

⁶ *Ferro, Alfredo*: "Actualidad hidatídica de la República Argentina". Sem. Méd. Bs. As., nº 14, t. 119, 1961.

⁷ *Surraco, Luis A.*: "Sur le traitement du kyste hydatique rénal". Journal Durologic., t. 57, 1951.

⁸ *Surraco, Luis A. e Ibarz Larghero, P.*: "El quiste hidatídico del riñón. Su topografía. Su diagnóstico pielográfico. Su terapéutica". 2do. Congreso Americano y 1ro. Argentino de Urología. Buenos Aires, 1937.

⁹ *Schenker, B.*: "Drop infusion pyelography: indications and applications in urologic roentgen diagnosis". Clinical Urography 2ª ed., vol. 83, p. 12, 1964.

Hospital Salaberry
Servicio de Urología

Rev. Arg. Urol. Nefrol. Tomo 40, 1971
XI Congreso Argentino de Urología

LEIOMIOFIBROMA DE VEJIGA

Por los Dres. MARTIN MENDOZA, VICTOR LEVIN, RICARDO NOVOA
ROMERO y JOSE LO MORO

Por tratarse de un tumor vesical poco común por su estructura histológica y la terapéutica realizada en forma obligada, decidimos aportar un caso más que se suma a la escasa casuística nacional y extranjera.

El motivo de esta presentación es hacer resaltar, no solamente su origen conjuntivo-muscular, cuya escasa observación según las estadísticas con respecto a los tumores malignos, es conocida sino por su ubicación endovesical que englobaba meato uretérico derecho, por aspecto pseudosésil, y la ulceración del mismo que hacían suponer por los estudios realizados, exámenes radiográficos, examen endoscópico y su evolución clínica (disuria, polaquiuria y hematuria), estar en presencia de un tumor maligno.

Zaforini, en 1954, después de un estudio muy exhaustivo, sobre todos los registrados en la literatura mundial hasta ese año, los clasificó por su ubicación en: 63 % formas endovesicales, 7 % formas intersticiales y 30 % de formas extravesicales.

Puede observarse en todas las edades: niños, jóvenes y mujeres, siendo su mayor frecuencia según Harris, 62 % en mujeres contra un 38 % en el hombre.

En 1870 Jacson hizo su primera observación, y siguieron en 1875 Grussen Bauer, en 1876 Wolkman y en 1892 Albarrán reporta 21 observaciones tomadas de la literatura mundial, en 1931 Garafallo reporta 40 observaciones. Otros autores publicaron algunos más. En 1953 Campbel y Gisslasson aportaron 193 tumores conjuntivos benignos, de ellos, 51 eran angiomas, 18 mixomas, 16 fibromas y osteomas y 106 *miomas*; de éstos, 68 eran leiomiomas, 16 rabiomiomas y 22 *leiomiofibroma* (como el caso que aportamos).

Entre nosotros publicaron:

1936: Iacapraro (1 caso) y Buzzi, otro caso.

1945: Castaño E. y colaboradores, dos pacientes.

1951: Tetemdi, C.

1962: Brea y colaboradores.

1968: Alonso, A.; Solari, J. y Gómez, D.

HISTORIA CLÍNICA DEL CASO OBSERVADO

Se trata de: F. C., 38 años, sexo masculino. Enero 1970.

Antecedentes: Hereditarios, familiares y personales: S/P.

Enfermedad actual: Manifiesta el paciente que desde hace 1 año comien-

za su afección con: disuria, polaquiuria, y que tratado en varias oportunidades había mejorado.

Hace dos meses la polaquiuria se hace más intensa, agregándose al final de su micción ardor y hematuria. Tres días antes de consultarnos, nos manifiesta que al realizar su primera micción matinal, la orina es de color rojo (hematuria total). Es examinado por su médico de cabecera, quien lo medica, le realiza una radiografía y nos lo envía, para completar el estudio.

Estado actual: Paciente con aparente buen estado general.

Aparato urogenital: Riñón, uréteres, próstata, uretra: S/P.

Genitales: S/P.

Orina: Micción espontánea, color lavado de sangre.

Exámenes de laboratorio: S/P, excepto leve leucocitosis.

Examen radiográfico: Urografía excretora: hay buena eliminación renal bilateral; en hemivejiga derecha muestra una imagen lacunar por falta de relleno redondeada, bien limitada y casi homogénea, el resto S/P.

Cistoscopia: Buena capacidad, medio ligeramente turbio. Se visualiza en hemivejiga derecha entre horas 7 a 9 imagen tumoral, sésil ulcerada de casi dos campos cistoscópicos de tamaño, rodeada de mucosa muy congestiva y edematosa; no se visualiza meato ureteral derecho, el resto S/P y se ve eyacular el meato ureteral izquierdo. Se realiza toma para biopsia, la que debido a la insuficiente cantidad de tejido, sólo permite diagnosticar cistitis hipertrófica con áreas de tejidos necrosados.

Se decide intervenir quirúrgicamente, pues la ubicación, extensión y aspecto de la lesión nos hizo dudar de su etiología.

Intervención quirúrgica: Incisión mediana infraumbilical, sección de piel hasta músculo recto anterior, se localiza vejiga. Se libera ésta de pubis por sección del ligamento véscicopubiano y se disecciona el órgano por vía subperitoneal, despegándola de la misma, excepto en la porción de la cúpula, donde se sacrifica la parte de peritoneo adherida, luego se sutura ésta y se continúa la disección hasta su pared pósteroinferior, se consigue palpar una tumoración a través de hemivejiga derecha en su porción pósteroinferior. Se realiza cistostomía y se comprueba en su interior una tumoración del tamaño de una ciruela, de base ancha sésil, de superficie irregular y esfacelada, de consistencia semileñosa que englobaba el meato ureteral derecho. Se procede a realizar cistectomía parcial exéresis del tumor con meato incluido con incisión da pared vesical a 1/2 cm del límite periférico tumoral. Previamente se había seccionado el uréter a casi 1 cm de pared vesical. Se cierra parte de brecha vesical láteroposterior. Se realiza reimplantación ureteral antireflujo, con la técnica de Politano en un trayecto submucoso de 3 cm, sutura con catgut cromado 000, cierre total del resto de vejiga en dos planos. Se suturan planos musculares, aponeurosis y piel previo drenaje en espacio de Retzius. Se deja sonda doble corriente por uretra.

Informe anatomopatológico: Dr. O. Eguía.

Protocolo N° 10.316: El material remitido consta de dos fragmentos de 2 x 3 cm cada uno, blanquecinos, blandos. En el examen microscópico se observa que el tumor está constituido por fibras musculares lisas entrelazadas con tejido fibroso. Se observan zonas angiomatosas, esfaceladas y necrosadas. No existen signos de malignidad, siendo su diagnóstico histopatológico: leiomiofibroma con zonas angiomatosas.

Postoperatorio: Al tercer día se extrae drenaje suprapúbico, y a los 12 días se retira sonda uretral. Tres meses después el paciente se encuentra en buen estado general, con orinas claras y sus micciones las efectúa cada 3 horas. A los cuatro meses se realiza una urografía de control, mostrando buena eliminación renal, capacidad vesical normal y dilatación de la porción ureteral reimplantada.