

DOS CASOS DE TUMOR DE VEJIGA POCO FRECUENTE. SU TRATAMIENTO

Por los Dres. E. CASTAÑO, ARTURO B. ORTIZ y OSCAR CARREÑO

La casuística urológica registra pocos casos, publicados al menos, de tumores de vejiga a fibras músculo-conjuntivas; motivo que nos indujo a traer al seno de esta sociedad, dos observaciones que hemos creído de algún interés, no ya por su sintomatología común a otras neoformaciones, sino por el tratamiento que en ambos casos fué necesario realizar.

La descripción suscita de ambas historias clínicas, es la siguiente:

Primera observación. — Trátase de un enfermo de la clientela privada del Prof. Castaño, que consulta con una intensa hematuria y signos de cistitis franca. Anteriormente se le había practicado dos electrocoagulaciones por las vías naturales y radioterapia profunda sin ningún resultado.

El examen cistoscópico mostró la presencia de un tumor pediculado con superficie algo mamelonada del tamaño de una nuez grande. La zona de implantación en la mucosa vesical era algo edematosa; conservando el resto de vejiga, su aspecto normal.

Resuelta la intervención se elige la vía suprapública. Abierta la vejiga obsérvase la tumoración con los caracteres antedichos; se procede a su resección a nivel de la parte inferior del pedículo con bisturí eléctrico, se deja drenaje hipogástrico y rubber en el Retzius, cerrando la pared por planos.

El post-operatorio evolucionó sin complicaciones, teniendo especial cuidado de mantener alejada la infección vesical con instilaciones de nitrato de plata.

La cistoscopia practicada un año y cuatro meses después mostró una vejiga sana con una pequeña cicatriz estrellada a nivel del que fuera lugar de implantación del tumor.

El estudio anatomopatológico de la pieza, practicada por el Dr. Julio César Lascano, es el siguiente:

Examen macroscópico. — La pieza operatoria tiene la forma de un ovide aplastado lateralmente de manera que presenta un contorno de forma oval o elíptica y dos caras de aspecto diferente: una de ellas —que corresponde a la cavidad de la vejiga— es de superficie mamelonada y se encuentra recorrida por surcos más o menos profundos que sirven de límites a los mamelones.

El aspecto de esta cara revela que está recubierta por mucosa porque en toda su extensión

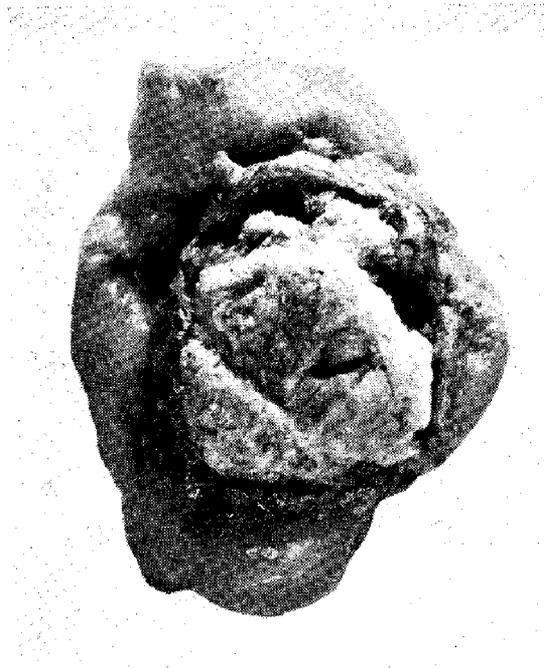


Figura 1
Fotografía de la pieza operatoria vista por su cara externa correspondiendo a lo que parece ser su pedículo de implantación.



Figura 2
Fotografía a pequeño aumento de casi toda la extensión de uno de los cortes histológicos. Se ve la reflexión del epitelio vesical en el pedículo (a).

Coloración: Hemalumbre-eosina. Zeiss, Planar 100 mm.

es lisa y brillante; este mismo aspecto se continúa en los bordes y en toda la zona periférica de la otra cara, cuya parte central cambia fundamentalmente de aspecto.

Del centro de la cara externa nace una vegetación de superficie irregular sin el brillo ni la lisura que caracterizan al resto de la pieza. En la figura 1 —que es una fotografía de tamaño natural— se aprecian los caracteres de esta formación que se implanta en el tumor por medio de una porción más estrechada que parece estrangularse.

Del examen de conjunto de la pieza se deduce que toda la parte de superficie brillante corresponde a un tumor bien limitado y que la zona que acabamos de describir corresponde a

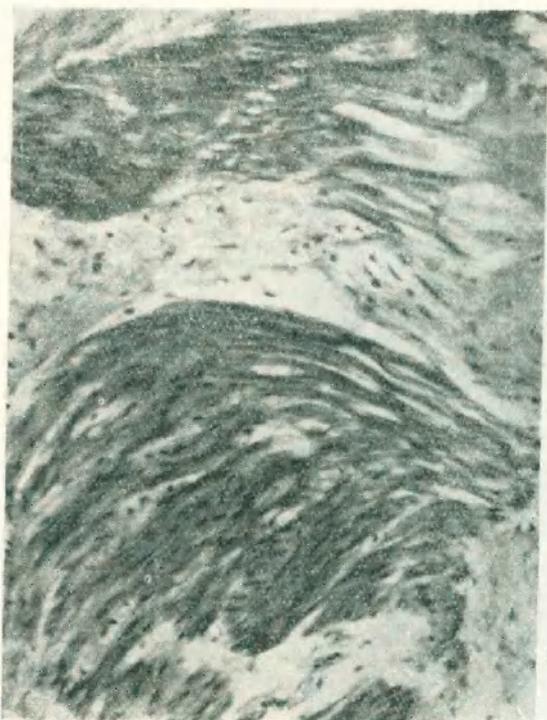


Figura 3

Campo que muestra grupos de fibras musculares lisas, elemento predominante en la constitución del tumor. (Coloración: hemalumbre-eosina. Zeiss, obj. 10 x apoct. oc. 6 x peripl.)



Figura 4

Borde del pedículo tumoral donde se encuentra reacción inflamatoria de la mucosa con hiperplasia de su epitelio (Coloración: Hemalumbre-eosina. Zeiss, obj. aa. sin ocular).

su pedículo, que ha estado fijado a la pared de la vejiga, y su superficie es cruenta precisamente por haberse hecho a su nivel la sección quirúrgica.

El tejido que constituye a este tumor aplastado y pediculado es de consistencia relativamente firme y de color blanco rosado; sobre la superficie de sección se encuentran islotes más brillantes y húmedos que dan la sensación de ser zonas edematosas.

Para el estudio histológico se han hecho cortes paralelos al eje del pedículo y pasando por su centro de manera que comprendan toda la extensión del tumor. La fijación se ha hecho en líquido de Bouin y la inclusión en parafina.

Examen microscópico. — La extensión considerable de los cortes hace difícil la obtención de una fotografía total de los mismos; en la número 2 se ha tomado todo el pedículo —que

ocupa la parte izquierda— y una pequeña parte del tejido que constituye el tumor; puede verse en ella que se diferencian dos clases de elementos: unos más oscuros, dispuestos en fascículos, y otros claros, igualmente fasciculados; los primeros corresponden a fibras musculares lisas y los segundos a tejido conjuntivo ligeramente edematoso. La figura 3 muestra el aspecto que presentan estos dos tejidos vistos con un aumento mediano.

Todo el cuerpo tumoral está constituido por estos mismos elementos que en ningún sitio muestra atipias estructurales ni indicios de proliferar en forma invasora. La mucosa vesical —con las modificaciones lógicas impuestas por la distensión— lo recubre en toda su extensión



Figura 5

Otro punto de la mucosa vesical con hiperplasia de su epitelio que no presenta caracteres atípicos; es una simple hiperplasia reaccional. (Coloración: Hemalumbre-eosina. Zeiss, obj. 10 x apocr. oc. 6 x peripl.)

y puede verse al nivel del pedículo (figura 2-a) como se refleja para recubrir por un lado al tumor y por otro a la propia pared vesical. A este nivel y como consecuencia de una irritación mecánica crónica por los mismos desplazamientos del tumor, se ha producido una reacción inflamatoria que se manifiesta por la presencia de edema, tejido de granulación y una hiperplasia reaccional del epitelio de la vejiga sin que en esta hiperplasia se encuentren elementos que puedan resultar sospechosos de una degeneración epiteliomatosa. Estos caracteres estructurales de la mucosa vesical pueden apreciarse en las figuras 4 y 5.

Diagnóstico. — Pólipo fibromiomaso de la pared de la vejiga sin signos de degeneración maligna.

Segunda observación. — Este es un enfermo del servicio de vías urinarias del Hospital Rawson, al que se le registran los siguientes datos amnésicos de su afección.

H. CL. CCLIII-1-C 34, 30-IX-43. Desde hace cinco meses presenta ardor a la micción y polaquiuria c/½ a 1 hora. En los últimos quince días nota pequeños coágulos de sangre al iniciar la micción, los que aparecen y desaparecen en forma intermitente, hasta que es sorprendido por una hematuria abundante con coágulos que obligan a su extracción por aspiración; se deja tonda bequille a permanencia internándose en el servicio.

El examen posterior nos muestra orinas ligeramente turbias, vejiga con dolor al contacto y distensión y de una capacidad de 100 c. c. El resto nada de particular.



Figura 1
Hemisección del tumor, algo aumentado de su tamaño natural.

Cistoscopia. — 5-X-43. Mucosa vesical congestiva y despulida; a nivel de la pared posterolateral izquierda por encima del meato ureteral una tumoración cubierta por abundante edema bulloso. Como el examen es penoso se posterga aconsejando levajes de nitrato de plata.

Un nuevo examen endoscópico realizado después de un tiempo prudencial muestra una vejiga aún edematosa, y la tumoración —que apenas arroja sombras— presenta en su cúspide una superficie equimótica con un pequeño coágulo adherido. En conjunto de la impresión de un tumor infiltrante.

30-X-43. Se practica una electrocoagulación con anestesia epidural, por vía endoscópica, la que se suspende sin haber hecho progresos apreciables en la destrucción del tumor.

Este enfermo fué dado de alta para seguir un tratamiento en C. E. que abandona luego. Hasta que el día 27 de mayo, 7 meses después, reingresa con una nueva y alarmante hematuria que es tratada por los medios corrientes.

Cistoscopia. — 30-V-44. Vejiga muy vascularizada, la tumoración en la situación ya descripta, del tamaño de una ciruela recubierta de mucosa lisa, presentando en la cúpula una proliferación del tamaño de una lenteja de aspecto irregular muy sangrante, parece ser el sitio de la electrocoagulación anterior.

Se interviene el día 3-VI-44 con anestesia raquídea novocaina 0.10 ctg. Operador Dr. Ortiz, ayudantes Dres. Carreño y Méndez Casariego.

Insición suprapública, abierta la vejiga se fija la pared con puntos temporales.

Como alrededor del tumor la mucosa vesical es sana: se intenta la enucleación digital previa insición de la mucosa en semiluna alrededor de la base tumoral. Llama la atención la



Figura 2
Zona tumoral a pequeño aumento

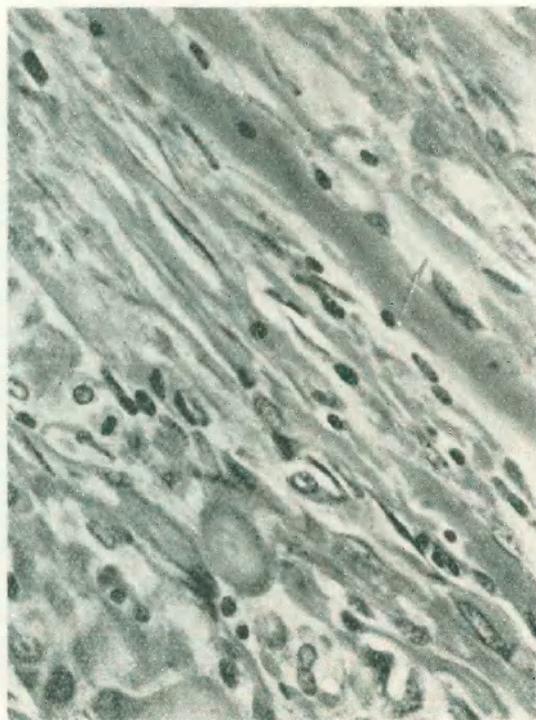


Figura 3
La misma zona a gran aumento.

facilidad con que se realiza la maniobra digital a la manera de un adenoma de próstata y sólo se detiene en una zona adherente que corresponde a la parte necrótica del tumor, terminándose con bisturí eléctrico. Se electrocoagula la superficie cruenta para cohibir la pequeña hemorragia y actuar a distancia. Se deja drenaje hipogástrico, sulfanilamida local y rubber en el Retzius. Cierre de la pared por planos.

Pos-operatorio sin alteraciones. Nitrato de plata en instilaciones. Fué dado de alta un mes después con el siguiente examen cistoscópico; vejiga ligeramente congestiva a nivel de la pared postero-lateral izquierda, pequeña cicatriz estrellada correspondiente a la superficie de sección.

El examen anátomo-patológico practicado por el Dr. Armando Trabucco demuestra tratarse de un leiomiofibroma.

CONCLUSIONES

1º El estudio de las piezas extirpadas nos muestra dos formas de Leiomiofibromas: pediculado e intersticial respectivamente de pronóstico benigno.

2º La sintomatología es semejante a las demás formas tumorales donde predomina el síntoma hematuria.

3º La invulnerabilidad a los procedimientos terapéuticos corrientes: electrocoagulación endoscópica y radioterapia profunda.

4º Como procedimiento de elección la vía cruenta que permite su extirpación total y que puede poner al abrigo de una posible marcha invasora.

DISCUSION

Dr. Bernardi. — *Deseo contribuir a la interesante comunicación de los doctores Castaño, Ortiz y Carreño.*

Se trataba de un enfermo de 48 años de edad, con gran carcinoma de vejiga —internado en el Hospital Fiorito—, que ocupaba casi toda la hemivejiga derecha. A ese enfermo se le practicó una amplia resección, incindiendo el uréter derecho. Se hizo, entonces, una ligadura del uréter y posteriormente, hizo el enfermo una gran pío-nefrosis, lo que obligó a la resección secundaria del riñón.

Lo interesante del caso es que, después de extirpada toda esa gran tumoración, nos quedamos con una vejiga que reconstruída tenía la forma de una vagina.

Este enfermo lleva dos meses de operado; está actualmente en buenas condiciones. Se le viene dilatando la vejiga y esperamos, Dios mediante, que, a pesar de que se trata de un carcinoma, tener suerte en la evolución de este enfermo.

Sr. Presidente. — *Yo le preguntaría al doctor Bernardi cómo estaba el uréter antes de la resección.*

Dr. Bernardi. — *Como estaba completamente obstruído, practicamos una urografía. El exceso de entusiasmo hizo que uno quisiera completar la resección de ese enorme tumor, porque se trataba de un enfermo que se encontraba en más o menos buenas condiciones. Después, ligamos el uréter. Todos sabemos que para que el riñón llegue a la atrofia, si es que llega con la ligadura del uréter, debe hacerse el nudo con el mismo uréter: pero como nosotros no teníamos suficiente campo, hicimos una ligadura con lino, y al cabo de cinco o seis días se esfaceló esa ligadura, por la que empezó a perder abundante cantidad de*

orina, razón por la que llegamos a la conclusión de que el enfermo tenía una pío-nefrosis. Entonces, hicimos la resección renal sin ningún inconveniente.

Dr. Ortiz. — Desearía preguntarte al doctor Bernardi si el tumor que extrajeron de la vejiga era un tumor de fibras musculares, mio-sarcoma . . .

Dr. Bernardi. — No, doctor; se trataba de un carcinoma; por eso, lo he presentado como contribución a su comunicación.

Dr. Ortiz. — Muchas gracias.