

Revista Argentina de Urología y Nefrología

Editada por la Sociedad Argentina de Urología

Santa Fe 1171 - Buenos Aires Tel. 41-1633

VOLUMEN 42

JULIO - DICIEMBRE 1973

NUMEROS 7 al 12

Rev. Arg. Urol. Nefrol. Tomo 42. Año 1973

LEIOMIOMA DE VEJIGA

Dres. CARLOS HUMBERTO SCORTICATI, FIDEL EDUARDO AVALOS
y EDGARDO JUAN JOSE CARTELLI

Es motivo de esta comunicación, presentar un paciente portador de esta patología vesical poco frecuente, y a la vez efectuar una revisión bibliográfica existente en nuestro país sobre el tema.

Nuestra paciente: se trata del Sr. B. S., de 68 años de edad, que consultó el 24 de mayo de 1973, por presentar hematuria total de dos días de evolución; la misma fue precedida por ardor miccional y disuria de comienzo de un mes de evolución; acompañada de dolor en F.I.D. que fuera interpretada como debido a una apendicitis crónica, y que cediera con medicación analgésica-antiespasmódica.

El examen reveló hematuria total, buen chorro miccional y eliminación fácil de algunos coágulos.

Al tacto rectal se palpaba una glándula prostática de características normales, y la palpación bimanual, efectuada sin anestesia, revelaba una tumoración vesical dura y lisa en hipogastrio, que peloteaba. Ligamentos espermáticos libres.

Al examen endoscópico se observaba la desviación hacia la izquierda del cistoscopio al introducirse en vejiga; lavado fácil de la misma.

La citoscopia revelaba una gran tumoración lisa que ocupaba la hemivejiga derecha, homogénea, recubierta por urotelio normal, pero muy congestivo y vascularizado, uno de cuyos vasos, erosionado, sangraba profusamente.

La urografía mostraba función renal bilateral, con signos de lucha en uréter derecho; cistograma con defecto de relleno en hemivejiga derecha, lisa, homogénea, de unos ocho cm. de diámetro (foto).

Tal como se planteaba el cuadro clínico, los diagnósticos diferenciales que se imponían eran: el de gran ureteroceles derecho, para el cual se opone

la solamente moderada repercusión ureteral; la imagen endoscópica de tumor sólido, y la palpación bimanual, que aún habiendo sido realizada sin anestesia fue concluyente.

El otro diagnóstico diferencial, que sólo la intervención y la anatomía patológica podían reconocer, era el de un adenoma de próstata aberrante paratrigonal.

Como tercer diagnóstico podría tratarse de un quiste o tumor de origen wolffiano, o alantoideo; o un leiomioma del detrusor, a desarrollo endoluminal.

El tratamiento empleado fue el quirúrgico, a través de una incisión mediana infraumbilical; abierta la vejiga, se observaba una tumoración lisa, recubierta por epitelio normal, con base de unos 4 cm. de diámetro, parameatal externo; el tumor era móvil, y su base no demostraba infiltración peritumoral.

Cateterizado el uréter, se secciona la mucosa y se realiza en forma roma la enucleación de la tumoración.

Realizada la hemostasia, se reepiteliza el lecho y se extirpa un lóbulo medio prostático según técnica. Cierre de vejiga en un plano; cierre de pared abdominal por planos.

La evolución postoperatoria fue normal y es dado de alta a los seis días.

El estudio anátomo-patológico, realizado por el Dr. N. Guman (31/5/73) informó: *macroscopía*: se remite masa ovalada de 6 x 3 cm. que pesa 60 gr.; de su perficie lisa y polilobulada, de color blanco-amarillento, que en áreas presenta restos de delgada cápsula. Al corte presenta áreas confluentes de tejido blanquecino arremolinado.

Además se remite nódulo de 2 cm. con aspecto de tejido prostático, con zonas de dilatación quística y otras nodulares blanquecinas.

Microscopía: las diferentes secciones muestran, las correspondientes a la masa ovalada, la proliferación de fibras musculares lisas con núcleos alargados (con bordes obtusos) y citoplasma acidófilo, que se disponen en forma arremolinada. Las porciones parciales de cápsula se hallan constituidas por fibras musculares lisas.

Las secciones correspondientes al nódulo más pequeño presenta tejido prostático con áreas nodulares de hiperplasia nodular y zonas de dilatación glandular quística.

Diagnóstico: 1º Leiomioma.

2º Fibroadenomatosis prostática.

Comentarios: desde 1870, año en que Jackson hace su primera observación, los leiomiomas de vejiga, han sido reportados en la literatura con relativa poca frecuencia, y referidas a escasos números de observaciones. Probablemente una de las numerosas sea la publicada en el año 1953 por Campbell y Gislason, con 68 casos de leiomiomas, de una serie de 193 tumores conjuntivos benignos de vejiga.

En nuestro país, en el año 1936. Iacapraro y Buzzi refieren los primeros casos; posteriormente 8 casos más fueron relatados hasta el presente en la literatura nacional.

Los leiomiomas son tumores benignos de origen mesodérmico, según la teoría patogénica de Claise, quien sostiene que se originarían en procesos inflamatorios perivasculares.

Otra teoría, sostenida por Conheim, atribuye a los conductos de Wolff y Müller como sus progenitores principales.

De la serie de 11 observaciones que totaliza la literatura nacional especializada (incluida la presentada en esta comunicación), se desprende un leve predominio de su ocurrencia en mujeres, coincidiendo con las publicaciones extranjeras (Harris: 62 % mujeres - 38 % hombres).

Pueden presentarse en todas las edades, pero lo hace con mayor fre-

cuencia en adultos entre la cuarta y quinta década de la vida, siendo rara en niños, pero muy frecuente su transformación sarcomatosa.

En su origen, todos serían intramurales, evolucionando de dos formas distintas, que marcaran su sintomatología (Heitz Boyer):

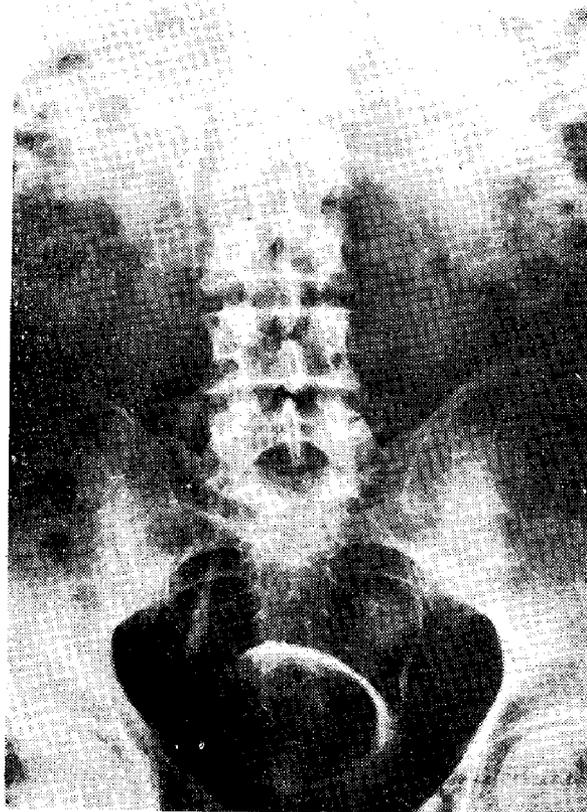
a) *Intersticiales*: se desarrollan a cavidad abdominal produciendo dolor, tumor, compresión, etc.

b) *Cavitarias*: crecen hacia la luz vesical, produciendo disuria, hematuria, polaquiuria, etc.; pudiendo ser sésiles o pediculados. Esta última forma sería la más frecuente.

Según Buzzi, los próximos al cuello vesical son sésiles, en su origen, tienden a pediculizarse y a hacer prociencia a través de la uretra, por acción de la musculatura vesical, durante la micción, como en un caso por él presentado, que prolapsaba en la vulva a través de la luz uretral muy dilatada.

El tumor en general suele ser de tamaño mediano, aun cuando han sido publicados casos de hasta 9.200 kg. (de Kutznezky referido por Goldschmidt y col.); generalmente encapsulados, lo cual facilita su extirpación. Los que desarrollan a cavidad vesical, conservan su mucosa normal, salvo cuando han tenido fenómenos de necrosis y/o infección, provocando ulceraciones en su superficie que llvan a establecer diagnósticos erróneos.

El diagnóstico se completa con el estudio cistográfico y citoscópico que ponen de manifiesto su ubicación topográfica y relaciones con los elementos vesicales (meatos, trigono, etc.); como así también del compromiso de las vías urinarias superiores, que servirán para su adecuado tratamiento.



Siendo la variedad intracavitaria la más frecuente, el tratamiento aconsejado, y practicado por los autores, ha sido la extirpación quirúrgica por vía suprapubina transvesical, procediendo a la sección del pedículo o a la enucleación en los sésiles, ya que no son fácilmente disecables de los tejidos adyacentes mediante maniobras digitales similares a las de la adenomectomía