



TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES DA BEXIGA (*)

JOÃO B. VIANA (**)

O presente trabalho é baseado no estudo de 26 casos de tumores vesicais vistos por nós no Instituto Nacional de Câncer, no Serviço da Caixa dos Ferroviários da Central e em nossa clínica particular. Constitue um número de casos demasiadamente pequeno, não se tendo por isso a pretensão de com eles chegar a conclusões definitivas quanto ao tratamento dos tumores vesicais.

Este estudo tem talvez como único mérito o fato de terem sido todos os casos examinados, operados e seguidos pelo mesmo cirurgião, havendo assim uma certa uniformidade na apreciação dos mesmos.

O quadro 1 apresenta o resumo de cada um deles.

Como vemos dos 26 pacientes, 16 eram portadores de tumores malignos do tipo carcinomatoso; 1 apresentava papiloma em cancerização; 3, papilomas com áreas suspeitas de cancerização; 5, papilomas sem alteração maligna e um era um leio-mio sarcoma.

(*) Trabalho apresentado ao VI Congresso Internacional de Câncer realizado em São Paulo, Brasil em 1954.

Este trabalho será publicado de comum acôrdo em inglês, na Revista Acta (órgão oficial do Congresso).

(**) Chefe da Secção de Urologia do Instituto de Câncer — Serviço Nacional de Câncer — Rio de Janeiro — Brasil.

O quadro II revela a distribuição dos tumores segundo as diferentes variedades histológicas.

Dois dos papilomas eram tumores recidivados em que biópsias anteriores haviam revelado áreas suspeitas de transformação maligna. Contrariamente, um dos carcinomas havia revelado papiloma em biópsia anteriormente feita. Isto vem de certo modo confirmar a potencialidade de malignidade dos papilomas vesicais ou pelo menos a dificuldade muitas vezes existente de diferenciar um tumor vesical benigno de outro maligno.

Três dos nossos casos de papiloma apresentavam tumores únicos de 2 a 6 cm de diâmetro, implantados no assoalho vesical por largo pedículo. Num deles o pedículo foi seccionado à bisturi elétrico e a base de implantação eletrocoagulada. Nos outros dois foi necessário proceder-se a cistectomia parcial.

Os dois restantes eram de lesões muito extensas: Um (caso XVIII) apresentava verdadeira papilomatose e os tumores se estendiam por quase toda a bexiga, causando obstrução de ambos os ureteres com conseqüente hidronefrose. No outro (caso VII) extensas formações em "couve-flor" implantavam-se no colo vesical. Ambos os doentes achavam-se grandemente ane-

miados pela constante e intensa hematúria, notadamente o caso VII cujas condições eram precaríssimas, apresentando o paciente 1 890 000 hemátias por mm³.

O doente do caso XVIII já havia sido operado 4 vezes, tendo numa das ocasiões o exame histológico (feito em outro hospital) revelado carcinoma papilífero. Devido a extensão das lesões, caráter de recidivas freqüentes e intensa expoliação sanguínea que as mesmas provocavam, procedemos a cistectomia total, conservando a próstata e as vesículas, e implantando os ureteres numa bexiga artificial segundo o método de Bricker. Este paciente está operado há 1 ano e acha-se em boas condições.

O caso VII devido as suas péssimas condições gerais que não melhoravam, nem com as repetidas transfusões de sangue feitas, foi submetido à próstato-vesico-cistectomia total com ureterostomia cutânea em 3 tempos operatórios. No 1.º tempo operatório foi efetuada a ligadura da veia ilíaca externa devido a extensa tromboflebite, aproveitando-se a via de acesso para se ligar a artéria hipogástrica direita e assim diminuir um pouco a hematúria, o que foi conseguido. No 2.º tempo ligamos a artéria hipogástrica esquerda e procedemos a ureterostomia cutânea deste lado. Somente assim, com as gradativas melhoras do estado geral do paciente, obtidas pela diminuição de hematúria, pudemos num 3.º tempo praticar a próstato-vesico-cistectomia total e ureterostomia cutânea direita. A bexiga fig. 5 apresentava volumosas massas tumorosas em "couve-flor" implantadas no colo e estava repleta de coágulos sangüíneos.

Atualmente este paciente está em 3 meses de operado e em satisfatórias condições.

Dos 3 casos de papiloma com áreas suspeitas de transformação maligna, um (caso VI) foi submetido a cistectomia total com ureterostomia cutânea devido à extensão da lesão e mediócras condições gerais. Esta paciente teve uma sobrevida de 32 meses, vindo a falecer depois com metástases viscerais pélvicas, o que veio mostrar tratar-se em verdade de um carcinoma.

Os outros 2 casos foram tratados muito recentemente e apresentavam tumores de pequeno volume (1 cm): Um foi tratado por eletrocoagulação endoscópica por duas vezes e o outro por eletrocoagulação a céu aberto.

O paciente portador de papiloma em cancerização apresentava lesões muito extensas, abrangendo grande parte da bexiga. Ele sofreu próstato-vesico-cistectomia total com exérese de gânglios pélvicos e ureterosigmoidostomia bi-lateral. Este paciente faleceu 25 dias após a operação por pelvi-celulite ocasionada por infiltração urinária devido a vazamento de uma das anastomoses uretero-sigmoidianas do lado esquerdo (ureter duplo).

O paciente portador de leiomioma da bexiga faleceu cerca de 4 meses após a eletrocoagulação do tumor vesical e ureterostomia cutânea feitos a título paliativo.

Os casos de carcinoma foram em número de 14 e eram quase todos constituídos por lesões muito extensas (exceção feita ao caso V), compreendendo grande parte do assoalho vesical, ou este e uma das paredes laterais ou quase todo o órgão (caso XIII).

Dois casos foram submetidos a cistectomia parcial, sendo que um (caso 1) apresentava um tumor sésil de 4 1/2 cm de diâmetro, fig. 1, ocupando a parede lateral direita da bexiga, próximo ao assoalho. Após a operação sofreu roentgenterapia, tendo tomado 4 000 r. (dose tumor). Esta paciente está viva há mais de 6 anos e não representa sinal algum de atividade blastomatosa.

O segundo caso (caso II) apresentava massa tumoral não pediculada no trígono, junto ao meato ureteral direito e medindo cerca de 3 cm de diâmetro. Foi praticada cistectomia parcial com ré-implantação do ureter direito na cúpula vesical assim como exérese de gânglios linfáticos pélvicos do lado direito usando-se a via extra-peritoneal. Este paciente está vivo há 3 anos e 7 meses não apresentando sinais de recidiva.

Os outros 12 casos de carcinoma foram submetidos a cistectomia total com retirada concomitante da próstata e vesículas seminais (no homem), exérese de gânglios linfáticos pélvicos e implantação dos ureteres ora na pele (1 caso), ora na sigmóide (8 casos) ora em bexiga artificial (3 casos).

A ureterostomia cutânea foi efetuada na nossa primeira cistectomia total (caso V). Trata-se de uma lesão inicial de cerca de 2 cm de diâmetro, junto ao meato uretral direito. A paciente passou a viver com relativo conforto após a operação, a ponto de se locomover bem e fazer seu trabalho doméstico. Os ureteres drenavam por meio de sondas Nelaton n.º 12 para dentro de dois vidros que a paciente trazia presos a uma cinta. Teve uma sobrevida de 23 meses falecendo em

conseqüência à insuficiência renal. A autópsia revelou destruição de ambos os rins (hidronefrose) notadamente o do lado direito. Não havia sinais de câncer em evolução.

Nas outras 8 cistectomias totais em que foi efetuada a ureterosigmoidostomia, o posoperatório foi quase sempre complicado por ileus parolíticos durante alguns dias, sendo que nos casos em que a anastomose ureteral foi feita em 2 tempos, o ileus em geral só surgia após a implantação do segundo ureter.

De início praticamos a cistectomia total em 2 tempos, efetuando a ligadura da artéria hipogástrica direita, exérese de gânglios linfáticos pélvicos deste lado e a implantação do ureter direito na porção mais baixa da sigmóide. No segundo tempo (2 semanas, em média, após) efetuávamos a ligadura da artéria hipogástrica esquerda, exérese dos gânglios linfáticos pélvicos deste lado, a uretero-sigmoidostomia esquerda e a cistectomia total. Usávamos, então, para os dois tempos operatórios a via de acesso extra-peritoneal através a incisão de Cherney.

Com o correr do tempo e maior prática na execução da operação passamos a operar os pacientes num só tempo, primeiramente usando a via extra-peritoneal e depois a intra-peritoneal. Os doentes em más condições gerais que não respondessem satisfatoriamente ao tratamento pré-operatório continuaram a ser operados em mais de um tempo operatório (caso VII).

A hidronefrose ocorreu sempre após a uretero-sigmoidostomia, devendo-se, porém, levar em conta que nos

nossos casos os ureteres já apresentavam quase sempre alguma dilatação antes da cistectomia. Esta hidronefrose tendia frequentemente a regredir um pouco após o 3.^o mês da operação.

Não chegamos a uma conclusão quanto às vantagens da técnica da anastomose mucosa com mucosa de Cordonnier sobre a de Coffey. Com ambas tivemos umas poucas vezes vazamento de urina pela anastomose durante alguns dias, sendo que numa das vezes (caso XIII) isto acarretou a morte do paciente por pelvi-celulite.

A maior sobrevida foi de 6 meses, falecendo o paciente com metástases generalizadas. Um paciente faleceu 4 meses após a operação por insuficiência renal; outro faleceu no 9.^o dia por complicações pulmonares *posoperatórias*; um terceiro faleceu no 25.^o dia com pelvi-celulite e os restantes por metástases pélvicas.

Os 3 doentes portadores de carcinoma vesical em que confeccionamos uma bexiga artificial com uma alça terminal do intestino delgado tiveram um *posoperatório* imediato mais suave do que aquêles em que se praticou a uretero-sigmóidostomia, notadamente no que concerne aos fenômenos de ileus parolíticos.

Não faremos aqui considerações sobre a modificação do quimismo sanguíneo decorrente da derivação da urina.

Dêstes 3 doentes, portadores de carcinoma, em que confeccionamos uma bexiga artificial, um (caso XVII) faleceu com metástases viscerais pélvicas 8 meses após a operação em que o efeito paliativo desta foi apreciável; outro

(caso XX) faleceu no 3.^o mês por oclusão de alças delgadas (constatado por ato cirúrgico), provocada por extensas metástases pélvicas que se estendem pelo mesentério. O 3.^o paciente faleceu com metástases ósseas um ano após a cistectomia.

Como já dissemos anteriormente o nosso número de casos é por demais pequeno para pretendemos chegar a conclusões definitivas quanto ao melhor tratamento dos tumores vesicais.

A maior parte dos tumores malignos era de casos já muito adiantados e portanto de poucas possibilidades de cura.

Infelizmente não foi feito um exame sistemático das peças operatórias no que concerne à profundidade de penetração do tumor na parede vesical assim como cortes seriados dos gânglios linfáticos pélvicos. Todavia nosso patologista, Prof. Francisco Fialho, revendo recentemente algumas das lâminas pôde verificar que em 5 casos o tumor já havia invadido a camada muscular da bexiga; a próstata em outro; a serosa em mais outro e finalmente em um, o tumor não havia ultrapassado a mucosa. Em 3 dos casos em que havia comprometimento de camada muscular, puderam ser observados a presença de êmbolos metastáticos em linfáticos e vasos sanguíneos da parede vesical.

Dos 8 casos em que os gânglios linfáticos foram examinados, em 3 foram encontrados metástases.

Analisando agora os nossos resultados podemos fazer as seguintes considerações:

1.^o — A cistectomia total não nos trouxe os resultados que dela esperá-

vamos, exceto em dois casos que foi de apreciável efeito paliativo.

Possivelmente em casos menos adiantados tais como no caso V pudesse dar melhores resultados se associada a confecção de uma bexiga artificial. Todavia não deixa de ser um tratamento dispendioso, acarretando uma hospitalização de pelo menos um mês.

2.^o — Em relação aos dois casos de papilomatose a cistectomia total até agora deu muito bom resultado.

3.^o — A cistectomia parcial, nos dois casos em que foi exequível deu ótimos resultados.

4.^o — A eletrocoagulação quer por via endoscópica quer a céu aberto serviu somente como tratamento de papilomas. Quando praticada nos tumores malignos não trouxe nem efeito paliativo a não ser no caso de leiomiosarcoma.

SUMÁRIO

O autor estuda 26 casos de tumores vesicais por êle operados de setembro de 1947 a março de 1954.

Dezesseis eram carcinomas principalmente do tipo transicional; um, papiloma em cancerização; três, papilomas com áreas suspeitas de cancerização, cinco papilomas simples e um, leiomiosarcoma.

A maior parte dos carcinomas apresentava lesões extensas.

Foram praticadas 16 cistectomias totais com exérese de gânglios linfáticos pélvicos, ora com implantação dos ureteres na pele (3 casos) ora na sig-

móide (9 casos), ora em bexiga artificial (4 casos). Dois casos eram de doentes com extensa papilomatose.

Dos casos malignos todos vieram a falecer, quer por insuficiência renal, (2), quer por metástases, tendo sido a maior sobrevida de 32 meses.

A cistectomia parcial foi praticada em 4 doentes, sendo que 2 por câncer. Um destes, (carcinoma transicional) apresentava lesão de 4 1/2 cm. de diâmetro e o paciente está vivo há 6 anos, sem sinais da doença.

A cistostomia com eletro-coagulação do tumor foi efetuada 5 vezes, sendo que 3 vezes em casos adiantados, de câncer como tratamento paliativo. A maior sobrevida foi de 4 meses.

A eletrocoagulação endoscópica foi feita em um caso de pequeno papiloma com áreas suspeitas de transformação maligna. Houve recidiva 2 meses depois.

O número de casos é muito pequeno para se poder chegar a conclusões definitivas quanto ao tratamento, todavia, verifica-se que os melhores resultados foram obtidos nos doentes em que se conseguiu praticar a cistectomia parcial.

A cistectomia total com exérese de gânglios linfáticos pélvicos acarretou regular morbidade durante o pós-operatório e os resultados finais não foram compensadores nos tumores malignos, a não ser em 3 casos em que houve bom efeito paliativo.

A cistostomia com eletro-coagulação do tumor não serviu nem como paliativo.



Fig. 1 — Caso I — Carcinoma do tipo transicional. Cistectomia parcial.

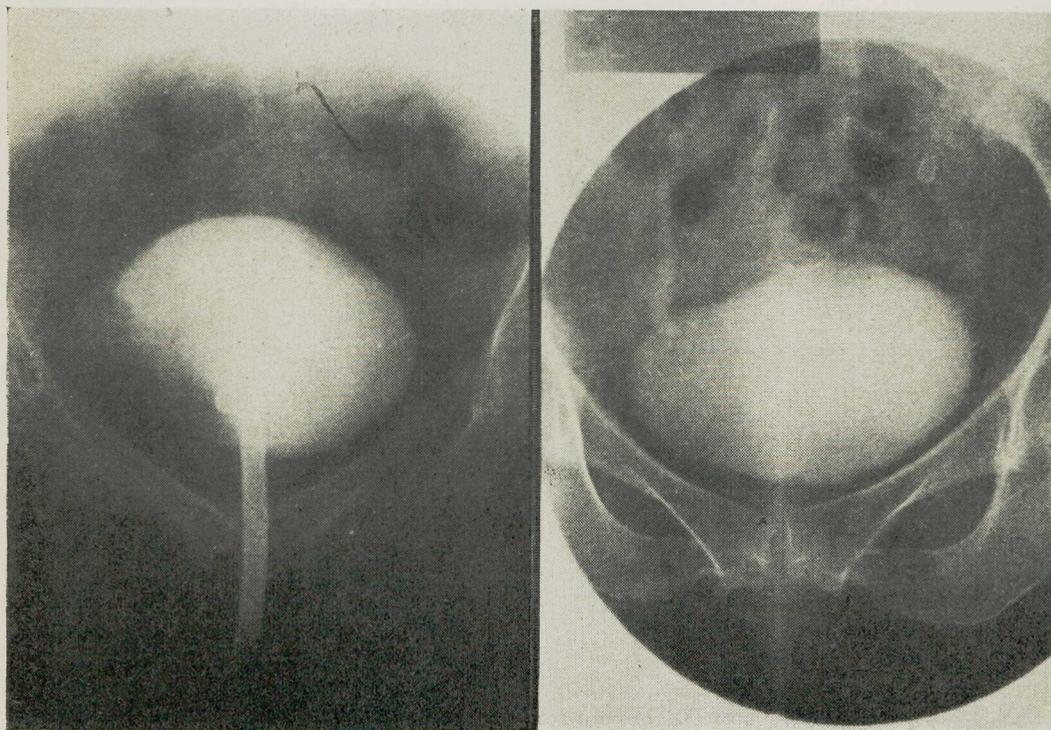


Fig. 2 — Caso I — a) Cistografia antes da cistectomia parcial. b) Aspecto da bexiga revelado por recente urografia.

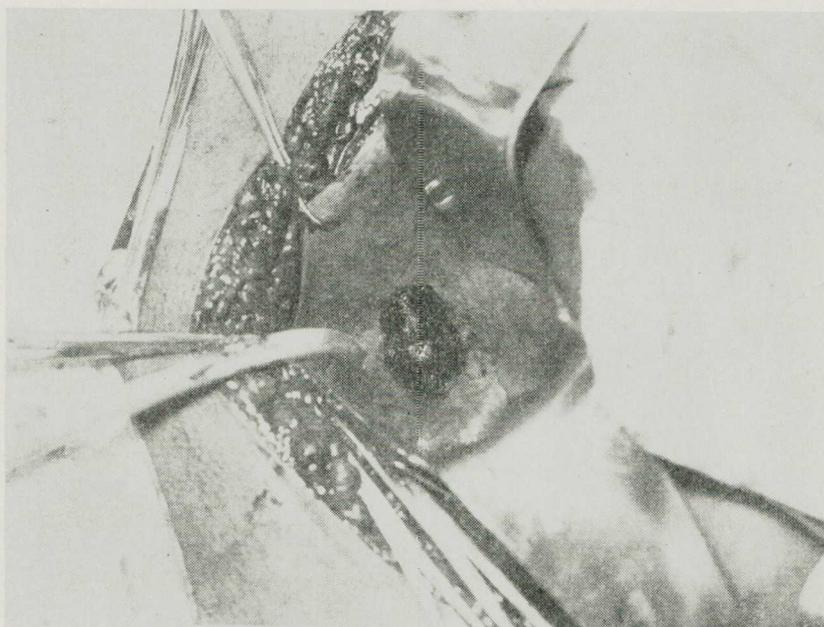


Fig. 3 — Caso II — Carcinoma do tipo transicional, localizado no trígono (exposição da cavidade vesical durante a operação.)

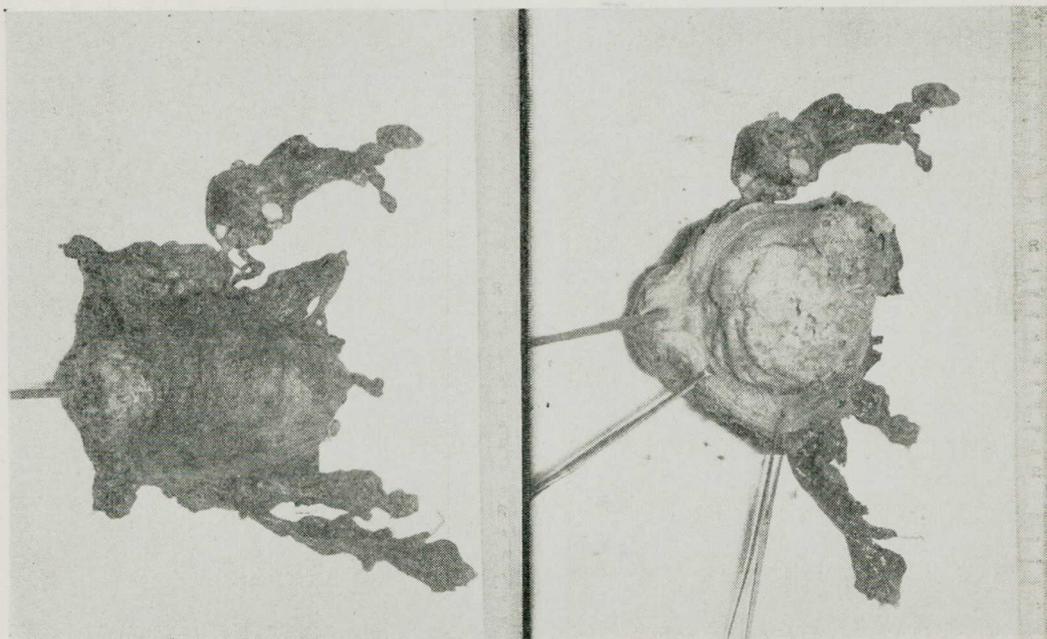


Fig. 4 — Caso XX — a) Bexiga aberta mostrando extenso tumor. b) Bexiga, próstata, vesículas seminais e gânglios linfáticos pélvicos retirados "em bloco" "durante operação" radical".



Fig. 5 — Caso VII — Bexiga aberta mostrando extensa massa papilomatosa. À direita observam-se os volumosos coágulos sanguíneos retirados da cavidade vesical.



Fig. 6 — Caso XVII — Cistografia feita após a operação, mostrando bexiga artificial. Nota-se refluxo ureteral esquerdo, mostrando o ureter, bacinete e cálices deste lado.

QUADRO II

a) Papilomas	5
b) Papilomas com áreas suspeitas de transformação maligna	3
c) Papilomas com transformação maligna	1
d) Carcinomas:	
tipo indeterminado	2
tipo transicional, grau I	2
tipo transicional, grau III	3
tipo epidermóide, grau I	1
tipo epidermóide, grau II	1
tipo epidermóide, grau III	2
tipo anaplásico, grau IV	5
e) Leio-mio-sarcoma	1

