

LAS EMINENCIAS EN CISTOSCOPIA

Al cistoscopio las eminencias se presentan bajo dos aspectos: libres, independientes de la pared vesical, son los cálculos y cuerpos extraños; los otros tienen inserciones a la vejiga, son los tumores benignos y malignos.

En una vejiga sana, la forma ovoide, redonda y otra, de contornos claros, la coloración y la eminencia del cálculo son caracteres evidentes; la sombra proyectada sobre la pared vesical demuestra la eminencia. Los cálculos son movibles y se sitúan por su pesadez en los fondos vesicales.

Los cálculos úricos son planos u ovalares, de superficie regular o mamelonada. color moreno amarillo o rojizo.

Los oxálicos son moreno oscuro tirando al negro, de superficie muy irregular con asperezas filudas.

Los fosfáticos reconocibles por su coloración blanca, grisácea o amarillenta, superficie muy regular, raramente irregular y granuda.

El diagnóstico es fácil en general pero a veces es dudoso. Los coágulos, restos purulentos por la coloración, su eminencia y su movilidad dan a veces la impresión de masa calcárea, sin embargo son filamentosas, más irregulares que el cálculo y poco salientes; además el lavado vesical expulsa esos motivos de error de donde el principio de no hacer una cistoscopia sino en vejiga limpia. A veces los coágulos o el pus se incrustan en

el cálculo y son entonces los caracteres enumerados propios de los cálculos quienes resuelven la duda.

Los cálculos grasosos, de aceite gomenolado cuando se han practicado repetidas instilaciones de esta substancia, se encuentran en el vértice de la vejiga, cerca de la burbuja de aire; su débil densidad les permite flotar sobre el líquido vesical; son de aspecto ciroso y de color blanco amarillento o verdoso.

Las eminencias adheridas a la pared vesical son: cálculos diverticulares en castillados, tumores vesicales benignos, pólipos, y malignos, epitelomas. Estos por la hematuria que causan son algo difíciles de ver pero haciendo lavados previos con soluciones calientes de Antipirina al 10 % o Adrenalina al 1 % se consigue contener siquiera momentáneamente aquélla para el examen, pero si aun así es imposible se acude a la inyección de Cloruro de Calcio endovenosa; a la aplicación de radio por la uretra en la vejiga o bien al cistoscopio de doble corriente continua.

La investigación cistoscópica endovesical ha de ser minuciosa, no debe dejarse ninguna región sin explorar por temor de pasar inadvertido su pequeño papiloma; notar el modo de implantación, la forma, color y volumen del tumor. En general los tumores pediculados son benignos y los sésiles malignos.

Tumores pediculares: visibles casi siempre, invisible el pedículo

cuando el tumor es muy grande y lo cubre. La sombra sobre la pared vesical indica el carácter pediculado del tumor, son los papilomas en vía de degeneración.

Los puros tienen una configuración variable pero característica: superficie muy irregular con millares de franjas vellosas que flotan en el medio vesical, son los tumores vellosos; son los más frecuentes y característicos; superficie muy irregular con relieves en cuadrados de surcos y agujeros que dan un aspecto esponjoso o de coliflor, son los tumores espongiiformes; bien afectan formas parecidas a un tipo u otro; el color es rosa coral o rojo bermejo, cambiando por la inflamación o la necrosis en diversos colores.

Los papilos en degeneración epiteliomatosa no siempre puede ser apreciada por la cistoscopia: en muchos casos sólo la biopsia será capaz de tal cosa. Sin embargo el tumor parece más denso, las franjas desaparecen dejando abolladuras, fenómeno este el más interesante. A veces la cancerización se evidencia por el aspecto vecino a las masas sensibles malignas,

A excepción de los miomas y adenomyomas los tumores sensibles son todos malignos. De morfología muy variable, super-

ficie irregular, partes lisas y partes prominentes, de color rojo, rosado o amarillo y blanquecino, a veces plateado; con frecuencia coágulos prendidos al tumor. El contorno de la masa está circunscrito por un edema característico de malignidad. Cuando el tumor es infiltrado el diagnóstico se hace por el aspecto cerebriiforme de la imagen cistoscópica semejante a la de la cistitis aguda donde la mucosa inflamada no puede desplegarse. Sólo la evolución y el tacto vesical mostrando una invasión perivesical demuestran la naturaleza cancerosa.

El cancroide vesical se presenta como el de la cara, bordes cortados, salientes y evertidos; fondo velludo o botonoso color rojo grana; en la periferia la mucosa vesical es de aspecto normal. También los tumores benignos pueden ulcerarse por una infección pero en general es accidente exclusivo de los malignos. A veces el diagnóstico es tan difícil que sólo una biopsia es capaz de resolverlo.

Precipitaciones de exudados y de sales calcáreas sobre los tumores son accidentes que modifican la morfología de los mismos: se ve una eminencia irregular, blanca, confundible con una placa de cistitis incrustada, pero ésta es menos prominente

y se acompaña de otras diseminadas en tanto que el cáncer solo presenta una. Bien el tumor prominente está incrustado y recubierto por depósitos purulentos y entonces la imagen cistoscópica es semejante a la de un cálculo cubierto por falsas membranas y coágulos pero a veces el tumor conserva en un punto Caracteres propios que facilitan el diagnóstico amén de la presencia de la masa en sitio paradójal como el vértice o las caras laterales. La concreción calcárea se diferencia por la movilidad y el sonido especial producido con el explorador metálico.

Las eminencias localizadas en los orificios ureterales son los pólipos del uréter herniados a través del meato uretral reconocibles por la superficie frangida; los prolapsos de la extremidad inferior del uréter que se ven en forma de masa prominente en el sitio de un orificio uretral, alargada en cilindro, cono o cuadrilátero sin pasar de dos centímetros de longitud; color uniforme de frambuesa marcado sobre el tinte más pálido de la mucosa vesical; superficie lisa no surcada de vasos y umbilicada en su extremo, donde se puede ver un pequeño orificio que representa el meato del uréter; el conjunto da el aspecto de eminencia compacta sin ninguna transparencia; presenta movimientos de va y ven isócronos con las contracciones del uréter; si con una sonda se empuja el vértice de la eminencia el tumor se reduce y desaparece.

A pesar de los caracteres anteriores del prolapso de la extremidad inferior del uréter puede confundirse con la dilatación quística de la misma extremidad inferior cuyo aspecto es el de una eminencia redonda, lisa y brillante, de color bien parecida a la mucosa vesical sana con su red de vasos, cubriendo la masa quística; es transparente, posee movimientos de expansión y retracción; la presión de la masa produce depresión pero no reducción.

La prominencia de la zona ureteral por un cálculo intramural del uréter produce una deformación confundible con la dilatación quística; la coloración es idéntica a la mucosa vesical pero no es transparente; en su vértice se encuentra el orificio uretral rodeado de vesículas de edema; no presenta ningún movimiento. La radiografía muestra el cálculo del uréter.

También en el trígono se observan eminencias como la barra interuretral que no es sino la hipertrofia del trígono al nivel del rodete interuretral capaz de producir fenómenos de prostatismo; al cistoscopia se ve al nivel del triángulo de Lietaud una eminencia anormal del mismo color de la mucosa vesical vecina que se extiende transversalmente hacia los dos orificios ureterales situados en su porción externa; separa la vejiga en dos y limita un fondo más o menos pronunciado, aspecto inconfundible.