

LINFOSARCOMA DE LA VEJIGA

Por el Dr. OSCAR CARREÑO

El linfosarcoma primitivo desarrollado en la vejiga urinaria, es una rara localización de este tipo de tumor. Así parecería demostrarlo el limitado número de los casos relatados.

Hasta el año 1953 suman doce. El nuestro sería el treceavo en la literatura mundial —el primero publicado en nuestro país—. Estas cifras justifican nuestra presentación, que enriquece la casuística.

Quizá el número sea mayor que lo que reflejan las cifras estadísticas, pues posiblemente entre muchos de los tumores que se electrocoagulan endoscópicamente sin control anatomopatológico, algunos pueden ser de este tipo.

En la serie de Crane-Temblay publicada en el año 1943 sobre 74 tumores sarcomatosos de vejiga estudiados, se encuentran 3 casos de linfosarcomas. Los restantes eran 46 Fibrosarcomas; 15 Leiomiomas; 8 Rabdomiosarcomas; 1 Plasmacitoma; 1 Embrioma.

Nuestro caso se trata de un hombre J. R. argentino, de 58 años, casado, jornalero, domiciliado en la localidad de Remedios de Escalada, que ocupaba la cama 28 de la Sala de Urología del Hospital Rawson, donde había ingresado el 27 de julio de 1955. Su enfermedad actual comienza más de cuatro meses antes de su ingreso con aumento en la frecuencia de las micciones. En los primeros días del mes de julio tiene una hematuria que repite al día siguiente. Consulta un facultativo (Dr. Sánchez Sañudo) quien le efectúa un examen radiográfico y lo interna en el Servicio para completar su estudio.

Estado actual: Paciente en excelente estado general. El estudio clínico muestra la normalidad de sus distintos sistemas.

El Laboratorio solo encuentra pus sin gérmenes en la orina. El examen de sangre normal.

Aparato urinario: Micción aumentada de frecuencia, de noche crina cinco y seis veces, con ardores y dolor terminal.

Estudio radiográfico: "El informe dice en la placa directa, imagen pequeña redondeada en el lado derecho de la pelvis ósea. Los pielogramas fueron tomados a los 5, 15-30 minutos de la inyección de Perabrodil, presentan eliminación bilateral, cálices, pelvis renales pequeñas y separadas, trayecto de uréteres con buen calibre y posición, buen globo vesical".

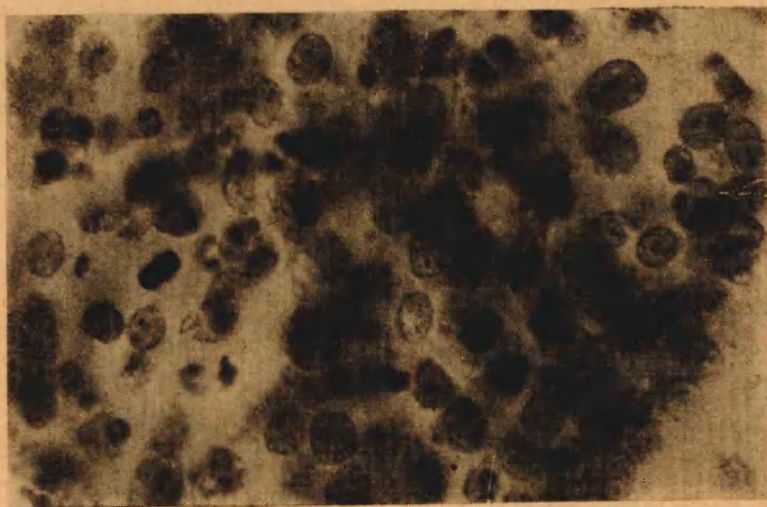
El examen endoscópico muestra una mucosa vesical congestiva. En la vecindad del cuello, en el segmento que correspondería entre la una y dos de la esfera del reloj, se visualiza una masa proliferante, sesil y con su mucosa cubierta de fibrina. Con el diagnóstico presuntivo de un tumor, se le efectúa tratamiento con antibióticos y lavajes con solución diluida de nitrato de plata, para descartar la parte inflamatoria sobre agregada, que pudiera existir. Al cabo de dos semanas las orinas son algo más limpias, sin conseguir darle un mayor "comfort" vesical.

Se resuelve efectuar una biopsia por la vía endoscópica cuyo informe debemos a la gentileza del Dr. David Hojman y que dice: "El fragmento se halla constituido por tejido conjuntivo infiltrado por acúmulos compuestos por neutrófilos, eosinófilos — plasmacélulas de distribución pericapilar. La superficie cruenta se halla cubierta por material fibronecrótico. Esta circunstancia impide reconocer carácter neoplásico a los elementos en necrobiosis que lo componen".

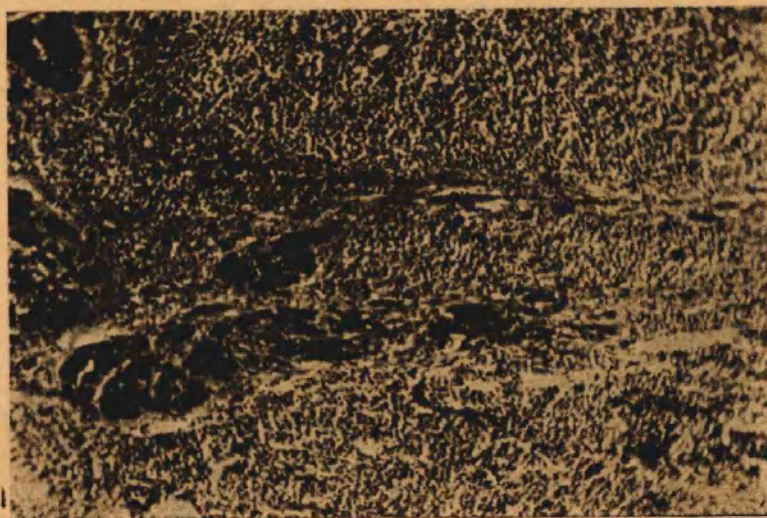
La evolución del proceso que se hace más doloroso y un nuevo examen endoscópico que nos reafirma el diagnóstico de tumor nos decide a intervenirlo.

Anestesia peridural. Cirujano Dr. Carreño, ayudantes Dres. L. Sánchez Sañudo. - A. Carril.

Incisión mediana infraumbilical. Se reclina grasa y fascia prevesicales que no aparecen



Microfotografía N° 1. — Nucleoplasmática de Río Horteza, 1330 x.



Microfotografía N° 2. - Infiltración de la capa muscular. Hematoxilina eosina, 133 x.

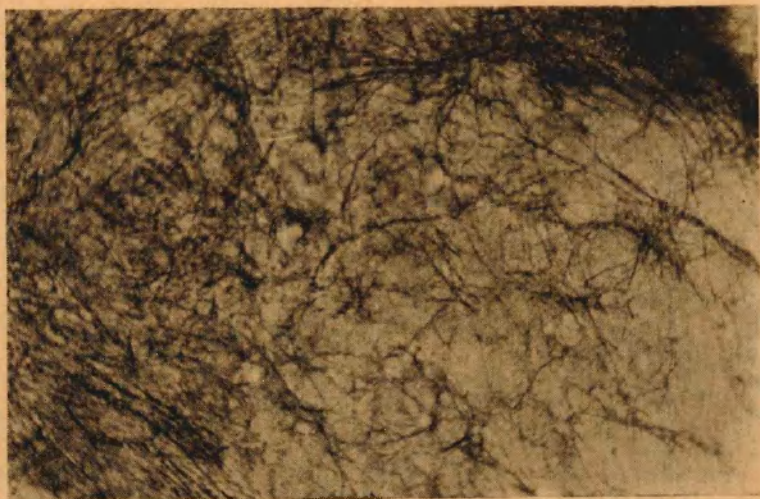
infiltradas. Se abre vejiga comprobándose en la parte superolateral izquierda de la vejiga muy próxima al cuello, una masa neoformativa que engruesa la pared vesical y con la cara mucosa ulcerada, cubierta de sustancia fibrino-necrótica. Se reseca el fragmento con un segmento de pared macroscópicamente sana. Se sutura la brecha operatoria dejando una cistostomía temporaria.

El post operatorio transcurre sin inconvenientes salvo frecuentes contracciones vesicales en los 3 primeros días, que luego desaparecen.

Al cabo de dos semanas se coloca sonda por uretra, cerrando bien la vejiga. A los 6 días se retira la sonda uretral, orinando bien con moderados ardores.



Microfotografía N° 3. — Trama reticulínica en la "submucosa" vesical. Reticulina-colágena de del Río Hortega, 133 x.



Microfotografía N° 4. — Reticulina en la región superficial del blastoma. - Río Hortega, 13 x.

Técnicas: cortes por congelación para técnicas argénticas según Río Hortega. Inclusión en parafina. Material: fragmento de vejiga urinaria.

Descripción macroscópica. — Fragmento de pared vesical que mide 45 x 30 mm, sumamente engrosado, midiendo hasta 25 mm de espesor. La submucosa presenta una infiltración homogénea, de color blanquecino grisáceo y consistencia blanda. La capa muscular y la subserosa o adventicia son macroscópicamente normales.

Descripción microscópica. — Revestimiento epitelial totalmente desaparecido. El corion de la mucosa se halla infiltrado masivamente por un apretado conglomerado celular monomorfo. Está constituido por células redondas, pequeñas o medianas (10 a 20 micrones), provistas de un núcleo vesiculoso con cromatina microgranular, raramente nucleolado. Anisonucleosis franca. Existen formas de transición de estos elementos a células de aspecto linfoblástico y linfocítico. No existe un estroma de sostén claramente diferenciable, exceptuando la moderada trama reticulí-nica, cuyas mallas incompletas separan acúmulos celulares más o menos grandes. Este proceso progresa por infiltración hacia el interior de la capa muscular, cuyos elementos disocia. En zonas de la llamada capa submucosa, no invadidas por el proceso, se encuentran densos acúmulos de linfocitos maduros, y folículos linfoides perfectamente constituídos, con un centro claro reaccional activo. Estos hallazgos permiten suponer la preexistencia de un proceso inflamatorio crónico del tipo de la cistitis folicular, como base posible para el desarrollo del proceso blastomoso descrito.

Diagnóstico. — Linfosarcoma de vejiga urinaria.

Medula ósea. — Presenta los elementos de la eritropoyesis y de la mieloyesis típico en



Microfotografía N° 5. — Folículos linfoides en la profundidad de la túnica propia vesical. - Nucleoplasmática de Río Hortega, 133 x.

morfología y la maduración. No hay aumento proporcional del número de los linfocitos. Proporción normal de la proporción eritro-mielopoyética. No hay células atípicas.

Sangre periférica: Hematíes 4.300.000 por m-ml.; Leucocitos 12.900 por m-ml. Hemoglobina 12.8 g. (en v. 80 %); Índice globular 0.92.

Leucograma: basiocitos 0, 0 %, 0 m-ml.; eosinocitos 5.75, 5,75 %; 741.75 m-ml.

Neutrocitos: Mielocitos 0; 51.25 %; 6.611.25 m-ml.; Metamielocitos, 0; Lobulados atíp. 0. Lobulados norm. 9; Segmentados, 42.25.

Linfocitos: Pequeños, 8.75; Medianos, 26; 35.25 %; 4.547.25 m-ml.; Grandes 0.50; monocitos, 6.50; 7.75 %; 999.75 m-ml.; Rieder monocíticos, 1.25; Plasmocitos, 0; Total: 100.00; 100.00 %; 12.900 m-ml.

Hematíes típicos: en las series blancas se observa discreta cantidad de monocitos irritativos (Formas de Rieder); el resto de los elementos es típico.

Conclusión: Hiperleucocitosis; con hiperlinfocitosis absoluta; formas irritativas monocíticas.

COMENTARIOS

La existencia de tejido linfóide en la vejiga es motivo de discusión, pero Hinman-Cordonnier en 1935 mostraron en cistitis foliculares nódulos linfoides.

Tendríamos que aceptar para el desarrollo de un linfosarcoma la existencia de lesiones inflamatorias previas de más o menos duración.

En los seis primeros casos publicados por Rathbun-Wehrbein en el Journal of Urolog, tomo 51, año 1944, la inflamación estuvo presente con variable antelación.

Los seis siguientes agregados por Jacobs-Smington, publicados en el British Journal of Urolog., en el volumen XXV, número 2 de junio de 1953, tenían 5 de ellos fenómenos de cistitis en sus antecedentes. Hacia excepción el caso de Maloney que sólo acusó síntomas de frecuencia miccional, cuatro días antes de su examen.

Nuestro enfermo acusaba fenómenos irritativos desde hacía más de cuatro meses.

Se pensó en efectuarle tratamiento radioterápico post-operatorio. El paciente invoca razones de trabajo y el hecho de encontrarse bien, hacen que lo resista.

Lleva más de ocho meses de curación clínica.
