

Ethambutol debe darse inmediatamente después del desayuno. En las demás drogas el horario no tiene importancia.

Dr. Zokolosky. — Hace un aporte estadístico. El se desempeña en el Hospital Vicente López y Planes de Gral. Rodríguez.

La incidencia de la tuberculosis pulmonar parece estar bajando un poco lentamente. El número de casos del año pasado era 1500 y en lo que va de este año el número es 900, no es un gran descenso, pero parecería apreciarse una leve declinación. En lo que respecta a la tuberculosis urogenital haciendo una investigación sistemática no hemos incluido la morbilidad. En el Hospital Vicente López y Planes mantenemos una estadística del 3 %. Realizamos la investigación del bacilo contando con un laboratorio especializado, cosa que es importante descubrir la tuberculosis genitourinaria, dado que en un laboratorio común no es posible lograr investigar a fondo. A este bacilo es necesario investigarlo en 3 días en orinas concentradas. La tuberculosis pulmonar ha acusado un pequeño descenso pero la genitourinaria se mantiene y mantiene su incidencia y hay que buscarla para control.

Dr. Márquez. — En 1951 me he encargado de la estadística del Servicio Nac. de Urología en esos años 1951 y 53 tuvimos un porcentaje de intervenciones quirúrgicas sobre tuberculosis urogenital que osciló entre 3,5 y 5 % de enfermos operados en el Servicio.

En el año 1972-73 en el Hospital Rawson encontramos intervenciones quirúrgicas entre el 15 y el 7 % de los enfermos operados en el Servicio, es decir que la tuberculosis urogenital ha aumentado visiblemente posiblemente a causa de las villas de emergencia que rodean a este Hospital. En general han sido enfermos que no han seguido tratamientos correctos y la incidencia ha aumentado francamente.

Dr. Márquez Bustos. — Quisiera agregar algo más, que dentro del aparato urogenital las tuberculosis renales, han aumentado en cambio hay una disminución de la parte genital porque se atienden más rápidamente.

Servicio de Urología
Hospital Juan A. Fernández
Jefe: Dr. Alfredo A. Grimaldi

Rev. Arg. Urol. Nefrol. Tomo 42. Año 1973

EPITELIOMA VESICAL INTRADIVERTICULAR

Dres. RAMON J. ARTIGAS y RAUL A. RUBI

En febrero de 1970 ingresa a nuestro servicio un paciente de 67 años, cuya principal sintomatología era hematuria de tipo total, de un mes de evolución, de aparición y duración irregulares. En un examen urográfico se comprobó una discreta alteración en el relleno de la vejiga. Se realiza cistoscopia donde se observa una vejiga con grandes columnas y pequeños orificios diverticulares. A nivel de ambos meatos ureterales, un poco por encima, se ven dos orificios diverticulares de cada lado. Se trata de introducir el aparato en cada uno de ellos, comprobándose que en el orificio inferior izquierdo hay una masa sospechosa de tipo tumoral. Al día siguiente se realiza una uretrocistografía. La vejiga se ve deformada por algunos divertículos y en uno de ellos, del lado izquierdo, se ve una imagen de falta de relleno que hace sustentar la sospecha de un tumor intradiverticular. Pocos días después se realiza la operación extirpándose un gran divertículo de cara posterior izquierda, ocupado por una formación blastomatosa infiltrante. Fue necesario extirpar también las vesículas seminales pues estaban adheridas a la cara posterior del divertículo. El enfermo fue dado de alta a los veinticinco días, fecha en que comenzó tratamiento radiante, pero un mes después reingresa con un gran compromiso respiratorio por múltiples metástasis que quince días más tarde lo llevaría a la muerte.

La anatomía patológica indicó que se trataba de un epiteloma espinocelular poco diferenciado infiltrante de vejiga; vesícula seminal izquierda casi totalmente ocupada por el epiteloma y prostatitis crónica activa.

Entre la variada sintomatología urológica, la hematuria es, sin duda, la que más alarma al especialista. Su presencia indica, en un alto porcentaje, la existencia de una proliferación blastomatosa que induce a su rápida localización.

En la mayoría de los casos no es difícil su diagnóstico, puesto que con el examen urográfico y/o endoscópico, se descubre el tumor sangrante. Pero si uno y otro son aparentemente normales, y no es posible hacer el diagnóstico, entonces comienzan las tribulaciones del médico tratante.

El divertículo con proliferación blastomatosa es una entidad nosológica rara, cuyo diagnóstico puede llegar a ser difícil, y en muchas ocasiones se hace en el momento del acto quirúrgico.

No existe una sintomatología propia, pues la que se presenta se confunde con la de otras entidades, así es que pueden estar presentes hematuria, ardor miccional, polaquiuria, disuria, etc. La primera de ellas suele ser el síntoma dominante. El examen endoscópico es fundamental y si no se halla evidencia de patología capaz de producirla, la existencia de uno o varios orificios diverticulares deben hacer sospechar el tumor intradiverticular.

Aquí es donde comienzan a presentarse las dificultades, pues no es sencillo demostrarlo, a menos que la masa tumoral haga su aparición por el cuello del divertículo.

Todos los casos presentados en esta Sociedad tuvieron la confirmación endoscópica, en idéntica forma que el presentado por nosotros. No es necesario destacar las numerosas dificultades técnicas que se presentan para hacer el diagnóstico cistoscópico. No siempre es posible introducir el aparato dentro del divertículo pues algunas veces no lo permite su localización y otras la estrechez del cuello diverticular.

Diversos autores recomiendan diferentes técnicas para poner en evidencia el tumor oculto: examen con la vejiga en evacuación, tratando que de esta manera haga prociencia; búsqueda de la hemorragia investigando el fondo del divertículo con un catéter. Se considera como signo confirmatorio la aparición de hematuria diverticular, aun sin ninguna maniobra endoscópica.

Las técnicas radiológicas actuales permiten efectuar diversos estudios: Cistograma excretor, cistograma por infusión, uretrocistografía. En todas ellas se busca la imagen lacunar dentro del divertículo. Una técnica interesante es la diverticulografía, que consiste en la inyección de sustancia opaca dentro del divertículo mediante un catéter colocado por vía endoscópica.

En el acto operatorio las dificultades pueden presentarse según las características del divertículo y el tumor. En cuarto al primero su localización, en cuanto al segundo y su tamaño y las características de su propagación. Es así como en nuestro enfermo, aun cuando su liberación fue relativamente sencilla, en la extirpación no se pudo evitar la exéresis de las vesículas seminales que se hallaban adheridas a su cara posterior.

Estamos de acuerdo con Wetterwald en la ablación sistemática de todo divertículo reconocido de poseer en su interior una formación tumoral, ya que su malignidad es frecuente y, por lo general, su pronóstico es malo. Esto debería hacerse extensivo a todo divertículo, ya que, aunque la afección sea rara, con ello se trataría de evitar su posibilidad.

En los casos presentados ante esta Sociedad se observa que están ubicados en la zona supraveical, de preferencia derecha, hecho que no sorprende por cuanto sabemos que los divertículos suelen producirse en los lugares de menor resistencia vesical.

La anatomía patológica de esos mismos trabajos muestra la preferencia por el epiteloma vesical, siendo necesario destacar la rareza presentada por el Dr. Ricardo Bernardi en 1946 de un hemangioma intradiverticular.

Respecto de nuestro enfermo queremos resaltar algunos aspectos que aparecen interesantes. En primer lugar, la tardanza en la aparición de la hematuria cuando ya el tumor había adquirido grandes dimensiones; la velocidad con que evolucionó, puesto que desde la iniciación de sus síntomas hasta su muerte transcurrieron escasamente cuatro meses. Posiblemente las maniobras

quirúrgicas hayan movilizado metástasis a distancia, en especial pulmonar, lo que aceleró el desenlace fatal. Desgraciadamente no pudimos obtener de este enfermo el examen anatomopatológico postmortem.

Por último queremos destacar la invasión de la vesícula seminal izquierda. No hemos encontrado en la literatura mención de esta diseminación, y ante las posibles rutas seguidas por las células neoplásicas para ubicarse allí, creemos necesario recordar que existe un red linfática perivesical relacionada muy estrechamente, en la base de la vejiga, con los linfáticos del uréter, de la próstata, del conducto deferente y de las vesículas seminales, y, en la mujer, con las redes linfáticas del útero y de la vagina.

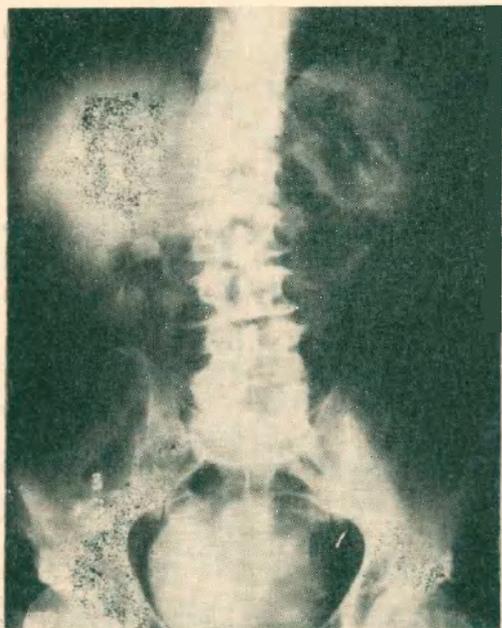


Fig. 1. — Urograma excretor: Se observa el defecto del relleno vesical.



Fig. 2. — Uretrocistografía de frente: varias imágenes diverticulares.



Fig. 3. — Uretrocistografía de perfil: varias imágenes diverticulares, en una de ellas falta de relleno.