenemos noticias desde Pehuajó de que sigue sin mayores particularidades.

#### RESUMEN

Los autores comunican un caso de carcinoma infiltrante de la vejiga cuyas características morfológicas y topográficas permitieron la extirpación total por resección intraparietal.