

## FIBROMIXOSARCOMA DE PROSTATA

Dres. Juan B. Derdoy y Jorge E. Garimaldi

El sarcoma de Próstata determina una patología muy amplia que Anátomo-Pathológica-mente se debe especificar.

Nos vamos a referir a DOS CASOS observados y operados ambos, en jóvenes de 15 años, que tuvieron como síntoma predominante la RETENCION VESICAL AGUDA DE ORINA. Al interiorizarnos de sus problemas, descubrimos otros elementos que nos hizo sospechar por la edad y característica de su síndrome, en una enfermedad maligna de próstata, que luego de sospecharlo fue confirmada por estudios Radiológicos-Clínicos y de Laboratorio.

Destacamos que el Sarcoma de próstata corresponde en su origen, ya, a los elementos mesenquimales de ella (muscular linfoideo) o de los tejidos similares embrionarios o perineales de la región.

### FRECUENCIA

Entre los casos de la Literatura Nacional, se encuentran los trabajos de: TRABUCCO-SANCHEZ SAÑUDO-CARREÑO-LEVATI-HEREÑU-PEREDA Y MARIANI-PENY-PELLERIN-ALFONSO-PUJOL-JORGE MOREAU y MARIA L. OTEIZA, etc.

En 1936, Rosemberg describe un MIXOSARCOMA en un hombre de 46 años.

Hay alrededor de 300 casos publicados en la Literatura Mundial según A. de la Peña, citado por GIL VERNET.

En nuestra experiencia personal, los hacemos corresponder a los operados que tenemos efectuados de la glándula prostática, en un período de 15 años; que sobre 794 enfermos intervenidos quirúrgicamente 2 fueron SARCOMAS, 63 CARCINOMAS, 587 ADE-NOMAS; siendo los demás afecciones no tumorales, Litiasis, Abscesos, quistes hidatídicos, etc.

CLINICA: predomina en los niños y jóvenes.

Suele al comienzo manifestarse con Polaquiuria o Nicturia (MELICOW-PELTON FISCH). Con el correr del tiempo comienza con una debilitación y estrechamiento gradual del chorro, sensación urente al orinar, Brusca retención urinaria (síntoma predominante en nuestros casos), hemorroides, mal estado general. Enfermo que adelgaza rápidamente llegando al estado caquectico. LA CISTOSCOPIA: es de difícil ejecución debido a la gran deformación uretral. El funcionamiento renal está disminuido en los últimos períodos de enfermedad.

ANATOMO PATOLOGIA: MELICOW los clasifica en: 1º ISOPLASTICOS, 2º PLURIPLASTICOS, 3º ANAPLASTICOS.

FIBROSARCOMAS: Tumor mesodérmico de los más frecuentes dentro de los sarcomas de próstata.

LEIOSARCOMA: según MELICOW constituye el 14 % del total de Sarcomas Prostáticos.

RABDOMIOSARCOMA: según el mismo autor oscila entre el 5 % de los tumores Sarco-

## FIBROMIXOSARCOMA DE PROSTATA

matosos de la Próstata. Es muy pleomórfico de color blanco grisáceo, con zonas necróticas amarillentas o hemorrágicas.

**PROPAGACION:** por extensión y más raramente por metástasis.

**POR EXTENSION:** comprime y deforma la uretra, se extiende anteriormente y por delante de la vejiga formando una masa abdominal (CASO 2), las metástasis se propagan por vía sanguínea o linfática.

El diagnóstico diferencial se hace en especial con el absceso de próstata ya que el sarcoma por su sustancia mucoidea da la sensación de fluctuación.

**1º CASO:**

**PACIENTE:** Sr. A. S. **EDAD:** 15 años - **NACIONALIDAD:** Argentino - **PROFESION:** Estudiante. **HISTORIA CLINICA Nº 99.746.**

**ANTECEDENTES HEREDITARIOS:** Padres vivos y sanos.

**ANTECEDENTES PERSONALES:** Único hijo; fiebre Urtiana de niño. Hepatitis a los 6 años, Escarlatina a los 7.

No hay antecedentes de uretritis, ni síntomas urológicos, buen apetito, mueve regularmente el vientre.

**ENFERMEDAD ACTUAL:** El día 25 de Septiembre de 1963, nos consulta en la Clínica Regional del Sud, por estar con retención completa de orina. Refiere que mientras estaba en el Colegio Nacional -del cual es alumno-, quiso orinar, encontrándose imposibilitado para ello. No hubo dolores - disuria o molestias anteriores en sus órganos vesíco-genitales.

**ESTADO ACTUAL:** Buen estado general. No acusa ningún sufrimiento físico. Enfermo afebril.

**EXAMEN:**

**OJOS:** Nada en particular.

**BOCA:** Lengua húmeda, dientes bien conservados, amígdalas no dolorosas.

**CORAZON:** Tonos, ritmos: normales. Pulso: regular, rítmico Mx. 12. Pulmones: nada de particular.

**ABDOMEN:** Se constata un globo vesical tenso por arriba pubis muy doloroso. Resto nada de particular. Hígado; bazo; riñones: no se palpan.

**SISTEMA NERVIOSO:** Nada de particular. Reflejos conservados.

**GENITALES:** Testículos normales.

**EXTERNOS:** Pene normal; Uretra: libre.

Se coloca una sonda Nelatón Nº16, que penetra con facilidad hasta la vejiga extrayendo 700 cc. de orina clara y transparente.

Se hace tacto de Próstata: está un poco aumentada de tamaño, blanda, superficie lisa procidente, bordes palpables: sensibilidad normal (no es dolorosa). Consistencia, depresible, con sensación de fluctuación.

ANALISIS: 26 de Septiembre: regular cantidad de Leucocitos. No elementos renales ni Hematíes.

EXAMEN DE SECRECION: PROSTATICA: Se observan formas coccidias (hongos).

CULTIVO: No hay pus. En medio de Agar y Kristensen; no desarrollan gérmenes.

ANALISIS DE SANGRE: GLOBULOS ROJOS: 4.720.000	NEUTROFILOS 70 %
GLOBULOS BLANCOS: 9.500	EOSINOFILOS 9 %
HEMOGLOBINA: 13 %	LINFOCITOS 0
INDICE DE KATZ 5,50	BASIFILOS 0
UREA: 0,30	MONOCITOS 21 %
GLUCEMIA: 1,66	

Se efectúa Urograma de excreción y luego Uretro-Cistografía: frente y perfil. En estas se constata solo una uretra posterior alargada, algo deformada.

No efectuamos cistoscopia para no traumatizar al enfermo.

Solicitamos el examen clínico del Dr. OSCAR FRAGUEIRO, para que realice el examen general y controle a la glucemia que está algo elevada.

Se solicita el examen neurológico del especialista DR. RICARDO MARTORELLI, quien informa que el sistema nervioso es normal.

Durante seis días debemos sondar 2 veces por día al paciente, pues la retención completa persiste.

Después de ocho días de observación notamos que la próstata había aumentado de tamaño, era blanda, bordes palpables, no dolorosa, afebril.

Ante estos antecedentes de su enfermedad actual, pensamos en un proceso maligno ya que el diagnóstico de absceso prostático, de vejiga neurogénica, estrechez uretral, etc. se descartaron de acuerdo a la clínica presentada.

Planteamos nuestra inquietud pronóstica a los familiares indicando la intervención quirúrgica a los fines de efectuar Biopsia.

#### INTERVENCION QUIRURGICA:

FECHA: 8 de Octubre de 1963.

CIRUJANO: DR. JUAN B. DERDOY.

CIRUJANO AYUDANTE: DR. JUAN JOSE CEJUELA.

ANESTESIA: DRA. ARMINDA R. DE LA FALCE.

DESCRIPCION: Incisión curva perineal, tipo Prouts. Se secciona el rafe anobulbar y luego el músculo recto uretral. Se coloca así en espacio retroprostático, constatándose una glándula poco aumentada de tamaño, de consistencia blanda, depresible. Se inciden los lóbulos y de los mismos sale un tejido mucoide bastante abundante dentro de los lóbulos, dos cavidades, que se exploran con el dedo, dejando en cada una un drenaje. Cierre parcial por planos.

Se deja sonda uretral permanente. Se solicita Biopsia.

COPIA DEL INFORME ANATOMO-PATOLOGICO: Efectuado por los Drs. CARLOS SERRA y CARLOS G. ACHAVAL (CBA.).

## FIBROMIXOSARCOMA DE PROSTATA

BIOPSIA: N° 2399, 10 de Octubre 1963.

Múltiples trozos irregulares algunos de aspecto gelatinoso, uno de ellos de color castaño oscuro (coagulo?).

MICROSCOPIA: Tumor mesenquimatoso, anaplásico, predominan las células fusadas que alternan con otras que muestran dos o más núcleos muy atípicos. En sectores la acuosidad celular es muy elevada. En otros se observa cierta diferenciación con formación de escaso colágeno. En varias zonas los tejidos neoplásicos son de tipo mixomatoso. El número de figuras de mitosis es elevadísimo, con frecuencia atípicas, vasos sanguíneos de paredes muy delgadas (solo endotelio).

RESUMEN: los fragmentos enviados corresponden a un FIBROMIXOSARCOMA.

16 de Octubre de 1963.

ANALISIS DE SANGRE:

GLOBULOS ROJOS:	4.880.000
GLOBULOS BLANCOS:	8.800
INDICE DE KATZ:	49

TRATAMIENTO: Se efectúan 31 aplicaciones de CESIO 137, en dos capas: vesical anterior y perineal, completando dosis tumor de 6.500 R. Una serie de Citostaticos Ciclo Fosfamida.

A los diez días se sacan las sondas y el paciente orina espontáneamente. La próstata ha aumentado de tamaño y es algo dolorosa.

Enero 3 de 1964.

1) Ha aparecido, irreductible inapetencia y pérdida de peso.  
2) La disuria se instala nuevamente. Al tacto la próstata es más grande. Ha crecido hacia el periné. Hay retención de orina en los días sub-siguientes y no es posible colocar sonda por vía uretral; por lo cual se efectúa la CISTOSTOMIA: que es muy mal tolerada. El enfermo continua con su mal estado general y fallece en el mes de Marzo en caquexia.

## 2º CASO

PACIENTE: SR. J. W. EDAD: 15 años. NACIONALIDAD: Argentino.

FICHA N° 13361.

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL: 17 de Julio de 1966.

Decaimiento general relativo desde hace varios meses.

Fue controlado por un Homeopático en el transcurso de este tiempo con calor local (bolsa de agua caliente) por manifestar trastornos iniciales de la micción como polaquiuria.

ESTADO ACTUAL: Hace diez días se produce una Obstrucción vesical completa con intenso dolor al pretender efectuar la micción, razón por la cual recurren a varios facultativos que le practican cateterismo vesical, acentuando aún más el problema vesical (cistitis).

Nos requieren en consulta y el examen se observa y luego se palpa una tumoración suprapúbica. Hemorragia conjuntivo palpebral inferior. Hemorroides.

**INTERROGATIVO:** Sensación urente al orinar, estreñimiento, deposiciones hemorrágicas fiebre y decaimiento.

**EXAMEN CLINICO UROLOGICO:**

**RIÑONES:** Se palpan y son dolorosos y de tamaño aumentado. Puntos costovertebrales y costumuscular positivo ++.

**URETERES:** Puntos ureterales positivos ++.

**VEJIGA:** Retención vesical completa con intensa cistitis Uretra Permeable.

**PROSTATA:** Tacto Rectal: aumentada de tamaño, muy dolorosa y blanda, lisa y aplastada.

**GENITALES:** Testículos y anexos de conformación y tamaño normales. Se palpa una tumoración vesical que es dura, al percutir es mate, se cateteriza con anestésico local de contacto con Nélaton N° 14 por la intensa irritación y se la deja a permanencia obstruyéndose con facilidad.

**EXAMENES COMPLEMENTARIOS:**

**(SLIDE) UROGRAMA EXCRETOR:** Gran Hidronefrosis bilateral con dilatación ureteral y rechazamiento de los mismos en la porción vesical, en forma de anzuelo, ocasionado por gran tumoración de tipo prostático.

**CISTOGRAFIA:** Gran rechazamiento de la pared vesical, se observa desflecamiento de su borde inferior.

**ANALISIS:** Uremia 0,40. Orina Completo: Hematíes Albuminuria Piuria.

**Citológico:** Anemia leve-Fosfatasa Acida 3,3.

**TRATAMIENTO:** 20 de julio de 1967.

Debemos efectuar Cistostomía debido a la poca tolerancia de la sonda uretro-vesical, por la inflamación que provoca y su frecuente obstrucción.

**CIRUJANO:** DR. JORGE GARIMALDI

**MEDICO AYUDANTE:** DR. ROBERTO CAGNOLATTI

**ANESTESIA:** DRA. ARMINDA R. DE DE LA FALCE

**ESTUDIO ANATOMO-PATOLOGICO:** DR. CARLOS GONZALEZ ACHAVAL.

**INTERVENCION:** Incisión mediana infraumbilical.

Se abre piel, celular y aponeurosis, se divulsionan los rectos y se llega a la pared vesical que se encuentra distendida.

Se efectúa incisión longitudinal y se observa una vejiga con celdas y columnas de gran espesor.

En su interior se destaca una tumoración prostática de color azul rojizo, de aspecto gelatinosos, blanda al tacto y ocupando todo el triángulo y sobresaliendo en la cavidad vesical. Se efectúa biopsia de la cara superior del tumor cortando en forma de uña.

## FIBROMIXOSARCOMA DE PROSTATA

La hemorragia no cede a la sutura con catgut debido a la consistencia del tejido, se intenta electrocoagular y al persistir la misma se decide colocar espongostan y taponamiento. Se deja sonda Pezzer suprapúbica y sacamos la Nelaton Uretral.

## ESTUDIO ANATOMO PATOLOGICO:

## TUMOR PROSTATICO:

Informa N° 5.519 Dr. Carlos González Achával.

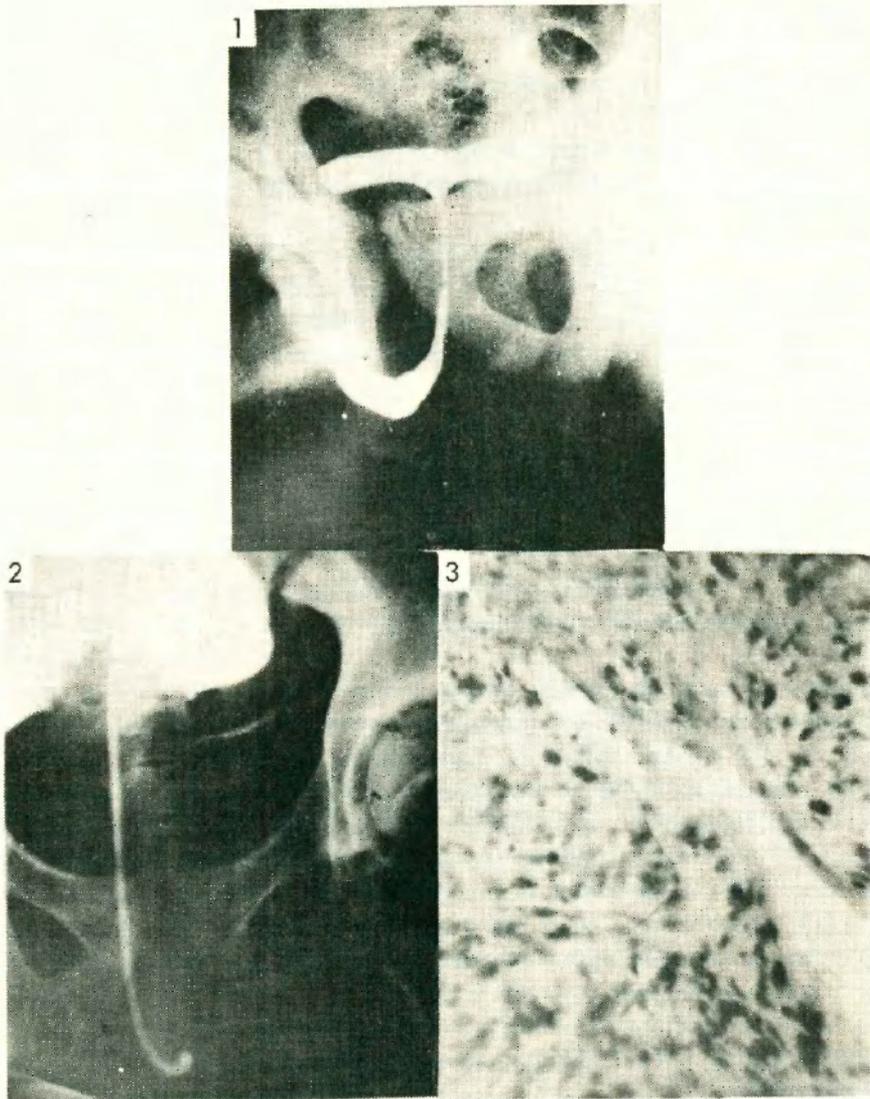
**MICROSCOPIA:** El tumor está constituido por elementos muy inmaduros de estirpe fibroblástica con abundante sustancia intercelular mucoide. FIBROMIXOSARCOMA.

**TRATAMIENTO EFECTUADO:** Se le efectúan de 15 a 20 sesiones de Cobaltoterapia y Citostáticos (total 4 gs.), no se intentó ningún otro método porque seguimos el criterio de Melicow que aconseja practicar la prostatectomía cuando la tumoración está localizada dentro de la cápsula prostática, en nuestro caso ocupaba casi los dos tercios de vejiga.

**EL PRONOSTICO:** Es malo en todos los casos, en el nuestro el joven fallece en los últimos días del mes de septiembre en ésta, de caquexia.

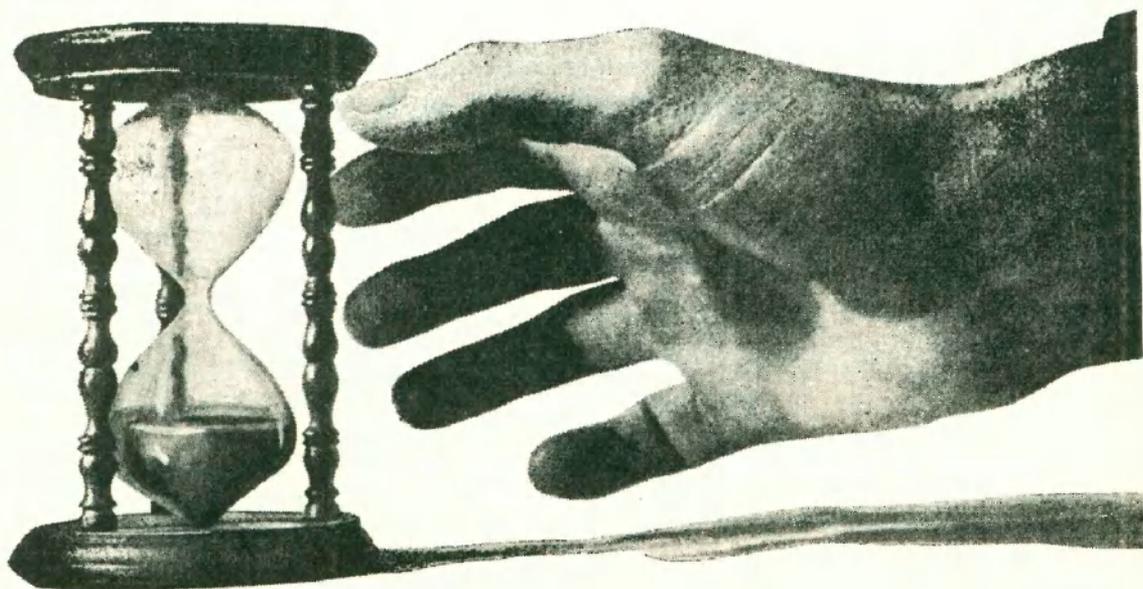
## CONCLUSIONES

- 1) El informe Anatómo Patológico nos describe dos tumores de tipo de FIBROMIXOSARCOMA.
- 2) Uno de ellos se inició de manera brusca sin prodromos, comenzando con retención aguda y completa de orina. En el otro paciente se manifiesta con disuria, polaquiuria, fiebre, etc. en este período estuvo en manos de un Homeópata.
- 3) En uno de ellos ficha 99746 al efectuar la prostatectomía perineal, se observan los dos lóbulos laterales distendidos vaciándose prácticamente la glándula y quedan dos cavidades luego de haber eliminado una respetable cantidad de sustancia mucoide. En el caso ficha 13361 se observaba una tumoración de consistencia gelatinosa y aspecto mucoide que ocupaba gran parte de la cavidad vesical, muy sangrante al corte.
- 4) Los dos enfermos estudiados, son jóvenes de 15 años, sanos, sin antecedentes: tóxicos, traumáticos o infecciosos.
- 5) Aunque en ambos se le instituyó tratamiento Radioterápico (ficha 13361: Cobalto; ficha 99746: Cesio) y Citostáticos, el resultado fue desfavorable, sin remisiones de ninguna naturaleza.
- 6) El diagnóstico clínico-radiológico fue el de un tumor maligno ya que se confirmó con el estudio anatómo-patológico, corroborado posteriormente por el desenlace fatal.
- 7) Creemos que deberíamos efectuar la URETEROSTOMIA CUTANEA derivativa como tratamiento paliativo.



- 1 - H.C. 99746. Uretro cistografía. Uretra posterior alargada.  
2 - H.C. 13361. Uretro cistografía. Deformación del cuello vesical por el tumor.  
3 - H.C. 13361. Microfotografía del tumor. Elementos atípico con alteración de apetencias tintoriales.

**actividad terapéutica  
mucho más prolongada**



**kelfizina<sup>®</sup>**

sulfapirazinmetoxina

**Kelfizina** posee la hemivida biológica más dilatada,  
alcanzando aproximadamente a las 65 horas.

**Kelfizina** es el sulfamídico que posee la menor  
posología establecida hasta el presente.



**LABORATORIOS DAROK S. A.**  
representante exclusivo de:

*Farmilaia*



## **AMERICAN CYSTOSCOPE MAKERS, INC.**

8 Pelham Parkway, Pelham Manor, N.Y. (U.S.A.)

Tiene el agrado de anunciar que ha designado Representantes Exclusivos para sus productos WAPPLER Y ACMI en la República Argentina a la firma:

### **BIOTRON S.C. p. A.**

quienes disponen en sus oficinas del stock necesario

American Cystoscope Makers, Inc. agradece a los urólogos argentinos la constante confianza en la calidad de sus productos.

### **BIOTRON S.C. p. A.**

Tiene el agrado de anunciar que ha sido designado Representante exclusivo en la República Argentina de la firma:

## **AMERICAN CYSTOSCOPE MAKERS, INC.**

y que dispone del necesario stock en sus oficinas de la calle:

Bartolomé Mitre 1225  
Oficinas 301-302  
TE. 45-2840/2951  
Buenos Aires