

Servicio de Urología del Hospital  
Salaberry, Jefe Dr. A. ASTRALDI

Inst. de Anat. y Fisiol. Patol. "Telémaco  
Susini" Dir. Prof. Dr. P. I. ELIZALDE

Por los Doctores

JOSE L. MONSERRAT

A. ASTRALDI y

## LEIOMIOSARCOMA DE LA VEJIGA

**P**RESENTAMOS la observación que luego detallaremos, a simple título casuístico, para contribuir en nuestro medio al capítulo de los tumores raros de la vejiga, ya que para los leiomiomas nada existe, que sepamos, en nuestra literatura. Según un documentado trabajo de *Gayet* (1), se conocen en la literatura 15 observaciones, contribuyendo el autor con 3 nuevos casos. A esta recopilación de acuerdo con nuestra búsqueda bibliográfica, habrían que añadirse: las de *Shiveis* y *Henduson* (2); *Munger* (3) y la de *Graner* (4) con lo cual se totalizarían con nuestra observación a 22 casos bien documentados.

Esta información nos dice claramente lo raro de estas observaciones, que condice con la rareza misma de los tumores mesenquimáticos en general, con respecto a los tumores epiteliales. En efecto, uno de nosotros, —sobre un total de 43.000 fichas bibliográficas urológicas—, no encuentra sobre 1.058 de tumores vesicales, ninguna a agregar al trabajo de *Gayet*. Las estadísticas de *Gadner* (5) encuentra 7 casos de tumores mesenquimáticos entre 1.702 tumores; *Scholl* (6) 1 caso entre 262 tumores; *Caulk* (7) 1 caso entre 330 observaciones de tumores vesicales. Si concretamos en números los tumores mesenquimáticos, podemos referir la estadística de *Boltan* (8) quien agrega que en la literatura mundial no pasarían de 200 los casos bien documentados.

Si desglosamos de los casos anteriores, los tumores derivados del tejido muscular, veremos que éstos son raros aun mismo frente a los tumores mesenquimáticos. Uno de nosotros —*Monserrat*—

en colaboración con *García* (9) reunieron 15 casos de tumores rabdomioblásticos. En la serie leiomioblástica benigna contribuyeron entre nosotros ..... (10) quienes presentaron ... observaciones y en la búsqueda bibliográfica tenemos las estadísticas de *Keene* y *Tompkins* (11) que en 1935 reunieron 59 casos auténticos y que *Kutzmann* eleva a 61 casos en 1937. Estas estadísticas nos dicen, en resumen, que existen en la literatura mundial 98 casos de tumores vesicales musculares, así clasificados:

Rabdomioblásticos benignos	9	casos
Rabdomioblásticos malignos	6	..
Leiomioblásticos benignos	61	..
Leiomioblásticos malignos	22	..

Llama, por lo tanto, poderosamente la atención la poca frecuencia, frente al enorme número de tumores vesicales y sería el caso de preguntarse: ¿Las observaciones publicadas trasuntan la realidad de los hechos?: ¿Hay observaciones de leiomiosarcomas que no se han dado a conocer?: ¿Todos los tumores vesicales que se operan por vía supra-púbica son examinados histológicamente?: ¿Y si lo son, no habrán sido rotulados con un distinto diagnóstico y englobados entre los sarcomas, dada su dificultada diagnóstica?. Estas consideraciones son las resultantes de las 3 observaciones de *Gayet* que encuentra en tan poco tiempo y que le permite confeccionar un trabajo tan completo sobre este capítulo.

En consecuencia, recomendamos: 1° Hacer sistemáticamente, en toda cistostomía temporaria o definitiva por tumores vesicales, una biopsia del tumor y 2° Entregarla para su estudio a una anatómopatólogo competente.

Al trabajo sobre tumores musculares de la vejiga que hiciera conocer *Heitz Boyer* y *Doré* (13) en el año 1910, así como el publicado por *Gayet* en 1939, no creemos que se pueda aportar nada nuevo. Pero a pesar de ello, hay un elemento sobre el cual nos parece necesario insistir, sobre todo por las derivaciones terapéuticas que pueden arrojar. Tanto *Heitz - Boyer*, *Doré* como *Gayet* insisten en decir que los leiomiosarcomas pueden ser malignos desde su principio, es decir, que nacen ya con ese carácter biológico. Otros en cambio sostienen que pueden ser la resultante de la transformación maligna

na de un tumor que en sus principios fué solamente benigno (leiomoma).

Si fuera exacta esta concepción sería el caso de perfeccionar nuestros conocimientos cistoscópicos a los efectos de llegar a establecer en lo posible el diagnóstico cistoscópico de las distintas variedades anátomo-patológicas de estos tumores, para que llegado un caso de leio-mio-sarcoma se procediera de inmediato a su tratamiento, que no puede ser otro que una cistectomía total con tantas mayores probabilidades de éxito cuanto mayor sea la precocidad diagnóstica.

#### HISTORIA CLINICA

Pertenece a la clientela particular de uno de nosotros. Se trata de un enfermo de 50 años de edad en cuyos antecedentes nada digno hay que mencionar que pueda tener relación con su afección actual.

Esta se inicia en julio de 1939 con una hematuria, espontánea, indolora y que dura sólo una micción. Esta hematuria se repite a los 7 días con iguales caracteres que la anterior pero durante esta vez cuatro micciones de ese día. Con intervalos varios de aparente curación, se repiten, y el 16 de agosto se realiza una cistoscopia encontrándose lo siguiente: vejiga con caracteres normales de coloración, vasos, reflejos y superficie, pero en la pared latero-interior derecha se encuentra un tumor redondeado liso que no presenta vellosidades, de color rosado en su mayor parte, pues en otras es blanquecino por depósitos de restos de fibrina y sales. Da la impresión que es pediculado aunque el pedículo no se alcanza a ver porque la zona de separación entre él y la pared vesical es nítida. La pared circundante tiene un aspecto normal. En el cuello se encuentran algunas vellosidades que en parte no permite ver muy bien al tumor. El 16 de agosto se realiza una electrocoagulación de las vellosidades con el uretrocistoscopio de Mac-Carthy. El 20 de septiembre se realiza una uretroscopea y se confirma la desaparición de las vellosidades electrocoaguladas. El 30 de enero de 1940 bajo anestesia (novocaína) se realiza en colaboración del Prof. Arce, una cistostomía y electrocoagulación de la base de implantación, ya que aquél se desprendió a la menor tracción. Tubo de Marion. El 12 de abril se realiza una cistoscopia por vía uretral, pues el enfermo está aún con la cistostomía abierta y se comprueba que el tumor ha recidivado. El 6 de mayo se electrocoagula por vía supra-púbica previa resección de la fístula hipogástrica.

#### *Examen macroscópico de la pieza extraída—*

El tumor tiene la forma de una nuez grande, redondeado y de un diámetro de unos tres centímetros. La superficie es lisa, de un color en general rosado y en parte blanquecino por depósito de sales a raíz de la necrosis que ha sufrido. Es pediculado a pedículo corto y delgado y que se desprende al tomar el tumor sin hacer ninguna tracción.

Examen microscópico N° 20.566—

Técnica histológica: Fijación en formol, inclusión en parafina, coloración con hematoxilina, eritrosina, hematoxilina férrica de *Heidenhein*, Tricrómico de *Mallory* (hematoxilina fosfo-tungstica), Tricrómico de *Masson* impregnación argéntica Del Rio Hortega sobre cortes de parafina. Hematoxilina y eritrosina.

Vista panorámica—

Se observa que el tumor presenta una superficie externa sin restos de mucosa epitelial. En cambio existe una zona constituida por abundantes restos celulares

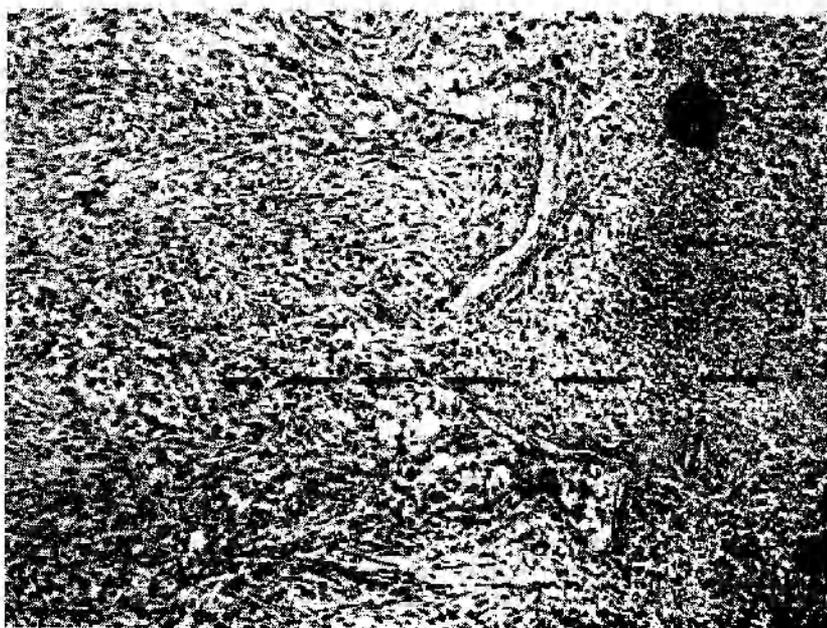


Figura 1. Hematoxilina-Eosina. Aumento mediano. Placa 5324.  
a) Zona superficial de necrosis. b) Zona neoplásica.

en necrosis constituidos por hematíes y polinucleares. Por debajo vasos de paredes normalmente constituidos rodeados de un tejido fibroblástico y necrosado. Más profundamente se observa una proliferación compacta de elementos que al corte aparecen en secciones longitudinales y transversales destacándose además una serie de vasos grandes de paredes normalmente constituidas y de pequeñas cavidades cuyas paredes están constituidas por los mismos elementos proliferativos.

A mayor aumento se observa que la proliferación es ricamente celular y que en la zona en que los elementos aparecen cortados a lo largo podemos enunciar las siguientes características: el núcleo es alargado con cromatina muy tenue, que se dispone formando una nítida membrana nuclear y grumos finos destacándose la presencia de finos nucleolos. Los extremos son redondeados. De una a otra célula existen diferencias nucleares habiendo zonas en que se ven una condensación y una picnosis.

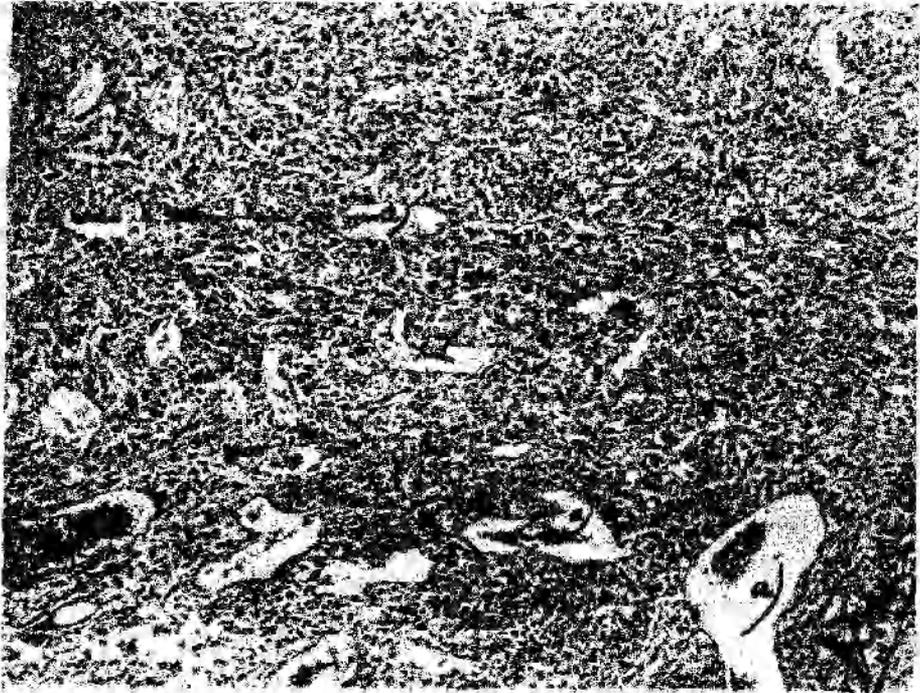


Figura 2. Hematoxilina-Eosina. Aumento mediano. Placa 5326. Zona tumoral próxima a la superficie con abundantes vasos de paredes bien constituidas. a) Vasos con paredes bien constituidas.

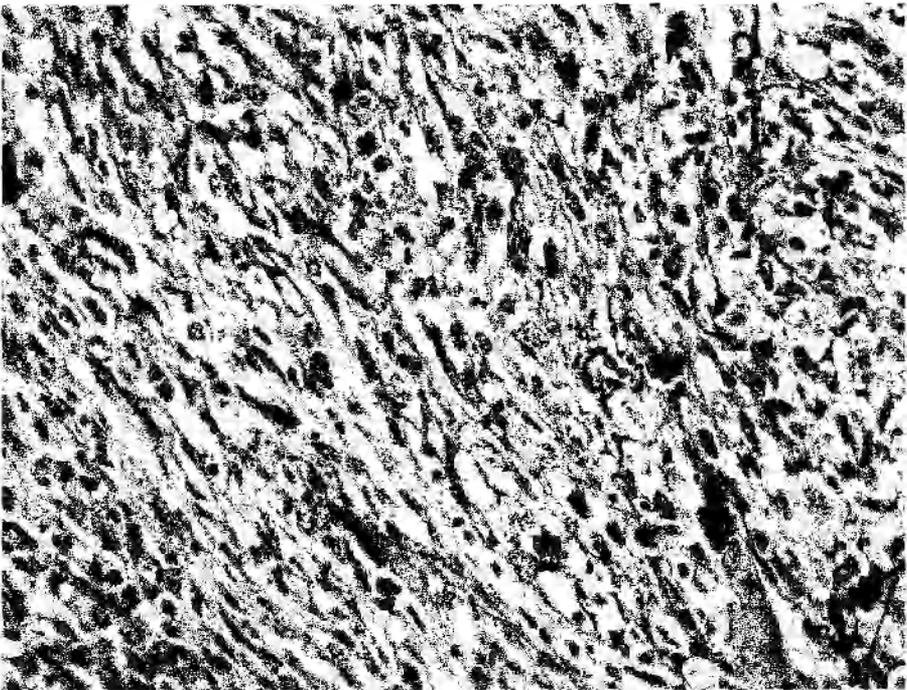


Figura 3. Hematoxilina-Eosina. Aumento mediano. Placa 5323. Abundante proliferación en la que predomina elemento fusocelulares, destacándose algunas atipias nucleares.

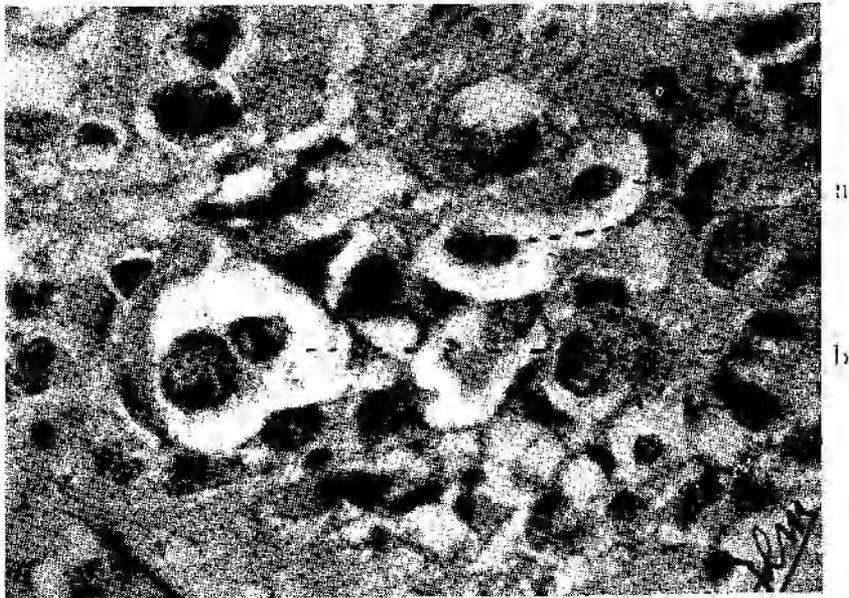


Figura 4. Hematoxilina-Eosina. Gran aumento. Placa 5321.  
a) células en corte transversal mostrando la labilidad exoplasmática. b) Gran célula binucleada con iguales características que la anterior.

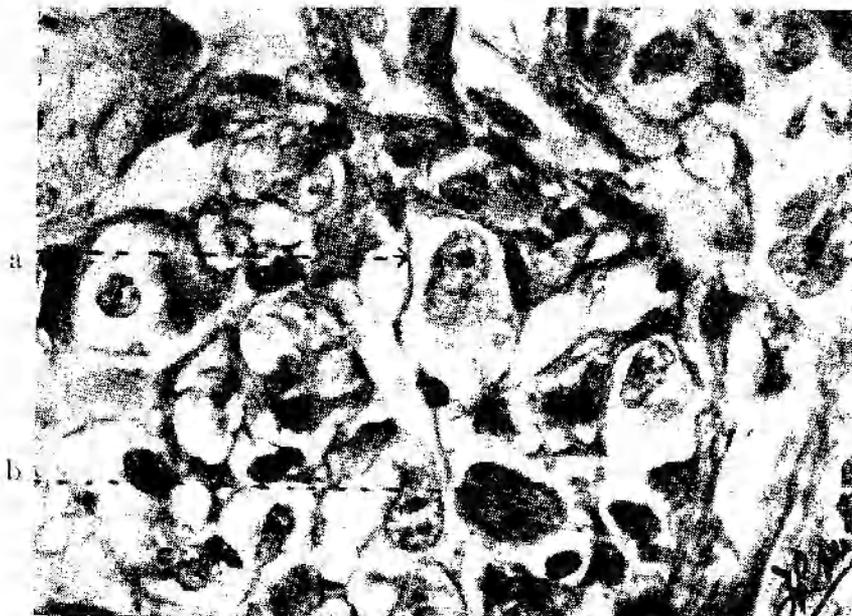


Figura 5. Hematoxilina-Eosina. Gran aumento. Placa 5320.  
Imágenes semejantes a las anteriores, mostrándonos en a) una neta membrana celular y en b) una monstruosidad nuclear.



Figura 6. Hematoxilina-Eosina. Gran aumento. Placa 5322.  
Zona que muestra la disposición del tumor (elementos celulares)  
con protoplasma celular fibrilar acidófilo, a). En b) cromatina  
de una mitosis.

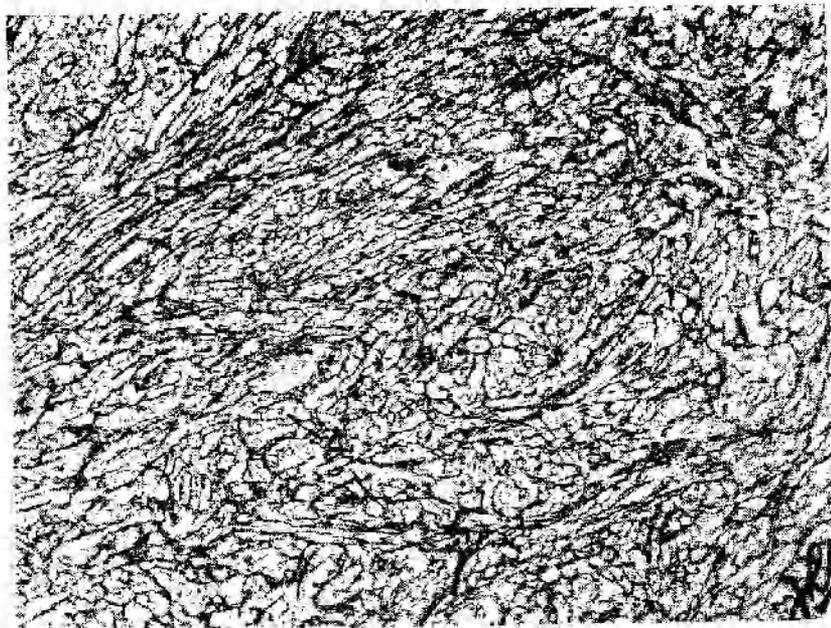


Figura 7. Impregnación argéntica del Rio Hortega sobre cortes  
de parafina. Placa 5325.  
Se destaca una rica red retículo-fibrilar, correspondiente a las  
membranas de envoltura protoplasmática y fascicular.

En algunos campos se ven la terminación de la división nuclear por amitosis; estas imágenes son de observación relativamente frecuente.

El protoplasma se presenta labil y grumoso y con una marcada apetencia acidófila. Se observa una fibrilación marginal muy evidente sobre todo con los métodos tricrómicos y la impregnación argéntica como si formasen una envoltura colágena al protoplasma celular. En el resto del protoplasma hay una tendencia a la disposición fibrilar sumamente tenue. Los límites celulares en la zonas apicales no son perfectos dando la impresión de que se continúan unos con los otros los elementos celulares. En cambio es nítida la separación en las porciones laterales. En los cortes en que aparecen las células seccionadas transversalmente se aprecian las mismas características nucleares y se hace más evidente el estado granuloso del protoplasma y la labilidad del mismo especialmente en las zonas marginales, por lo cual aparecen algunas células donde es evidente y nítida una membrana de tipo colágena.

Recorriendo los campos se notan abundantes monstruosidades celulares y abundantes células gigantes multinucleares repitiendo en detalle las características señaladas anteriormente. Entre los elementos celulares se encuentran cavidades de tipo vascular cuya pared la forman los mismos elementos celulares. Recorriendo los campos se destacan una masa protoplasmática acidófila rodeada por una membrana colágena con núcleos y nucleolos que se colocan en uno de los polos.

*Tricrómico de Masson.* — Con esta técnica se hace evidente la presencia de una finísima trama reticular que envuelve a cada uno de los elementos celulares destacándose con los caracteres antes descriptos.

*Del Río Hortega.* — Igual comprobación tenemos con esta técnica.

Se han practicado coloraciones con la hematoxilina de Heidenhein para el estudio de las fibrilaciones protoplasmáticas no habiendo podido individualizarse en ninguno de los campos miofibrillas segmentadas.

#### BIBLIOGRAFIA UNICAMENTE DE LOS AUTORES CITADOS

- 1º Gayet R. — Les leio-myo-sarcomes de la vessie. "Journal d'Urologie", T. 48, Nº 4, pág. 320, 1940.
- 2º Charles H. T. de Shivers and Kennet P. Henderson. Tumores of de Bladder. "The Journal of Urology", T. 42, Nº 5, pág. 761, 1939.
- 3º Arbor D. Munger. — Primary merothelial tumor of bladder. "The journal of Urology", pág. 228, 1939.
- 4º T. P. Graner. — Leiomioma of the bladder. "The journal of Urology", pág. 594, 1939.
- 5º Gardner. — Citado por Bryan R. Sarcoma of the bladder. "The journal of Urology", pág. 594, 1938.
- 6º Scholl. — Histology and mortality in cases of tumors of the bladder. "Surg Gynec and Obst. 1922". pág. 189.

- 7° *Caulk.* — Citado por Monserrat y García A. E. Rabdomiosarcoma de la vejiga. "Revista Argentina de Urología", 1933, pág. 150.
- 8° *Boltari J. L.* — Contributo a lo studio del sarcoma della vesica. Il Policlinico seg. chirurg., 1925. pág. 601.
- 9° *Monserrat y García.* — Rabdomiosarcoma de la vejiga. "Revista Argentina de Urología", 1933, pág. 150.
- 11° *Keene and Tomkins.* —
- 12° *Kutzman.* —
- 13° *Heitz - Boyer et Doré.* —