

ESTUDIO DE LA PATOLOGIA ADYACENTE EN LAS NEOPLASIAS EPITELIALES DE LA VEJIGA

Dres. Juan Manuel Ghirlanda y Hugo Miguel Romano

Motiva este trabajo la inquietud de estudiar en una serie más o menos numerosa de casos las alteraciones que se presentan en la mucosa vesical adyacente a tumores epiteliales del referido órgano.

Friedman y Ash en el capítulo dedicado a los Tumores de la Vejiga urinaria publicado por el Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas, establecen que:

"Zonas de epitelio anormal en la zona cercana al tumor han sido descriptas y pueden ser de importancia en la génesis de tumores subsecuentes".

Son numerosos los estudios dedicados a tal investigación, en neoplasias con asiento en otros órganos de la economía, siendo escasos, de acuerdo a la bibliografía consultada, los que se ocupan de las lesiones vesicales.

En la bibliografía nacional a nuestro alcance no hemos podido encontrar trabajos dedicados a este tema.

Mostolfi enfatiza la potencialidad del epitelio vesical para producir proliferaciones no neoplásicas, metaplasia y proliferaciones neoplásicas. Asimismo relaciona proliferaciones no neoplásicas por inflamación, llamando la atención sobre su ocurrencia en la mucosa vesical, agregándose a una neoplasia de la misma.

Melicow estudió la mucosa peritumoral de 10 pacientes con neoplasias de vejiga tratados con cistectomía total encontrando en todos ellos hiperplasia de la misma, en 4 cistitis quística, cáncer in situ en 2 y metaplasia escamosa en 1. En base a sus estudios concluyó que muchas recurrencias podrían ser realmente la maduración de procesos que pueden en realidad haberse iniciado mucho tiempo antes.

Eisenberg, Roth y Schweinsberg se han ocupado asimismo del tema haciendo un estudio estadístico con respecto a las lesiones proliferativas peritumorales encontradas.

El resultado del mismo fue el siguiente:

Dividieron a los tumores de la vejiga todos ellos de origen epitelial en 2 grupos: 1º Papilar y 2º Infiltrativo.

El primer grupo (tumores papilares) constó de 53 casos, presentando lesiones 14 distribuidos de la siguiente manera.

nidos de von Brunn y glandulares	7 casos
hiperplasia papilar	3 casos
cáncer in situ	9 casos

(algunos casos presentaban más de un tipo de lesión)

El segundo grupo (infiltrativo) constó de 31 casos, presentando lesiones 16, distribuidas de la siguiente manera.

CUADRO Nº 1

casos	histología tumoral				edema	Infiltr. infl. dir.		cistitis foliolar	nidios de von Brunn y cistitis quist.		cistitis glandular	metaplasia epidermoide	prolif. in. sial e hip.	epitelio atípico			carcinoma in situ	Infil. T. bajo mucosa sana	restos de epitelio an. en el T.	T. con esp. quísticos
	pepl. lar	no pap. lar	gran. atipia			con eosin.	sin eosin.		con atipia	con atipia				hiper. cromatis.	despo. rización	mitosis				
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
27																				
28																				
29																				
30																				
31																				
32																				
33																				
34																				
35																				
36																				
37																				
38																				
39																				
40																				
41																				
42																				
43																				
44																				
45																				

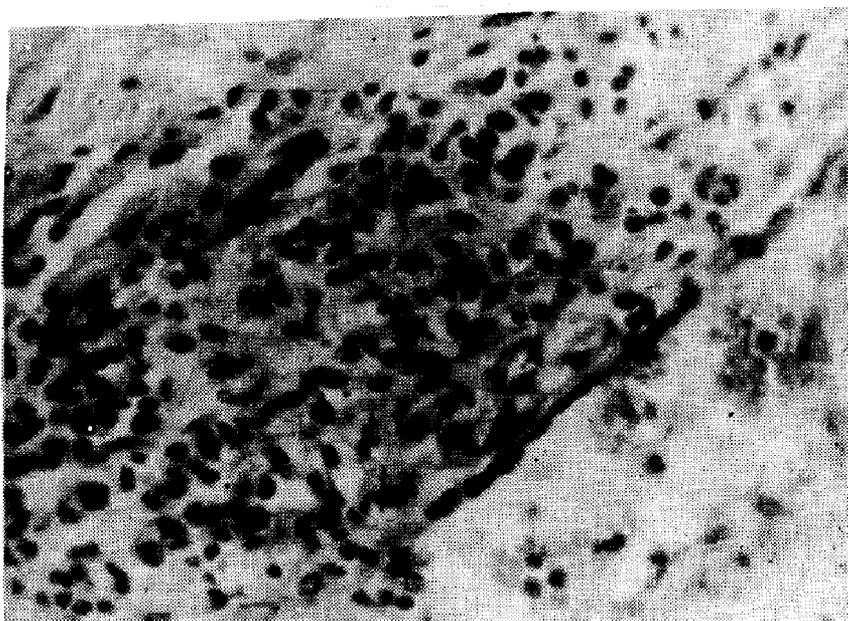


Foto 1: proceso inflamatorio, con abundantes eosinófilos.

ESTUDIO DE LA PATOLOGIA ADYACENTE EN LAS NEOPLASIAS EPITELIALES DE VEJIGA

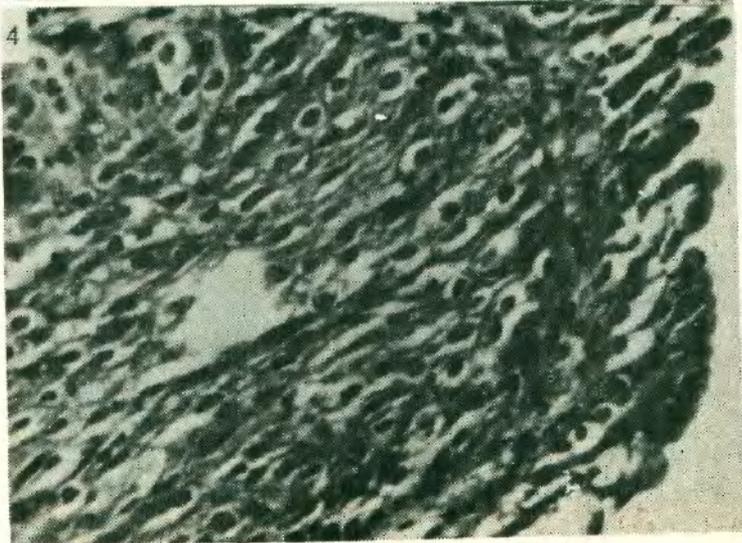
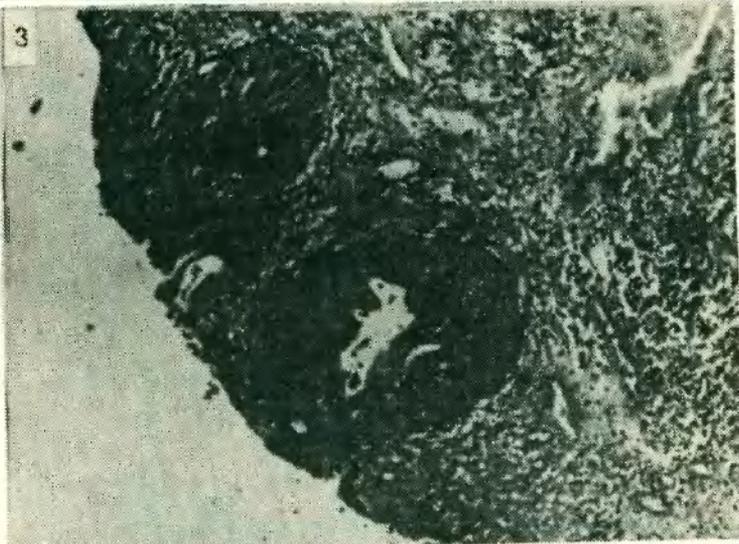


Foto 2: lesiones combinadas, edema, nidos de von Brunn y cistitis folicular.

Foto 3: nido de v. Brunn. PAS, se ve membrana basal.

Foto 4: nido de von Brunn con discreta atipía (hipercromatismo).



Foto 5: epitelio con formación quística, con borde PAS positivo.

Foto 6: zona con apreciable despolarización.

Foto 7: epitelio de celaa vesical entre 2 columnas iniciando formación de nidos de von Brunn.

ESTUDIO DE LA PATOLOGÍA ADYACENTE EN LAS NEOPLASIAS EPITELIALES DE VEJIGA

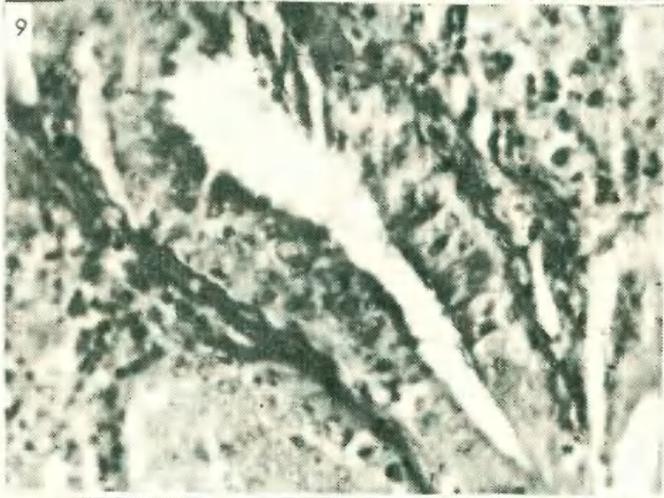
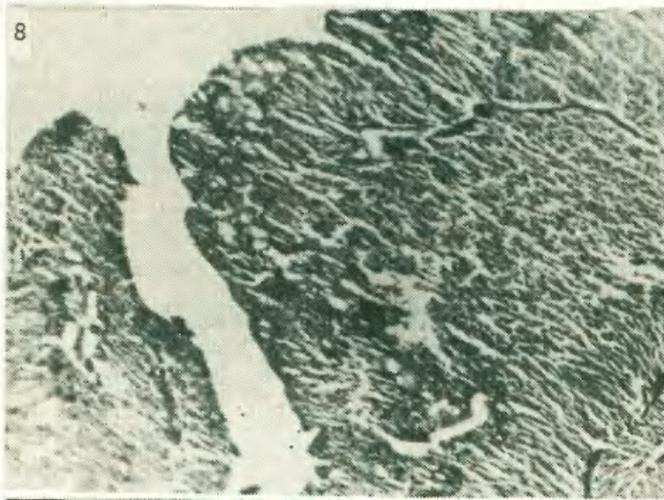


Foto 8: zona de epiteloma papilífero paramalpighiano con técnica de PAS, donde se ven luces con material de secreción, que podría hacer suponer su origen en una cistitis quística.

Foto 9: cistitis glandular. Formación de aspecto glanduliforme con gotas PAS positivas de secreción.

Foto 10: carcinoma in situ, con espacios quísticos, a punto de infiltrar la submucosa.

En 43 casos se presentaron alteraciones de la mucosa adyacente peritumoral (alteraciones inflamatorias y/o proliferativas o tumorales) y sólo en 2 casos la mucosa adyacente se mostró indemne.

De los 43 casos presentaron tan sólo lesiones inflamatorias 15 casos, proliferativos 9 casos e inflamatorias más proliferativas 19 casos.

DISCUSION

Si bien como dicen Eisenberg, Roth y Schweinsberg la asociación de los nidos de Brunn y cistitis quísticas con tumores de vejiga ha sido notada y comentada por diversos autores, llama la atención la falta de estudios con respecto a la presencia de otras lesiones proliferativas en donde hasta es posible observar alteraciones de las estructuras celulares y aún presencia de atípías.

El presente estudio demuestra tal realidad, habiendo agrupado también las lesiones inflamatorias que si bien pueden justificar su presencia por mecanismos diversos, pueden también ser la base o el inicio de proliferaciones epiteliales, hecho aceptado como posible por diversos autores.

Si intentáramos relacionar con los tumores vesicales las alteraciones encontradas varias serían las posibilidades a discutir.

Es así que:

- 1º) Las lesiones podrían preceder a los tumores, serían entonces de naturaleza preneoplásica;
- 2º) las lesiones podrían desarrollarse simultáneamente con las neoplasias;
- y 3º) las neoplasias podrían preceder a las lesiones peritumorales.

Es obvio que faltan razones valideras para poder defender alguna de las posibilidades enunciadas, pues al material estudiado le falta la dinámica necesaria que permita seguir su evolución (es todo material de tratamiento quirúrgico).

Sin embargo existen 2 hechos positivos que merecen a nuestro entender ser comentados. Los mismos, podrían sustentar la interdependencia entre neoplasia y lesiones perineoplásicas.

Ellos son:

- 1º) se han encontrado entre los nidos de von Brunn y cistitis quísticas 2 casos con evidentes signos de atipía y asimismo en 6 casos ha sido observado epitelio atípico en inmediaciones de los tumores de vejiga.
- 2º) en 2 casos se han demostrado tumores con quistes que podrían hacer pensar en la posibilidad de que se trataran de formas evolucionadas de cistitis quística hacia la malignidad manifiesta.

CONCLUSIONES

en base a todo lo expuesto se deduce:

- 1º) Es real y significativa en número, la existencia de lesiones inflamatorias y/o proliferativas en el tejido peritumoral vesical, habiendo encontrado en el material expuesto, prácticamente una serie ininterrumpida en gradación de lesiones que, desde el simple infiltrado inflamatorio, pasando por lesiones proliferativas epiteliales (nidos de von Brunn, cistitis quística), alcanza grados evidentes de actividad neoplásica con aspecto de áreas de atipía localizada y/o llegando al carcinoma in situ.

2º) Creemos de interés llamar la atención sobre la importancia de que el estudio anatomopatológico de los tumores de vejiga sea efectuado no sólo con respecto al grado y estado de la neoplasia sino también con referencia a sus zonas adyacentes para investigar y evaluar de esta manera la posible presencia de lesiones inflamatorias y/o proliferativas, de que se hacen mención en el presente trabajo.

3º) El estudio de la evolución de los enfermos portadores de neoplasias vesicales con y sin alteraciones peritumorales, tratados por medios quirúrgicos conservadores, tal vez podría dar más valor a los hechos enumerados para de tal manera darles a estos últimos el valor pronóstico o regidor de tratamientos más amplios en el caso de que fueran diagnosticados en el mismo acto quirúrgico.

La biopsia endoscópica en tal caso podría también tener utilidad en el diagnóstico de existencia, calidad y cantidad de tales lesiones para poder decidir posibles conductas terapéuticas ante una neoplasia vesical.

BIBLIOGRAFIA

1º) Kittredge Weital.

Adenocarcinoma of the bladder associated with cystitis glandularis. A case report.

Journal of Urology 91: 145-50. Feb. 64.

2º) Simon W., Cordonnier J. J. and Snodgrass W. T.

The pathogenesis of bladder carcinoma.

Journal of Urology 88: 797-802. Dec. 62.

3º) Melicow M. M. Uson A. C..

The "herald" lesion of bladder: a lesion which portends the approach of cancer or inflammation from outside the bladder.

Journal of Urology 85: 543-51. Apr. 61.

4º) Eisenberg R. B., Roth R. B, and Schweinsberg M. H..

Bladder tumors and associated proliferative mucosal lesions.

Journal of Urology 84: 544-50. Oct. 60.

5º) De La Pena A., Oliveros M., Tamames J. M., Mintz.

Metaplastic and malignant changes of the urothelium.

Brit. Journal of Urology 31: 473-8. Dec. 59.

6º) Jewett H. J., Eversole S. L. Jr..

Carcinoma of the bladder: characteristic modes of local invasion.

Journal of Urology 83:383-9. Apr 60.

7º) Wheeler J. D. and Hill William T..

Adenocarcinoma involving the urinary bladder.

Cancer. vol 7 number 1 january 1954 p. 119-135.

8º) Marshall V. F..

Current clinical problems regarding bladder tumors.

Cancer 9: 543-590. 1956.

9º) Mostolfi F. K.

Potentialities of bladder epithelium.

Journal of Urology 71:705-714. 1954.

SR. PRESIDENTE. Está en consideración.

DR. SCHMIDT. Quería preguntar si se tomó en consideración la distancia del tumor y la localización de las tumoraciones. Y en segundo término, se hicieron algún tipo de estudio de las lesiones linfáticas. Es decir, el tumor localizado y la biopsia a distancia.

DR. GHIRLANDA. Como ya dijimos, el trabajo se efectuó en base al conjunto de material ya tenido en la sala. Es por eso que todo el estudio se hizo en zonas inmediatas del tumor; en la zona de seguridad, generalmente uno o dos centímetros, un poco elásticos, con respecto a la zona donde está ubicada la neoplasia.

No tuvimos oportunidad de efectuar el estudio en zonas alejadas. Ello nos indujo a que, en los casos que intervenimos actualmente, saquemos un trozo de mucosa alejada para investigar, a ese nivel, las lesiones que pudiera haber.

Con respecto al estudio de las lesiones linfáticas tuvimos el mismo inconveniente que con las lesiones alejadas del tumor.