

## **Incidencia de los implantes tumorales en la uretra prostática como consecuencia de la RTU. concomitante de carcinoma vesical y adenoma de la próstata.**

Dres. D' Osvaldo C.L.; Bechara A.J.; García Penela E.; Rovegno A.R.; Romano S.V.; Rey H.M.\*

---

### **RESUMEN**

Se presentan 20 casos de cirugía concomitante de tumor de vejiga y próstata señalando la ausencia de implante de células neoplásicas en la lodge prostática. Se realizan consideraciones clínicas, histopatológicas, así como una revisión de la bibliografía al respecto. (*Revista Argentina de Urología*, 55 pág. 110, 1990)

---

**Palabra clave:** Tumor Vesical - Implantes por RTU. concomitante.

Ante la eventualidad de indicar la cirugía concomitante de un tumor de vejiga y un adenoma de próstata, surge la inquietud en el cirujano, del probable implante de células tumorales en el cruento y "fértil" lecho prostático.

Por el criterio de no contaminar oncológicamente esta región, debería evitarse esta cirugía concomitante (7 y 11) pero existen razones para realizarla o para indicarla como por ejemplo cuando el paciente portador del tumor de vejiga está en retención completa de orina a causa de un adenoma de próstata o bien cuando se quiere modificar un factor "condicionante" de la recidiva tumoral como lo sería la obstrucción infravesical y el residuo post-miccional (2,3,5,8,12,14,15).

La posibilidad de implante de células tumorales en otra parte de la vejiga o en la lodge prostática ha sido mencionada por muchos autores e incluso probada experimentalmente por Mc Donald (citado por Hinman); basándola fundamentalmente en el traumatismo intraoperatorio capaz de crear una solución de continuidad en los epitelios donde se podrían "anidar" las células neoplásicas desprendidas.

Existen en la literatura numerosas publicaciones que refieren la realización de cirugía simultánea de tumor de vejiga y próstata sin complicaciones ni implantes tumorales en la lodge (4,6,9,10,13); así como algunos pocos y bien documentados casos de implantes en el cuello (lecho de resección) como los

---

\* Jefe de la División de Urología del Hospital General de Agudos Carlos G. Durand

descriptos por Hinman (7).

Esto mantiene la controversia hasta la fecha y nos motivó para revisar retrospectivamente nuestra casuística y evaluar algunos factores de riesgo adicional como lo serían:

a) el grado histológico del tumor de vejiga resecaado simultáneamente con la próstata (pensando que lo más indiferenciados tendrán mayores posibilidades de implante);

b) la frecuencia o la tendencia a las recidivas de los tumores vesicales tanto antes como después de la cirugía concomitante ya que aquellos con tendencia a la recidiva tendrían mayor riesgo teórico de implantarse en uretra.

## MATERIAL Y METODO

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes sometidos a cirugía endoscópica de la próstata (300) y de la vejiga (280) realizados en el Servicio de Urología de Hospital Durand en el período comprendido entre Enero del '78 y Enero del '89 y se incluyeron en el estudio a los 20 pacientes a los que se les operó en forma concomitante de tumor de vejiga y adenoma de próstata, y que representan un 3,3% del total de RTU.

La edad promedio de los pacientes fue de 69 años (con un rango de 55-79). En todos los casos se procedió a la resección del tumor en primer término y luego a la del adenoma prostático. Otros autores proceden a resecar la próstata en primer lugar (1). Se consideró implante tumoral en la lodge, a la presencia de tumor macroscópico (imagen endoscópica) ya que no se efectuó biopsia sistemática al azar para detectar tumor en la lodge prostática.

Los pacientes fueron seguidos clínicamente, radiológica y endoscópicamente por un período entre 5 y 132 meses con un promedio de 37,5 meses.

## RESULTADOS

\*Ninguno de los 20 pacientes presentó implante tumoral en la lodge prostática.

\*La anatomía patológica de los tumores de vejiga y de la próstata demostró la siguiente distribución: (Tabla 1)

### TUMORES DE VEJIGA RESECADOS GRADO HISTOLOGICO

		I	II	III	IV
E S T A D I O	0	1			
	A	6	8	1	1
	B	1	2		

Tabla 1 Los veinte especímenes prostáticos correspondieron a hiperplasia benigna.

## DISCUSION

Como surge de lo expresado, la ausencia de implantes fue independiente del estadio y grado. Es de destacar que 6 (27%) pacientes fueron intervenidos previamente en una ó más oportunidades por tumor de vejiga.

Nueve (9) pacientes (45%) presentaron recidivas únicas o múltiples en vejiga en una ó más oportunidades luego de la cirugía concomitante siendo la anatomía patológica de las recidivas la siguiente:

Anatomía Patológica de la Recidiva		
Estadio	Grado	Número
A	I	4
A	II	4
A	III	1
		9

Tabla 2

(Tabla 2) por lo que el implante en la lodge, tampoco tuvo relación con la tendencia "recidivante" del tumor de vejiga en los casos en que así se comprobó.

Cabe señalar que 9 (nueve) pacientes (45%) recibieron instilaciones intracavitatorias de Thiotepa (30 mg. en 30 ml. de solución fisiológica) comen-

zando a los 30 días del post-operatorio y por períodos variables entre 2 meses y 4 años con lo cual en 6 (66%) no recidivó el tumor vesical y los 3 casos que recidivaron (33%) lo hicieron en vejiga. Si bien la quimioterapia intracavitaria comenzada tardíamente a los 30 días del post-operatorio no debería considerarse de interés como factor de modificación de las condiciones de implante, no da lugar a la especulación de su eventual beneficio, ya que no tuvimos ningún implante en la lodge, tanto entre los que la recibieron como entre aquellos que no fueron tratados con dicha droga. Por otra parte el grupo que recibió la quimioterapia, recidivó menos en la vejiga (33%) que el que no la recibió (56%).

## CONCLUSION

---

De lo anteriormente expuesto se desprende que si bien en teoría el implante de células tumorales en la lodge prostática es probable y de hecho así está descripto (7) éste, lejos de ser frecuente, es más bien raro y en nuestra casuística, nulo.

Por otra parte no parece tener relación con el estadio del tumor de la vejiga reseca, ni con el grado ó la tendencia recidivante del mismo; sea la recidiva previa o ulterior a la cirugía concomitante.

## BIBLIOGRAFIA

---

- 1) "Endoscopic Prostatic Surgery". BAINES Roger The C.V Mosby Company. Año 1943.
- 2) Análisis de 1500 pacientes intervenidos por cirugía transuretral en afecciones prostáticas. BEKERMAN, A.D.; ROMEO, I.; DAVID, Alberto. Revista Argentina de Urología 49 N°1. pág. 12. Año 1983.
- 3) Resección transuretral de próstata. BIRABER, M.; RODRIGUEZ CORSOLOI, J.; BRASCHI, J.L. Revista argentina de Urología 46 N°3. Año 1980.
- 4) "The avisability of Urology 107" pág. 445. Año 1972.
- 5) Cirugía endoscópica de los tumores prostáticos. GONZALES, Martín G.; GRIPPO, Lorenzo;

- ROMANO, V.S. Revista Argentina de Urología 49 N°1 pág. 19. Año 1983.
- 6) "Resultado de 700 casos de resecciones transuretrales (1965-1985). GUITIAN RODRIGUEZ, C. Archivos Españoles de Urología tomo 40, 2 pág. 107-114. Año 1987.
- 7) Recurrence of bladder tumors by surgical implantations. HINMAN Jr. F. Journal of Urology 75: 695. Año 1956.
- 8) "La cirugía endoscópica en el tratamiento de las neoplasias vesicales: control y resultados en 100 casos consecutivos. LITON MUÑOZ, Miguel y FRAGA IRIBARNE. Archivos Españoles de Urología tomo 34, 1 pág. 37-48. Año 1981.
- 9) "Resección transuretral" (Táctica y técnicas). MORERA, J.; LOPEZ Libreros Editores. Año 1977.
- 10) "Prostatectomía transuretral endoscópica" PURPON, Ignacio; Queromon Editores. Madrid 1979.
- 11) Pautas Oncológicas del Instituto Angel Roffo 1988. Tumores Urológicos. pág. 207. SCORTICATI, C.; CASABE, A.; BELLORA, O.; KES, S.; ARTURI, J.; PASIK, L. Ed. Tiempo de Comunicación, Buenos Aires 1988.
- 12) Cirugía transuretral. Nuestra experiencia en dos años y medio. TISCORNIA y colab. Revista Argentina de Urología 49 N°2 pág. 15. Año 1983.
- 13) "La resección transuretral en patología obstructiva prostática". Nuestra experiencia en los últimos años. TOÑO PINO, J. y GALBIS PALAU, F. Archivos Españoles de Urología tomo 41, 3 pág. 183-187. Año 1988.
- 14) Tratamiento endoscópico de los tumores de próstata. BIRABER, M.; RODRIGUEZ CORSOLOI, J.; BRASCHI, J.L. Revista Argentina de Urología 46 N°3. Año 1980.
- 15) Maniobras especiales en la R.T.U. de tumores de vejiga. VILLAMIL, A.A.; ACOSTA GÜEMES, C. XIII Congreso Argentino de Urología. XXI Congreso de la Sociedad Argentina de Urología. pág. 58.

El trabajo presentado pone en consideración una controversia entre nuestros conocimientos sobre la biología de los tumores vesicales y la ortodoxia quirúrgica oncológica, por un lado, y las observaciones empíricas, por el otro.

Si bien los autores no lo aclaran taxativamente, sobreentendiendo que los carcinomas vesicales tratados son del tipo transicional, excluyendo al carcinoma *in situ* y otras variedades histopatológicas, que tienen un comportamiento biológico y un manejo terapéutico diferente.

El criterio en que se han basado para juzgar la existencia o no de un implante tumoral en la fosa prostática ha sido el macroscópico, y con esa limitación, no han encontrado ninguno en su serie de 20 pacientes, independientemente del grado, estadio y carácter recidivante de las neoplasias tratadas.

En series mayores, de otros autores extranjeros, parece en cambio que la frecuencia de implantes guarda relación con esos factores, quedando por verse si se trata de un auténtico implante o si es expresión de una multifocalidad asincrónica.

Si pensásemos en que una célula tumoral ha logrado implantarse y crecer en el lecho prostático cruento, debe tenerse en cuenta, con Melicow, que para que el tumor llegue a hacerse visible necesita tener un diámetro de un tercio de milímetro y eso se logra después de 25 doblajes celulares, lo que requiere 4 años de espera y, yo agregaría, muy buena vista para diagnosticarlo endoscópicamente. En ese sentido sería exiguo el plazo promedio de seguimiento de la serie que estamos analizando.

Pero estoy seguro que muchos de Uds., al igual que yo, hemos visto recidivas o implantes de nuevos tumores papilares en la fosa prostática mucho antes del plazo señalado, en los pocos pacientes que no fueron tan afortunados como los que consideramos.

Ello debe depender de razones que hoy en día no están claras y que integran esa constelación de factores que condicionan y singularizan la evolución de cada uno de nuestros pacientes neoplásicos.

Entrando a sentar mi punto de vista sobre el meollo de la cuestión, esto es, si se debe aconsejar o no la resección transuretral concomitante de los

carcinomas trasicionales de vejiga y del adenoma de la próstata, entiendo que es imposible e inconveniente sentar una conducta uniforme.

La filosofía con que yo tomo la decisión depende del balance meditado de riesgos y beneficios para el paciente.

Así hago la RTU simultánea en aquellos tumores fáciles de reseccionar, por su número, su superficialidad, su tamaño, su localización, su aspecto poco agresivo, en los que el tiempo vesical será breve, permitiendo que la resección prostática sea prolijamente ejecutada. Al respecto debe tenerse en cuenta que en estos pacientes, más que en ningún otro, deberá asegurarse una perfecta hemostasia de las dos áreas intervenidas, pues un bloqueo vesical por coágulos en el postoperatorio inmediato obligaría a maniobras que pueden poner en peligro la integridad vesical en los sitios adelgazados por la cirugía.

El adenoma de próstata deberá ser por su tamaño ó por su localización tan obstructivo que si no se lo reseca se correría un riesgo cierto de retención aguda de orina al retirar la sonda, o seguiría produciendo el residuo detectado en la etapa preoperatoria, o dificultará los controles endoscópicos futuros.

Si en el tiempo vesical, ya sea por agresividad quirúrgica deliberada ó por accidente, la pared vesical queda muy debilitada, desisto de continuar con la RTU de próstata, pues pese a trabajar con un resector de flujo continuo, y por lo tanto de baja presión hidrostática, el riesgo de extravasación vesical existe. Lo mismo hago si el tiempo insumido en la RTU del tumor vesical me deja poco margen para el tiempo prostático. El tiempo total, a mi juicio, no debe superar los 60 u 80 minutos, pues aunque técnicamente fuese posible prolongarlo, la atención y concentración del cirujano se fatigan y se pueden cometer errores.

Se puede añadir un factor de seguridad extra, si durante el tiempo vesical se utiliza agua destilada, que tiene un efecto citolítico, balanceando los efectos nocivos de su absorción intravascular, por lo que la masa a reseccionar deberá ser pequeña. Al pasar a la próstata se debe cambiar por una solución anhemolítica.

Quiénes se encuentran en la etapa formativa como reseccionistas deben manejarse con mayor cautela y, ante la duda, privilegiar siempre la correcta cirugía de la patología más importante, difi-

riendo la resección del adenoma de próstata para un segundo tiempo.

Analizando ahora las probables razones por las cuales es infrecuente encontrar nuevos focos tumorales en el que coinciden muchos autores, debe señalarse la limitación importante que significa basarse exclusivamente en los hallazgos endoscópicos.

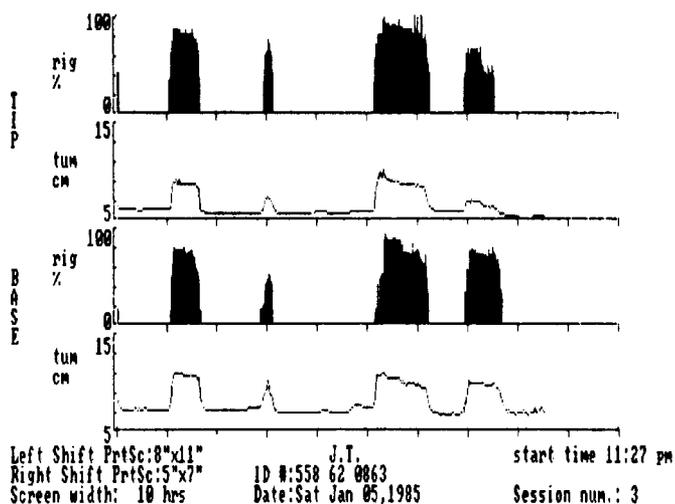
La ausencia de lesión macroscópica no invalida la existencia de tumor aún no visible, por lo ya

señalado más arriba respecto al prolongado tiempo de seguimiento que sería necesario mantener para descartarla.

Sería deseable que todos nosotros efectuásemos biopsias múltiples de la fosa prostática durante la etapa de seguimiento para estar más seguros de la real inocuidad de la resección simultánea.

Dr. Carlos Acosta Güemes

## EL PROCEDIMIENTO MAS AVANZADO: RIGISCAN



Para evaluar las erecciones nocturnas en el estudio de las DISFUNCIONES SEXUALES.

Permite la medición SIMULTANEA y en forma ININTERRUMPIDA de la tumescencia y RIGIDEZ peneana. El análisis computado de ambas variables permite determinar con precisión la existencia de erecciones nocturnas normales (disfunción eréctil de causa psicógena o funcional) o alteradas (impotencia de causa orgánica).

El Rigiscan reduce significativamente el riesgo de falsos resultados, siendo ya un método universalmente aceptado para la rutina diagnóstica en Urología.