

**HOSPITAL GENERAL DOCENTE
“DR. OCTAVIO DE LA CONCEPCION Y DE LA PEDRAJA”
BARACOA. GUANTANAMO.**

**NEOPLASIAS VESICALES. NUESTRA
EXPERIENCIA CON EL DIAGNÓSTICO
ECOGRÁFICO EN EL PERÍODO 1988-1996.**

Dr. Miguel Pérez Ramírez¹, Dr. Ramón Pérez Ramírez².

RESUMEN

Se revisan los expedientes clínicos de los pacientes afectados de neoplasia vesical diagnosticados por ecografía transversal, durante el período comprendido desde enero de 1988 hasta diciembre de 1996. Se analizaron variables como número de neoplasias por trienio, principales síntomas, grupos etáreos, afectación según sexo, estadios tumorales, así como la corroboración diagnóstica mediante citoscopia y cirugía. Entre los principales resultados se encontró que, durante el período estudiado, fueron diagnosticados por ecografía 37 tumores vesicales, los principales síntomas fueron la hematuria macroscópica, sensación de ardor al orinar, dolor suprapúbico e hidronefrosis. El grupo etáreo con más afectados fue el de 61-70 años de edad. Predominaron los pacientes del sexo masculino, y los tumores profundos sobre los superficiales.

Palabras clave: NEOPLASMAS DE LA VEJIGA/ diagnóstico; ULTRASONOGRAFIA; NEOPLASMAS DE LA VEJIGA/ epidemiología. .

INTRODUCCION

Los tumores de vejiga son las neoplasias que ocupan el segundo lugar en frecuencia; de todos los tumores genitourinarios sólo los tumores de la próstata ocurren más frecuentemente.¹⁻⁵ En la vejiga, el ultrasonido tiene gran valor. Se pueden evaluar las extensiones extravesicales de un tumor vesical, así como valorar el grado de repercusión renal de estas entidades.

Es aconsejable el empleo de un equipo sectorial de tiempo real, estudiando a los pacientes con la vejiga en repleción y vaciamiento.

¹ *Especialista de II Grado en Imagenología. Profesor de Imagenología.*

² *Especialista de I Grado en Medicina Interna.*

En estos casos también se ha empleado un transductor que permite un estadiamiento de los tumores vesicales, que muestran en los cánceres agresivos una superficie vesical lisa, excepto en la localización de la lesión, mientras que en los tumores con invasión profunda se aprecia un engrosamiento marcado de la pared, a veces con la presencia de una masa ecolúcida, señal de una destrucción de la misma.⁶

A veces, estos tumores se localizan con preferencia en la región del triángulo, donde pueden obstruir los orificios uretrales. En la gran mayoría de los pacientes se trata de tumores epiteliales con las mismas características del epitelio urinario. Pueden ser tumores vegetantes, infiltrantes, pediculados o sésiles, o pueden tener metástasis al esqueleto, el hígado, el pulmón, los ganglios, etc.⁷

MATERIAL Y METODO

Se revisaron 37 historias clínicas de pacientes con el diagnóstico ecográfico de neoplasia vesical durante el período comprendido desde enero de 1988 hasta diciembre de 1996.

El dato primario se tomó de las historias clínicas, y se registró en una tarjeta de vaciamiento elaborada especialmente para este estudio.

Se analizaron variables tales como: afectación de las neoplasias por trienio, principales síntomas, grupos etáreos con más afectados, relación con el sexo, estadio del tumor al diagnóstico ecográfico, así como los distintos procedimientos que se tomaron con los pacientes afectados de neoplasia vesical.

El resultado de los datos se expresa en valores porcentuales, los cuales se muestran en tablas estadísticas, y se realizan comparaciones con la literatura nacional y extranjera.

RESULTADOS Y DISCUSION

En la tabla 1 se observa el comportamiento del diagnóstico de tumores vesicales por ecografía en nuestro medio, con los trienios de 1988 a 1990 y el de 1991 a 1993, con 14 pacientes (37,8%, respectivamente) como los de mayor

número de diagnósticos. En el trienio de 1994 a 1996 se diagnosticaron solamente 9 pacientes (24,4%).

TABLA 1: TUMORES DIAGNOSTICADOS POR ULTRASONIDO SEGÚN TRIENIO. PERIODO 1988-1996.

Trienio	No.	%
1988-1990	14	7,8
1991-1993	14	37,8
1994-1996	9	24,4
TOTAL	37	100,0

Los principales síntomas que presentaron los pacientes afectados por neoplasia vesical fueron: hematuria macroscópica, 25 pacientes (67,5%), sensación de ardor al orinar, polaquiuria y nicturia en 23 pacientes (62,1%), dolor suprapúbico en 20 pacientes

(54%), dolor en flanco (hidronefrosis) en 16 pacientes (43,2%) y retención urinaria (coágulo) en 15 pacientes (40,5%). Esto corrobora lo planteado por otros autores^{1,2}, que señalan estos síntomas como los principales de las neoplasias vesicales. Además, ningún síntoma fue específico, pues en un mismo paciente podía coexistir más de un síntoma (Tabla 2).

TABLA 2 PRINCIPALES SINTOMAS EN PACIENTES CON NEOPLASIAS DE VEJIGA. PERIODO 1988-1996.

Síntomas	No	%
Hematuria (macroscópica)	25	67,5
Sensación de ardor al orinar, polaquiuria y nicturia	23	62,1
Dolor suprapúbico	20	54,0
Dolor en flanco (hidronefrosis)	16	43,2
Retención urinaria (coágulo)	15	40,5

En la tabla 3 se observan los principales grupos etáreos con más afectados, con el de 61-70 años con 10 pacientes como el de mayor número, seguido por el de 51-60 años y 71-80 años, con 8 pacientes, respectivamente; coinciden estos resultados con los de otros autores.⁸⁻¹⁰

TABLA 3 GRUPOS DE EDADES.

Edad (Años)	No.	%
40-50	4	10,8
51-60	5	21,6
61-70	10	27,1
71-80	8	21,6
+80	7	18,9
TOTAL	37	100,0

Los hombres fueron más afectados por neoplasia vesical, con 25 pacientes (67,5%), y entre las mujeres hubo 12 pacientes (32,5%), lo que coincide con la mayoría de los autores^{1,2,6,7}, que plantean que los hombres son los más afectados hasta el 75% (Tabla 4).

TABLA 4. DISTRIBUCION POR SEXO

Sexo	No.	%
Masculino	25	67,5
Femenino	12	32,5
TOTAL	37	100,0

La tabla 5 recoge la clasificación ecográfica TNM propuesta por la Unión Internacional contra el Cáncer.

En los estadios superficiales T1-T2, fueron clasificados 18 pacientes (48,6%), y como profundos T3-T4, 19 pacientes (51,4%). Segura Cabral¹¹ plantea que las características sonográficas del estadio T1 son: perfecta delimitación del tumor, estructura papilar y exofítica, base de implantación pequeña. Debe mostrarse la integridad de la estructura parietal.

Estadio T2: Invasión de la muscular superficial. Suele ser exofítica y papilar. La ecografía parietal es normal excepto a nivel de la base, en la que se

interrumpe el borde interno. La diferenciación ultrasónica entre el estadio T1 y T2, no es siempre posible.

TABLA 5. CLASIFICACION POR CATEGORIAS SONOGRAFICAS (TNM)

Estadio	No	%
Superficial (T1-T2)	18	48,6
Profundo (T3-T4)	19	51,4
TOTAL	37	100,0

Estadio III: Invasión de la muscular profunda, grasa

perivesical. Rigidez de la pared e irregularidad.

Estadio IV: Muestra características sonográficas muy parecidas a las del estadio T3. Invasión de la próstata o de las vesículas seminales.

Respecto a los procedimientos utilizados en los pacientes afectados de neoplasia vesical, a 37 se les realizó ecografía transabdominal, se corroboró con citoscopia, la cual demostró la efectividad del diagnóstico de la ecografía y 20 pacientes fueron operados. No fueron intervenidos 17 pacientes por el grado avanzado de la tumoración, edad avanzada, negativa de los familiares y miedo a la operación, entre las principales causas (Tabla 6).

TABLA 6. CORROBORACION ECOGRAFICA-CITOSCOPICA- QUIRURGICA DE LAS NEOPLASIAS DE VEJIGA.

Procederes	No	%
Ultrasonidos	37	100,0
Citoscopia	37	100,0
Operados	20	54,1

CONCLUSIONES

Concluimos nuestro trabajo señalando que la ecografía transabdominal es un excelente medio diagnóstico para las neoplasias vesicales, las que son

más frecuentes en los hombres, con más de 50 años de edad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. R. Smith D. Urología General. 10ma. De. Ciudad de la Habana. Editorial Científico Técnica. 1980:263-268.
2. Bonadonna G, Robustell de la Cuna, G. Manual de Oncología Médica. Tomo I. Ciudad de la Habana. Editorial Científico Técnica. 1985:84-85.
3. Rivera G.P, Pastora P, Garena M, Hinostroza FJ. Dos aportes a la cirugía del cáncer urológico. Citoprostatectomía radical en tumores vesicales de células transicionales. Rev Med Sur 1989; 14(11):151-
4. Albuquerque J, Pérez E. A case of leiomyoma. J Bras Urol 1985:153-5.
5. Durán Peña A, Benítez Montero M, Villalvajo Pérez JL, Carrera García, G. Revisión de 21 casos de carcinoma vesical y 3 casos de carcinoma de la pelvis renal. Bol Mex Urol 1990; 7(3):143-9.
6. Valls Pérez O, Parrilla Delgado M. Atlas de Ultrasonido diagnóstico. Ciudad de la Habana. Editorial Científico Técnica. 1982:31.
7. Valls Pérez O. Radiología de vías urinarias, ginecología y obstetricia. Ciudad de la Habana. Editorial Científico Técnica. 1983: 377-378.
8. Sagué Larrea J, Gómez Sampera A, Martínez Fuentes R, Carballosa Rodríguez U. Neoplasia vesical, morbimortalidad por tratamiento quirúrgico. Rev Cub Cir 1988; 27(6):85-92.
9. Mora Kumboz E, Minuta T. Pesquisa y diagnóstico precoz de los tumores genitourinarios. Acta Oncol Ven 1988; 21(4):41-4.
10. Velon O, Torres D, Odesser H, Ginglio M. La biopsia percutánea en las lesiones genitourinarias. Rev Arg Radiol 1991; 55(2):101-7.
11. Segura Cabral J.M. Ultrasonografía abdominal. Ciudad de la Habana. Editorial Científico Técnica 1984:175-189.