

LEUCOPLASIA VESICAL

Dr. CARLOS A. MACKINTOSH*, Dr. JUAN B. LARROUDE

En el mes de marzo de 1967, se interna en la Sala X del Hospital Ramos Mejía, una enferma de 59 años de edad, diabética, con intensos trastornos de cistitis y hematuria, que databan de un año de evolución.

Los primeros exámenes cistoscópicos resultaron infructuosos por la escasa capacidad y la turbidez del medio. Después de un tratamiento con sonda permanente, lavajes con nitrato de plata y antibióticos, es posible efectuar el examen endoscópico bajo anestesia raquídea, con éxito, localizando en la cara lateral izquierda, por encima del meato ureteral correspondiente, una zona blanquecina, en parte recubierta por exudado, en cuya superficie se observan surcos que delimitan pequeñas porciones algo procliventes, toda rodeada por una mucosa vesical muy eritematosa y con pliegues vesicales francamente engrosados.

El urograma demostró una franca ureterectasia bilateral y una vejiga al parecer engrosada y alargada en sentido vertical.

Con el diagnóstico de cistitis inerustada, se decide la intervención quirúrgica, que consistió en una cistostomía, tomas para biopsia y una extensa electrocoagulación. El examen histopatológico informó de la presencia de una leucoplasia vesical y de un importante componente inflamatorio. La evolución postoperatoria fue sin incidentes y los controles cistoscópicos ulteriores demostraron en la región, la persistencia de la lesión leucoplásica, con gran mejoría del proceso inflamatorio, que permitió a la enferma hallarse casi asintomática de su cuadro de cistitis.

Historia clínica N° 49.881: M. C. de M., argentina, casada, de 58 años de edad.

Antecedentes familiares: Padre fallecido de gangrena y madre de una cardiopatía. Un hermano fallecido a consecuencia de una intervención quirúrgica pulmonar y otro de otra intervención intestinal. Dos hermanos viven, uno diabético y otro reumático.

Antecedentes personales: Bronconeumonía, grippe y tifoidea. Casada, tiene ocho hijos. Menopausia a los 52 años. Diabética desde hace catorce años.

Enfermedad actual: En febrero de 1966 comienza a sentir dolor hipogástrico, polaquiuria diurna y nocturna, ardor terminal y micción imperiosa. Fue internada en el Hospital Rawson, donde fué intervenida de pólipos y cervicitis del cuello uterino. Las molestias vesicales no se modificaron, aumentando su sintomatología en forma gradual, por lo que fué tratada con lavajes vesicales y candelillas de Furacin, sin obtener mejoría. A raíz de una hematuria de cierta importancia, consultó a sus médicos tratantes, quienes la enviaron a nuestro servicio para su estudio urológico.

Estado actual

Orinas de emisión amarillo turbias.

Micción: de día cada dos horas y de noche seis micciones, con ardor terminal marcado.

Riñones: se palpa el polo inferior del riñón derecho; el izquierdo no es palpable, pero la maniobra provoca dolor local.

Uretra: de calibre N° 22.

Vejiga: dolor a la palpación en el hipogastrio. Retención vesical 0 c.c. Capacidad vesical 100 c.c. Mucosa muy sensible al contacto y a la distensión.

Genitales: cistocele y pequeño fibroma uterino.

Aparato respiratorio: rales subcrepitantes en la base derecha.

Aparato circulatorio: ruidos normales en los cuatro focos.

* Timbó 1888 - Cap. Fed.

Presión arterial: máxima 13, mínima 8.

Aparato digestivo y sistema nervioso: sin particularidades.

Cistoscopia: 27/7/67. Capacidad 100 c.c. medio turbio y difícil de aclarar. Las paredes laterales de la vejiga, especialmente la izquierda, están recubiertas de exudado y de fibrina.

Cistoscopia: 3/8/67. Capacidad 120 c.c., mucosa muy congestiva y sangrante. Sobre la pared lateral derecha y por encima de los meatos, hay una zona cubierta de fibrina.

Cistoscopia: 10/8/67. Anestesia raquídea. Orinas turbias. La mucosa sangra con facilidad. En la cara lateral derecha de la vejiga se observa la presencia de unas placas blanquecinas que confluyen y se unen, estando su superficie agrietada por surcos que la fragmentan en pequeñas zonas, a semejanza de un embaldosado. La mucosa circundante, enrojecida y con pliegues gruesos. Además existen zonas aisladas de exudado y de fibrina.

Radiografía simple de riñón: sin particularidades.

Urograma excretor: franca extasia uretero-pielo-calicial bilateral. Vejiga elongada en sentido vertical. Los extremos ureterales se hallan alejados entre sí (fig. 1).

Una vez internada la paciente, el 26 de julio de 1967, se le coloca sonda Pezzer a permanencia y se le efectúan lavajes con Nitrato de Plata, añadiendo por boca Wintomylon a razón de dos comprimidos cada ocho horas, amén de tratamiento estricto de su diabetes. La enferma aclara notablemente sus orinas y el 13 de agosto se la interviene, efectuándosele una Cistostomía hipogástrica, electrocoagulación de toda la zona descrita en cistoscopia, previas tomas para biopsia.

La evolución fue normal y se le dio el alta el 6 de setiembre, con orinas claras y micciones fáciles y cada tres horas de día y de noche.

Anatomía patológica. Inclusión Nº 57.430 Doctor Mosto: en todas las zonas se observa una pared tapizada por un epitelio pavimentoso estratificado, mostrando una gruesa capa córnea: leucoplasia (figs. 2 y 3).

Controles cistoscópicos posteriores, nos muestran la mejoría de la vejiga en su aspecto inflamatorio, pero la persistencia de una amplia zona blanquecina, con sus bordes recubiertos de exudado.

La leucoplasia, según el profesor Mazzini, es un síndrome que se caracteriza clínicamente por una lesión mucosa blanco-nacarada, de lenta evolución, que se inicia por lo general después de los 30 años y que puede ser considerada como la faz inicial del epiteloma de las mucosas.

Microscópicamente presenta las siguientes características:

- 1º Hiperqueratosis o paraqueratosis; presencia de globos córneos.
- 2º Hiperplasia del Stratum lucidum.
- 3º El stratum granulosum se forma de 4 a 8 hileras de células cargadas de eleidina en granos, que es lo que le da la coloración.
- 4º El stratum filamentosum hiperplasiado, con células turbias (que le da la coloración opalina), edema intercelular e infiltración leucocitaria.
- 5º El stratum germinativum, de una sola hilera de células cilíndricas, con raras mitosis, poca infiltración polinuclear.

En resumen, hiperqueratosis, luego paraqueratosis; es decir, una faz inicial de queratinización, seguida luego por otra de desqueratinización y degeneración.

Las mucosas más afectadas por esta enfermedad, son la bucal, la labial, lingual, vulvar y prepucial; mucho menos frecuentemente, y de ahí su rareza, puede localizarse en el aparato urinario: pelvis renal, uréter y vejiga.

La causa por la cual un epitelio como el vesical sufre una transformación epidermoidea, puede explicarse según dos teorías: de acuerdo a Hallé,

por una metaplasia originada en una irritación crónica y como reacción de defensa del organismo. Y de acuerdo a Lecéne, a la inclusión de células ectodérmicas en el epitelio de la mucosa vesical, que es de origen endodérmico.

Como factores coadyuvantes en la etiología varios autores le confieren importancia a la sífilis, a la hipoavitaminosis A y B, a la anemia ferropriva, a la hipercolesterolemia, etc. Enfermedad de evolución tórpida, se manifiesta por síntomas de cistitis más o menos intensa de acuerdo al componente inflamatorio y/o infeccioso, con discreta disuria y hematurias esporádicas. Su evolución, en lo que respecta a la posible degeneración tumoral, fué muy bien estudiada últimamente por Holley y Mellinger, efectuando biopsias periódicas, y llegando a la conclusión que solamente entre el 15% y el 20% de los casos han sido posible la confirmación de dicha degeneración tumoral. En dichos casos, se trata de neoplasias de crecimiento rápido y muy infiltrantes e invasores. Los autores, llegan a la conclusión, que la imagen endoscópica oculta la degeneración en sus comienzos, y ésta se halla muy avanzada, cuando ya se la puede diagnosticar; por lo tanto, correspondería efectuar controles biopsicos periódicos para detectar su transformación tumoral precozmente; o de lo contrario, colocándose en posición extremadamente opuesta, efectuar cistectomías profilácticas en todos los casos de leucoplasia, cosa que, como es lógico suponer, tampoco es un temperamento clínico adecuado.

El diagnóstico diferencial puede ser difícil y debe hacerse con las cistitis incrustadas, las pseudomembranosas y con lesiones proliferativas.

Esta enfermedad, que fuera descrita por primera vez en 1861 por Rokitsansky, fue estudiada profundamente por autores como, Marion, Heitz-Boyer, Ravassini, Patch, etc. Últimamente, J. Demont O'Flynn y col. estudiaron durante 27 años un grupo de 20 casos, seguidos clínicamente e histológicamente, habiendo observado sólo dos degeneraciones carcinomatosas.

Entre nosotros, la primera observación se la debemos a Nin Posadas en 1905; posteriormente, en 1933, Castaño publica otra observación, y en 1937 Comotto presenta en la "Revista Argentina de Urología" una prolija y completa descripción de la afección.

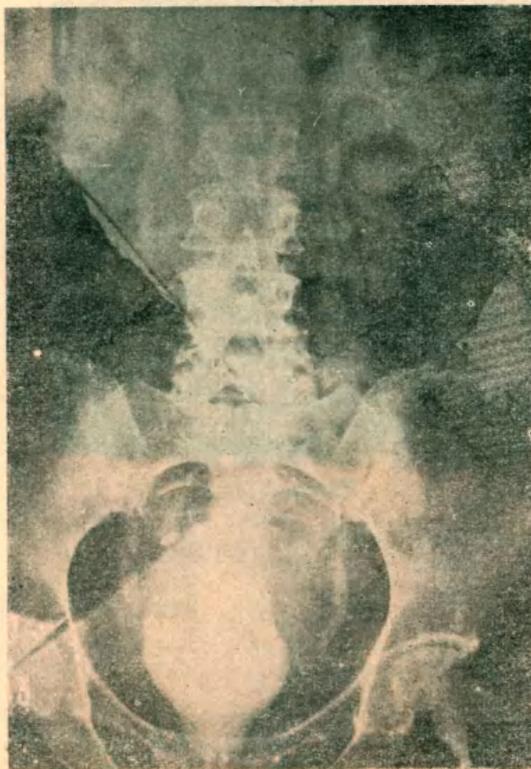


FIG 1



Figura 2

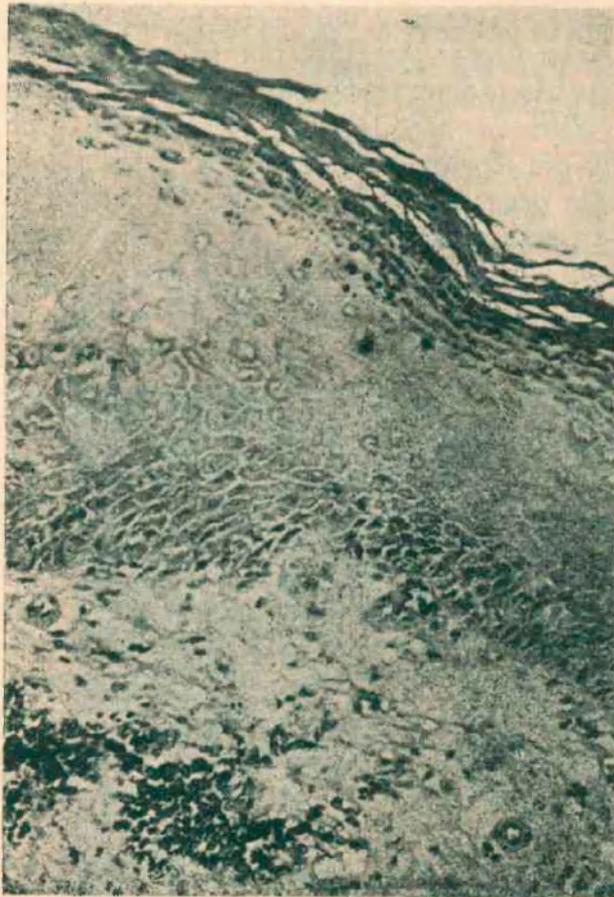
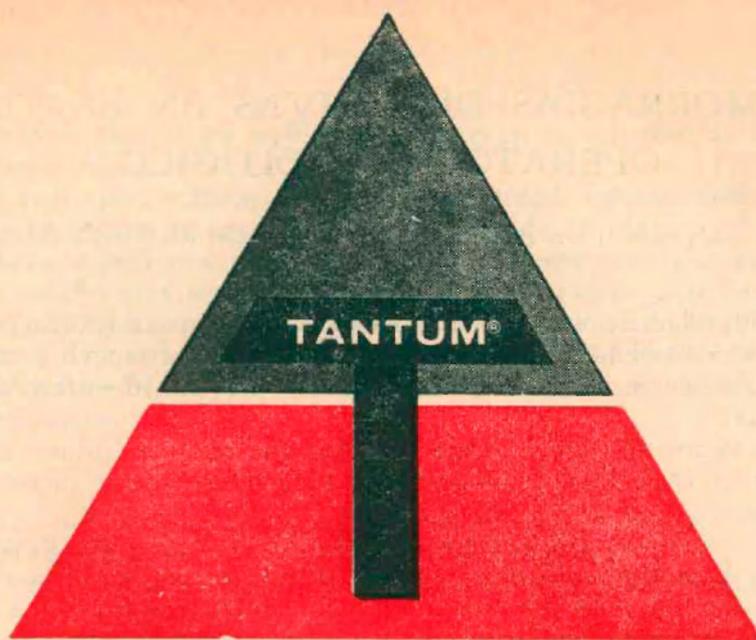


Figura 3



TANTUM®

CLORHIDRATO DE BENZIDAMINA

ANTIINFLAMATORIO PRIMARIO - ANTIALGICO - HISTOPROTECTOR

Qué es TANTUM®?

TANTUM® es un nuevo y excepcional agente antiinflamatorio, histoprotector y antiálgico, no esteroide. No deriva de ningún fármaco hasta ahora conocido.

Cómo actúa TANTUM®?

TANTUM® actúa sobre todas las fases del proceso inflamatorio. Reduce el exudado y el edema, protege el endotelio vascular y neutraliza el dolor inflamatorio directamente a nivel del foco. Facilita la reparación tisular.

Qué ventajas tiene TANTUM®?

Permite la resolución integral del proceso inflamatorio de origen bacteriano, vírico y químico. No tiene acción hormonal perturbadora ni disminuye las defensas orgánicas. No tiene contraindicaciones.

En qué está indicado TANTUM®?

TANTUM® está indicado en todas las afecciones donde la inflamación es un problema: Medicina interna - Ginecología - Urología - Traumatología y Ortopedia - Pediatría - Reumatología - Otorrinolaringología - Odontología.

Cómo se presenta TANTUM®?

TANTUM® **Comprimidos**: frascos de 20 comprimidos, conteniendo cada uno 50 mg de Benzidamina.

TANTUM® **Gotas**: frascos de 15 cm³, correspondiendo cada gota a 1 mg de Benzidamina.

TANTUM® **Supositorios Adultos**: cajas de 6 supositorios, conteniendo cada uno 100 mg de Benzidamina.

TANTUM® **Supositorios Niños**: cajas de 6 supositorios, conteniendo cada uno 50 mg de Benzidamina.

PATENTE ARGENTINA N° 143.799



Producto original de
ANGELINI FRANCESCO
ROMA-ITALIA

Labinca >

INCA LABORATORIOS DE ESPECIALIDADES MEDICINALES

SAICP.EL