

SOBRE UN CASO DE LEUCOPLASIA VESICAL TRATADO Y CURADO CON ELECTRO-COAGULACION

Por el Prof. Dr. ENRIQUE CASTAÑO

Antes de entrar en algunas consideraciones sobre la leucoplasia vesical y su tratamiento, voy a leer la historia clínica, que es muy interesante.

J. G., 22 años, soltero. Antecedentes hereditarios: sin importancia. Antecedentes personales: eruptivos en la primera infancia.

Enfermedad actual: Se inicia hace 4 años, en que nota una secreción uretral purulenta, a los 5 días de un coito sospechoso. Inicia un tratamiento con lavajes depermanganato, disminuyendo la secreción, pero persiste el ardor y dolor durante la micción. Continúa en este estado disminuyendo su flujo uretral, pero persistiendo sus molestias, y abandona todo tratamiento, hasta que hace unos meses nota la orina coloreada por sangre; esta hematuria se repite varias veces y dice que siempre aparecía como consecuencia de algún esfuerzo, marcha, etc. Reinicia su tratamiento de lavajes que empeora su estado vesical, resolviendo, a indicación del médico que lo atendía, venirse a ésta a consultarnos.

Estado actual: Orinas turbias en los tres vasos. No hay flujo ureteral. Al explorador Nº 21 nada de particular. Organos genitales externos normales. Próstata de tamaño normal, lóbulo derecho globuloso, surco mediano conservado. Riñones no se palpan.

Aparato respiratorio y circulatorio normal. Reacción de Wassermann, previa reactivación, negativa, en dos oportunidades.

Cistoscopia: Capacidad 160 c.c. Mucosa normal en la cara lateral izquierda y trigono. Sobre la pared superior y lateral derecha se ve una lesión leu-

coplástica típica, con exudado que la recubre, con pequeñas ulceraciones teñidas en azul por ingestión; la lesión leucoplástica se extiende hasta el cuello vesical, destacándose francamente sobre la mucosa vesical de aspecto normal que la rodea.

Se cateteriza ambos riñones; riñón derecho: orina turbia, riñón izquierdo normal. El examen químico de ambas orinas no revela ninguna diferencia.

Se practican inoculaciones con orina del riñón derecho. Se sacrifica un cobayo al mes sin que la autopsia revele ninguna lesión tuberculosa (Dr. Laplacette). A los dos meses se vuelven a repetir las inoculaciones con idéntico resultado. Se practican lavajes del basinete derecho, con nitrato de plata dos veces por semana e instilaciones vesicales, mejorando su pielitis, pero no se observa ninguna modificación en la placa leucoplástica.

Se le somete al mismo tiempo a un tratamiento específico mercurial y arsenical sin ningún resultado resolviéndose tratarlo por electro-coagulación.

Bajo anestesia epidural se practica una electro-coagulación superficial de toda la placa leucoplástica.

Se continúa durante un mes con instilaciones y reposo absoluto. Al mes la cistoscopia demuestra que la mayor parte de la placa ha desaparecido, y se alcanza a ver la mucosa vesical en la zona ocupada por la leucoplasia.

Se practican tres electro-coagulaciones más, desapareciendo totalmente la leucoplasia y quedando toda la vejiga normal, habiendo durado el tratamiento 11 meses.

La etiología de la leucoplasia vesical no es muy precisa y existen diversas teorías que tratan de explicarla.

Para algunos autores se trataría de una metaplasia del epitelio normal producida por una irritación crónica, ya sea mecánica o inflamatoria, el espesamiento del epitelio y la transformación en epitelio pavimentoso estratificado, vendría a ser como una formación de defensa del órgano para impedir la penetración de los gérmenes o de sus toxinas (**Hallé**). Otros autores admiten una predisposición congénita sobre la que actúa la acción tóxica de la orina o de los productos microbianos. Se ha insistido mucha también sobre el origen tuberculoso o específico, pero esto, si bien en algunos casos puede existir en estas enfermedades, en otros no se ha podido comprobar la presencia del bacilo de Koch o de la sífilis.

La leucoplasia vesical, cualquiera que sea el período de su evolución, no tiene una sintomatología característica.

El síndrome en general está constituido por los síntomas de inflamación vesical, polaquiuria, poliuria, disuria, a veces incontinencia, ardor y dolor durante la micción, orina purulenta; estos síntomas se presentan con intermitencias, alternando los períodos de remisión con períodos de exacerbación.

Se ha dicho que la hematuria es un síntoma poco frecuente; sin embargo, en nuestro enfermo ha sido el que ha predominado. **Perrando** publica un caso de leucoplasia en el cual la hematuria también ha sido el síntoma predominante.

Li Veighi, Legueu y Michon, niegan la posibilidad de la hematuria entre los síntomas, basándose en la anatomía patológica de la lesión; **Marión** considera la hematuria como casual y no propia de la lesión.

El diagnóstico sólo se puede establecer por la cistoscopia, siendo su imagen perfectamente característica.

Respecto al tratamiento, todos los autores están de acuerdo en que debe ser el quirúrgico. La mayoría de los casos publicados han sido cistostomizados y tratada la lesión a cielo abierto, con curetaje, resección o fulguración.

A nosotros nos ha dado un gran resultado la electro-coagulación por las vías naturales. Nos ha permitido en cuatro sesiones hacer desaparecer la totalidad de la placa curando perfectamente la lesión.

El único inconveniente de la electrocoagulación son los fenómenos de cistitis aguda que sobrevienen los cuatro primeros días después de la aplicación, que en algunos casos conviene hasta poner en reposo la vejiga con una sonda permanente; recurso éste que no fué necesario en nuestro enfermo. Después de cada sesión hay que tratar la vejiga con instilaciones de nitrato de plata, que es lo que mejor resultado da.

DISCUSION

Montenegro A.:

Sólo como un acto en recuerdo a Federico Tejo y Nin Posadas, quiero citar la observación de estos autores, la primera publicada entre nosotros. En este caso el tratamiento instituido lo fué con biyoduro de mercurio, curando.