

## TUMOR DE VESICULAS SEMINALES CONSIDERACIONES SOBRE 2 CASOS

Por los Dres. A. TRABUCCO, N. CARTELLI y F. J. MARQUEZ

Deseamos poner a consideración los dos siguientes casos de tumores de vesículas seminales, por presentar uno características clínicas interesantes y el otro por ser de un tipo anatomopatológico fuera de lo común.

Comprendemos que es relativamente raro examinar enfermos que se presentan con cuadros clínicos limitados exclusivamente a las vesículas seminales sin intervención evidente de afección prostática y cuando ello sucede es habitualmente con sintomatología referida a otro órgano del aparato génito urinario. Esto es lo que con frecuencia vemos: la referencia testicular en los procesos inflamatorios y la renal en los procesos neoplásicos, siendo este el motivo que comúnmente provoca la consulta médica con el objeto de establecer diagnósticos diferenciales, pues, salvo en muy raros casos, no hay certeza en la localización de la afección y así encontraron enfermos que se nos envían para diferenciar entre un cuadro apendicular o renal frustrados en el lado derecho o para certificar lesiones renales izquierdas que justifiquen el cuadro clínico.

Por otra parte, el diagnóstico diferencial entre tumores malignos primitivos de las vesículas seminales y los tumores metastásicos extrarectales, es muy difícil: y las lesiones son tan semejantes, que frecuentemente es imposible diferenciarlos sin biopsia.

*Straus*, en 1895, llamó por primera vez la atención sobre los tumores extrarectales, al presentar un caso de carcinoma gástrico con metástasis en Douglas.

*Blumer*, en 1909, describió tan clásicamente lesiones metastásicas extrarectales que se les llamó tumores de la cápsula de Blumer.

*Bacón*, en 1939, revisando la literatura encontró 41 casos y presentó 17 propios. En su serie, Bacón encontró que los tumores primitivos se hallaban más frecuentemente en el estómago.

*Buie*, en 1941, revisó 254 casos de tumores extrarectales y encontró en el 66 % de los casos, que la causa de la masa tumoral extrarectal variaba. Observó que los tumores primitivos correspondían a carcinomas gástricos en 30 casos, endometriosis, 30 casos, carcinoma de sigmoide, 26 casos, inflama-

ciones pelvianas, 22 casos, carcinoma de ovario, 14 casos, carcinoma de próstata en 13 casos. En el restante 34 % de los casos, había una gran variedad de procesos patológicos incluyendo carcinoma de mama, tumor óseo de células gigantes, linfosarcoma, ileítis regional, carcinoma de cuello uterino, quiste de ovario, apéndice perforado, úlcera péptica perforada, carcinoma de vesículas seminales, epiteloma de vejiga y carcinoma y sarcoma de tabique recto-vaginal.

Cualquier masa infiltrante palpable en el área considerada normalmente como prerectal superior puede fácilmente confundirse con un tumor primitivo de la vesícula seminal.

Como generalmente el mayor número corresponde a tumores metastásicos de origen gástrico, casi siempre hay trastornos digestivos precoces en la historia de pacientes, en tanto que aquellos con carcinoma primitivo de vesículas seminales, frecuentemente tienen hematuria y disuria.

Otro elemento importante, es la movilidad de la mucosa rectal en los extrarectales, pero casi todos estos tumores, al invadir la pared rectal, se hacen fijos, por lo cual este elemento es de valor relativo.

El carcinoma primitivo de vesícula seminal pertenece a la categoría de los tumores extrarectales, por su sitio y por la palpación.

La frecuencia de este tumor, no es tan rara como podría hacerlo pensar los casos publicados, más aún se cree que muchos tumores diagnosticados como tumores de la cápsula de Blumer, fueron en realidad carcinomas primitivos de vesícula seminal.

El primer caso de carcinoma primitivo de vesícula seminal fué el de Berger en 1871.

En 1942, revisando la literatura encontró McCrea 19 casos y presentó dos propios, desde entonces hasta el año 1948 se citan dos casos por Morales, Alcalde, Obrodor y Perrin, al cual hay que agregar otro caso de McCrea y los dos nuestros suman 27.

*Primer caso.* --- Se trata de un paciente C. E., 40 años, casado, español. Ingresó al servicio el día 2-1-43. Historia N° 901.

*Enfermedad actual.* --- Comienza su enfermedad hace cinco semanas con dolor lumbar izquierdo poco intenso que aumenta progresivamente y se irradia a epigastrio, testículo izquierdo, acompañándose de polaquiuria intensa, que cede solamente con la medicación antiespasmódica y se repite al terminar su efecto.

*Antecedentes hereditarios y personales.* --- Sin importancia, apendicectomía hace siete años. micción fácil, chorro grueso con buena proyección. Orinas limpidas con escaso filamento mucoso.

*Riñones y ureteres.* --- Dolor lumbar izquierdo a nivel del ángulo costo muscular y punto ureteral superior. No se palpa riñón. Lado derecho, sin particularidades.

*Testículos y epidídimos.* --- Tamaño, consistencia y sensibilidad normales en ambos lados. Cordón, normal. Pene, bien constituido. Uretra, libre al explorador N° 25.

*Próstata y vesículas seminales.* --- Próstata chica, lisa, indolora, bordes netos, surco medio palpable, no dolorosa, consistencia normal, deslizándose bien la mucosa. A unos 3 cms. por palpación bimanual, se toca resistencia dura, regular, del tamaño de un garbanzo. Vejiga, examen físico negativo. Capacidad conservada, poco sensible a la distensión.

*Cistoscopia.* --- Mucosa brillante y de aspecto normal en toda su extensión. Cuello regular, orificios ureterales de aspecto y situación normal. Exámenes clínicos generales. Buen estado general, lengua húmeda, mucosas bien coloreadas, 61 kilos de peso. Pupilas iguales, reaccionan bien a la luz y acomodación. Boca en buen estado. Aparato respiratorio

y circulatorio sin particularidades. Presión arterial, Mx11 Mn. 6 Abdomen sin particularidades. Reflejos normales.

*Análisis de orina.* — Color amarillo ámbar. Aspecto: Límpido. Sedimento, nulo. Espuma, escasa. Reacción ácida. Densidad 1014. Urea: 12.22 %. Cloruros 8 %. Albúmina, glucosa, sangre y pus no contiene. Sedimentos, escasos hematíes y leucocitos. Recuento de glóbulos rojos: 4.200.000. Glóbulos blancos: 9.800, 55-1-48. Neutrófilos 67 %. Eosinófilos 2 %. Valor globular 1. Azohemia 0.30 %. Tiempo de coagulación 6'. Tiempo de sangría 1'.

*Estudio radiográfico.* — Urograma 17-XII-47 y 27-XII-47. Radiografía simple, no se observan sombras calculosas. Riñones de forma, tamaño y posición normales. En ambos urogramas obtenidos a los 5, 15, 35 y 50 minutos, se observa buena función en ambos lados con cálices, pelvis y uréteres normales en ambos lados. Descenso del riñón derecho y reforzamiento de la imagen urétero-piélica izquierda por ectasia, visualizándose en dicho lado amputación del uréter a un través de dedo por encima de la espina ciática. (Fig. 1).

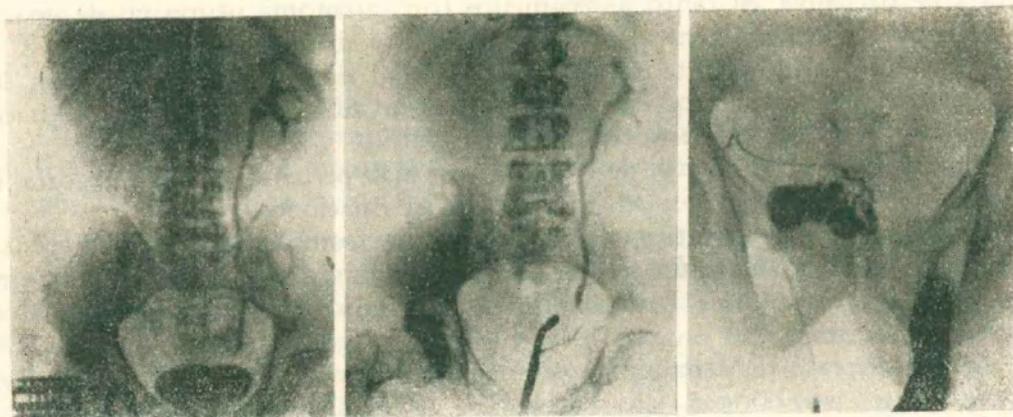


Figura 1. — Radiografía de excreción. Interrupción yuxtavesical. Discreta dilatación supraestriktural.

Figura 2. — Pielografía ascendente. Imposibilidad de pasar el cateter por arriba de la porción intramural del ureter.

Figura 3. — Vesiculograma izquierdo negativo.

*Pielografía ascendente izquierda.* — La sonda uretral penetra únicamente unos tres centímetros dentro del uréter, observándose a la ureteropielografía falta de relleno a un través de dedo por encima de la espina ciática y discreta dilatación del uréter y pelvis por encima de la misma. (Fig. 2).

Con diagnóstico de cálculo ureteral transparente es intervenido el enfermo.

*Operación.* — Día 8-1-1948, Doctores Cartelli y Márquez.

Anestesia raquídea 0,12 g de Novocaina, se practica una incisión sobre la bisectriz formada por el borde externo del recto y la arcada de Poupar. Se reclina peritoneo pelviano y se investiga uréter, el que se halla con proceso de periuretritis más o menos marcada. A 3 ó 4 centímetros de la vejiga se encuentra un proceso de periureteritis del tamaño de una ciruela dura, irregular, que no permite la palpación del cálculo. Se libera el uréter y se practica una pequeña incisión longitudinal introduciendo una sonda ureteral por debajo y por encima, no hallándose el cálculo sospechado por la radiografía. Se termina la liberación del uréter en su porción pelviana y se fija con dos puntos para mantenerlo sin acodaduras. Cierre de pared por planos dejando drenaje y stopton peritoneal.

El urograma de control (Rad. N° 8225) obtenido 17 días después de ser dado de alta muestra aumento de dilatación ureteropielica del lado izquierdo.

La pielografía ascendente izquierda muestra dilatación ureteropielica. El tiempo de evacuación a los 10 minutos nos permite ver que las sustancias opacas se encuentran aún en uréter y pelvis.

Después de la pielografía aparecen escalofríos intensos, dolor lumbar izquierdo, temperatura en pico y vómitos que se tratan con penicilina y leucotropina, continuando dicho estado durante diez días y resistiendo únicamente estado nauseoso postprandial que se corrige con sulfanesia cada ocho horas. El estado general del paciente mejora poco y a pesar de la medicación estimulante y las transfusiones (que deben suspenderse por la intolerancia) no se consigue modificar ese estado.

En un nuevo examen practicado inmediatamente el tacto rectal pone de manifiesto una tumoración por encima de la próstata, del tamaño de una nuez, dura, irregular, dolorosa, que se mantiene con los mismos caracteres en los tactos practicados en otras oportu-

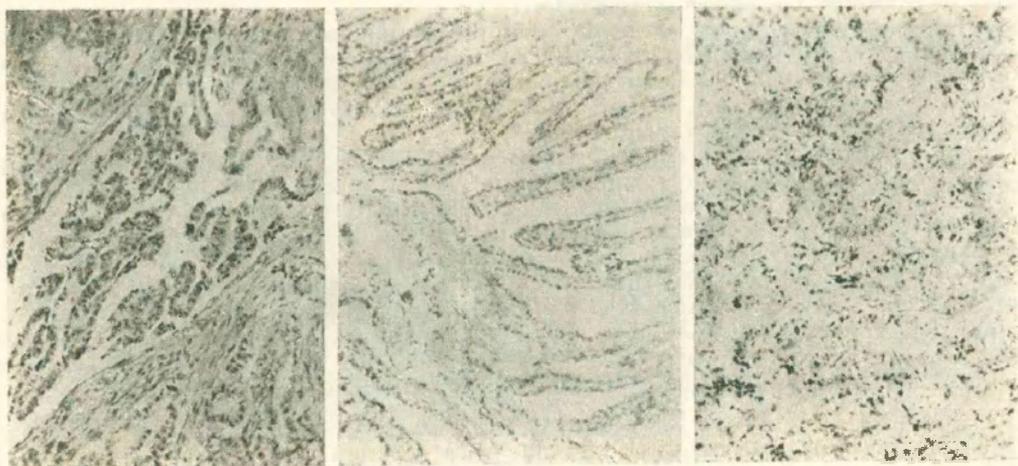


Figura 4. — Estructura de vesícula seminal. Objetivo 4. Ocular 8.

Figura 5. — Transición a la malignidad. Objetivo 4. Ocular 8.

Figura 6. — Zona de epitelioma vesicular infiltrante.

nidades. Ante la sospecha de tratarse de un proceso neoplásico de vesícula seminal se decide practicar una biopsia, vesiculografía y rectosigmoideoscopia. La rectosigmoideoscopia muestra mucosa rectal de aspecto normal hasta los 30 cm. La vesiculografía doble por vía canalicular 12-3-48 muestra vesícula derecha normal y amputación del conducto deferente del lado izquierdo. (Fig. 3).

La biopsia (b41) permite observar un tejido formado por elementos glandulares, sin estructura característica y cuyas células denotan distintos grados de atipia, haciéndose el diagnóstico de adenocarcinoma, sin poder precisar el órgano de origen.

Con diagnóstico de tumor de vesícula seminal izquierda es intervenido nuevamente el día 30-III-48. Doctores Trabucco, Cartelli y Márquez. Anestesia raquídea (0.12 g). Posición ginecológica. Incisión transversal curva. Concavidad inferior en periné y liberación de tejidos seccionando el rafe medio llegando hasta la próstata.

Se incinde la aponurosis de Denonvilliers y se libera cuidadosamente hasta llegar a la vesícula facilitando esta maniobra con el tractor de Young colocado en vejiga. Se llega a la vesícula seminal izquierda, que se halla transformada en una masa dura, irregular, adherida a vejiga y recto y cuidadosamente se trata de extirpar dicha masa. Durante estas maniobras se abre el recto y la vejiga, suturando cuidadosamente estos dos órganos, hemostasia cuidadosa, dejando drenaje de gasa, sulfamida en la herida. Tubo rectal introducido 30 cm en el recto y sonda uretral permanente.

Cierre de piel con cuatro puntos de crin.

*Postoperatorio.* — Se prescribe penicilina, suero fisiológico, suero glucosado hipertónico, tónicos cardiacos y sedantes.

Ha cesado el dolor lumbar izquierdo. A los cinco días, deseos de evacuar, que el enfermo efectúa entre la sonda rectal y el recto, motivo por el cual se le quita el tubo. Al día siguiente, salida de materias fecales por la incisión perineal. Con todo, el estado general del enfermo ha mejorado notablemente, a pesar de existir un ardor esofágico que le impide la alimentación durante unos siete días, cede con alcalinos.

Se quitan los puntos de crin a los ocho días. Deja de salir materia fecal por el periné. Curas planas. Se quita sonda uretral a los doce días. El paciente orina con facilidad cada dos o tres horas. Se le da de alta a los veinte días de operado para asistir al consultorio externo. No se han tenido más noticias de este enfermo.

*Anatomía patológica.* — Se siguen las piezas con los métodos habituales de fijación, aclaración y montaje, y se colorean con hematoxilina-eosina, tricómico de Masson y mucicarmín, obteniéndose los siguientes resultados:

Primera preparación: En un borde de la preparación, se puede observar a la mucosa rectal, completamente normal, soportada por un corion mucoso y tejido submucoso perfectamente normal en una parte de la preparación.

En la otra, desaparición de tejido submucoso, estando invadido por estructura que componen prácticamente toda la preparación.

Las estructuras antedichas están formadas por elementos glandulares, sin caracteres típicos, formando conductos sinuosos irregulares y anfractuados. (Fig. 6).

Las células que forman estos conductos son elementos de forma irregular, de coloración diferente, que en muchas ocasiones se deslizan por fuera de la basal invadiendo tejidos circundantes. Obsérvanse algunas células multinucleadas, y divisiones atípicas bi y tripolares.

Esta estructura adenocarcinomatosa desaparece en algunas zonas adquiriendo una conformación confusa de neta invasión intersticial.

En otras preparaciones obsérvanse las mismas características enunciadas más arriba, pero como existe una zona de vesícula poco alterada, permite ver la similitud del órgano entre las formaciones adenocarcinomatosas y la vesícula normal. (Figs. 4 y 5).

*Consideración del caso:* Dada la poca frecuencia con que se encuentra el cáncer primitivo de vesícula seminal, ya que los casos publicados hasta la fecha suman 25, es que hemos creído de interés la presentación de este caso, el cual lo consideramos de interés, en primer lugar, porque los síntomas que acusaba el paciente no eran semejantes a los casos publicados (hematuria, disuria, etc.) sino síntomas de afección renoureteral, lo cual coincidiendo con una imagen radiográfica, que se interpretó como un cálculo transparente hizo que la primera intervención practicada para la extracción del supuesto cálculo, resultase infructuosa, ya que en lugar del cálculo se encontró únicamente una zona de periuretritis que pudo ser debida a la lesión de vecindad.

El nuevo tacto practicado poco tiempo después teniendo presente el fracaso del diagnóstico anterior, mostraba el aumento de tamaño de la masa existente en el sitio correspondiente a la vesícula seminal izquierda con aumento de consistencia, que indujo a pensar inmediatamente en que estábamos en presencia de un tumor de vesículas seminales, tal fué el diagnóstico que se planteó y que la biopsia confirmó sin dejar dudas.

*Segundo caso.* — Se trata de A. C., argentino, casado, empleado, y en el que, el examen clínico urológico de rutina, nos reveló solamente una vesícula seminal derecha del tamaño de una ciruela, dura, irregular, poco dolorosa, móvil y la próstata discretamente aumentada de tamaño, pero con las características anatómicas conservadas.

La citrosedimentación, efectuada al día siguiente del examen fué de 18 mm en la primera hora y de 29 mm en la segunda, estando la fórmula leucocitaria y el recuento glo-

bular dentro de los límites conservados como normales e interpretamos este cuadro clínico como una vesiculitis, tratándolo como tal, es decir, con antibióticos y sulfamidas.

En el nuevo examen efectuado a los diez días el enfermo manifestó sentirse bien y que solo esporádicamente siente un "pinchazo" a nivel de la fosa iliaca derecha, pero que no hay náuseas ni vómitos. Además trae un examen seriado gastroduodenal que, al parecer, no muestra lesiones, lo que confirma el informe del radiólogo. La vesícula seminal se palpa disminuida de tamaño, pero con sus características de dureza e irregularidad, aconsejándose seguir durante diez días más con estreptomocina a razón de un gramo diario.

Pasan ocho días y el enfermo vuelve a la consulta con dolor en la fosa iliaca derecha, náuseas, algunos vómitos y dolor lumbar, mostrándonos al tacto rectal una vesícula seminal del tamaño de un huevo de gallina con los caracteres ya descritos, pero más dolorosa.

En vista de la evolución del proceso, decidimos hacer un examen endoscópico encontrando en la cistoscopia sólo discreto levantamiento del hemitrígono derecho y congestión



Figura 7. — Vesiculografía deferencial anteroposterior. Marcado desplazamiento del conducto deferente paravesicular y alteración de la imagen de la vesícula.

Figura 8. — Vesiculografía oblicua. Considerable separación de la vesícula y marcada deformación de la pared posterior de la vejiga.

Figura 9. — Uretrocistografía. Deformación de la parte izquierda del trigono vesical.

de esa zona que llega casi hasta el cuello vesical. El examen panendoscópico nos muestra mayores lesiones, las que están representadas por una marcada congestión de la uretra posterior, verumontanum aumentado de tamaño e irregular, visualizándose el orificio del conducto eyaculador entreabierto y edematoso, lo que nos indujo a practicar un cateterismo e instilar 5 cm<sup>3</sup> de sulfocrisoidina.

Internamos inmediatamente al enfermo e insistimos en la medicación antibiótica, obteniendo una discreta mejoría. Con el enfermo internado, se decide hacer una vesiculografía retrógrada previa vasopuntura derecha y con el objeto de obtener la imagen vesicular y al mismo tiempo aprovechar las propiedades antisépticas del aceite yodado al 50 %, que usamos como medio de contraste.

El examen radiológico de frente nos muestra una vesícula seminal derecha de aspecto casi normal, pero con tres detalles que llaman la atención: 1º) La desviación de la vesícula seminal hacia la línea media; 2º) El desplazamiento hacia arriba y adentro del conducto deferente describiendo una curva mucho más amplia que la normal, en su trayecto intrapeelviano; 3º) La perfecta permeabilidad de la vía espermática, lo que nos indujo a desechar la idea de un proceso neoplásico de la vesícula seminal en estudio. (Fig. 7).

En la radiografía obtenida en posición oblicua se nota mejor que en la anterior la

permeabilidad espermática y aquí aparece otro detalle importante y es la separación existente entre la vesícula seminal inyectada y la vejiga, que se hace visible por el aceite iodado que ha refluído a su cavidad. (Fig. 8).

Después de dos o tres días volvemos a tectar a nuestro enfermo y notamos la disminución del tamaño de la tumoración y la desaparición de la sintomatología digestiva, lo que unido a la necesidad de camas con carácter de urgencia, decidimos darlo de alta y continuar los estudios radiográficos que nos faltaban y otros exámenes complementarios en consultorio externo.

Es así como seguimos recogiendo pequeños datos que fueron redondeando el diagnóstico. En la uretrocistografía de frente pudimos observar un discreto rechazo de la vejiga hacia la izquierda y una pequeña elevación de la hemivejiga derecha y en la placa obtenido en posición oblicua un desplazamiento de la vejiga hacia adelante, no encontrando anomalías en las imágenes uretrales. (Figs. 9 y 10).

El examen radiológico simple del árbol urinario no reveló sombras sospechosas ni



Figura 10. — Uretrocistografía oblicua. Marcado rechazo del trigono y pared posterior de la vejiga.

Figura 11. — Urografía excretora. Nefroureterograma superior normal. Falta de relleno vesical derecho sin dilatación ureteral.

Figura 12. — Urografía postoperatoria. Buena función renal. Neostomía vesico-ureteral bien funcionante.

cálculos ni modificaciones de las áreas renales, pero el urograma excretor nos da datos importantes. En las placas de los 10 y 30 minutos, vemos dos alteraciones que llamaron inmediatamente nuestra atención, y fueron: 1º, la amputación y acodadura del uréter pelviano hacia adentro, en forma de palo de golf, y 2º, la menor concentración de la substancia opaca en la hemivejiga derecha con respecto a la izquierda. (Fig. 11). Sin embargo, a pesar de la amputación pelviana del uréter, no tenemos dilatación alta, lo que nos indica que aquí, lo mismo que en la vía espermática, hay perfecta permeabilidad y también buen peristaltismo ureteral.

Como complemento del estudio radiográfico que efectuamos, intentamos hacer una pielografía ascendente a lo Chevassu, no siendo posible por la elevación del trigono derecho que nos impidió cateterizar el meato ureteral de ese lado. Practicamos, sin embargo, dos exámenes radiográficos de aparato digestivo, el primero por ingestión que no dió alteraciones de tránsito ni deformaciones y el segundo por enema que nos reveló un intestino grueso libre de anomalías, tanto en la placa de relleno como en la de evacuación.

Nos queda por fin, investigar la naturaleza de la tumoración y preparamos al enfermo para hacer una biopsia por punción con el trocar de Maraini, encontrándonos con el incon-

veniente que éste no tenía longitud suficiente para llegar a la masa tumoral, por lo que se intenta hacer biopsia por aspiración con un trocar de 16/10 mm. no pudiendo obtener, a pesar de estar en pleno tumor, material para estudio anatomopatológico.

Llegamos a esta altura del estudio clínico de nuestro enfermo, hicimos una "puesta al día" de los signos que habíamos obtenido, con el objeto de tener un diagnóstico clínico firme y con él tomar la resolución terapéutica más aconsejable. Así pues, nos encontramos con:

1º Una tumoración ya del tamaño de una mandarina, dura, de superficie irregular, movilizable por la palpación bimanual en sentido vertical y muy poco en sentido transversal, muy poco dolorosa y de bordes netos.

2º Rechazo de la vesícula seminal hacia la línea media.

3º Aumento de la curvadura del conducto deferente en su trayecto intrapélvico sin modificación de su permeabilidad.

4º Marcada separación vésico-vesicular.

5º Amputación del uréter pelviano y su desviación hacia la línea media en forma de palo de golf, sin trastornos para la evacuación urinaria.

6º Mayor acumulación de la sustancia opaca excretora en la hemivejiga izquierda.

7º Elevación y discreto rechazo de la hemivejiga derecha.

8º Elevación franca del trigono que impide el cateterismo ureteral derecho.

9º Discreto aumento de la eritrosedimentación sin representación gráfica en las repetidas formas leucocitarias y recuentos globulares efectuados.

10º La reacción de Imaz-Lorens-Ghedini y la Cassoni negativa, lo mismo que la Wasserman, Kahn y Hanger.

1º La falta de respuesta a las medicaciones anti-infecciosas puestas en práctica, ya fueran locales o generales.

Con todos estos elementos, hicimos diagnóstico de proceso neofornativo intervésico-vesicular, macizo, por probable inclusión embrionaria.

Con este diagnóstico decidimos efectuar la enucleación del tumor y el 28 de julio se practica la intervención quirúrgica, actuando como cirujano el Prof. Dr. Trabucco y ayudando los Dres. Márquez y Bedoya, usando como anestesia la raquídea continua combinada con Pentothal gota a gota endovenoso.

Se hace incisión mediana umbilicopúbica que interesa todos los planos hasta el espacio prevesical y se reclina hacia arriba el fondo de saco peritoneal, lo que nos permite palpar a nivel de la cara posterior y lateral derecha de la vejiga una tumoración dura, de superficie irregular, del tamaño de una naranja chica. Se libera la hemivejiga derecha, reclinando el órgano hacia la izquierda y el fondo de saco peritoneal hacia arriba, obteniendo si un excelente campo operatorio y se procede a buscar un plano de clivaje que permita hacer la enucleación del tumor, llamando la atención la vascularización peritumoral y la fragilidad de los vasos. Se comprueba a esta altura de la intervención la profunda unión que hay entre la masa tumoral y la pared muscular de la vejiga, lo que unido a las características macroscópicas de la neoplasia y la gran irrigación hecha en base de vasos neofornados, nos hace pensar que habíamos equivocado el diagnóstico y que siendo éste originado en la pared vesical nos veríamos en la necesidad de efectuar una cistectomía posiblemente total.

Sin embargo, quisimos tener la certeza absoluta de la imposibilidad de enucleación del tumor solamente, pues como ya lo hemos comentado en un trabajo anterior, no creemos que la cistectomía total sea aún solución satisfactoria en el momento actual, en el problema del cáncer de vejiga. Por lo tanto, se sirvió con una cuidadosa disección de la parte posterior del neo, encontramos al conducto deferente adherido a esta cara y se secciona entre dos ligaduras, lo que nos permite un avance en el cual encontramos el plano de clivaje buscado, pudiendo entonces liberar la masa tumoral de la pared vesical, pero al llegar a la parte más inferior del proceso neoplásico se ve al uréter derecho unido al mismo en forma tal que es necesario ligar y seccionar. Una vez hecho esto se puede terminar la liberación notando que la vesícula seminal derecha forma cuerpo con la cara lateral interna de la neofornación. Se coloca un clamp tomando el ligamento lateral de la vejiga y se extirpa en bloque el proceso tumoral. Procedemos luego a hacer una cuidadosa hemostasia observando al finalizar ésta que hay aún un resto de tejido neoplásico en la parte más inferior de la cavidad. Se extirpa juntamente con la zona de trigono vesical al cual está adherido, confirmando la exploración posterior la extirpación total del proceso que había motivado la intervención quirúrgica.

Nos queda ahora por hacer la restitución de los órganos seccionados, es decir la vejiga y el uréter. Empezamos por la primera haciendo sutura con puntos separados en dos pla-

nos, usando como reparo una sonda colocada en la vejiga por la uretra, en forma de evitar que quede una brecha vesical, que de acuerdo a su posición, sería muy difícil de cerrar más tarde.

Solucionada la parte vesical nos restaba el problema más serio que era decidir la conducta a seguir con el uréter seccionado y nos inclinamos por su reimplantación en la vejiga.

Para llevar a cabo esta reparación procedimos primeramente a liberar el uréter desde su cruce con los grandes vasos hasta el lugar donde estaba seccionado, respetando el tejido periurteral portador de vasos y nervios y obtuvimos en esa forma una longitud de uréter que nos aseguraba una implantación sin tracciones. Se practica una incisión paramediana en el techo vesical de tres centímetros que interesa exclusivamente la capa muscular, siendo perforante sólo en la comisura inferior y además se practica una cistostomía mediana. Volvemos ahora al uréter y lo cateterizamos con una sonda N<sup>o</sup> 6 que se introduce hasta la pelvis renal y se fija con una ligadura para evitar su movilidad. luego se pasa el catéter por el extremo perforante de la sección vesical paramediana y con un clamp se extrae por la cistostomía efectuada en la línea media, dejando el catéter exteriorizado. Se procede en seguida a colocar tres puntos que van del periuréter a la vejiga y que actuarán como puntos de anclaje y luego se sutura el lecho labrado anteriormente en la pared vesical, en dos planos.

Se coloca sulfamida en la cavidad retro-vesical y un pequeño "packing"; dejando además un tubo Marion suprapúbico y se sutura entonces la pared de la vejiga en dos planos y se practica la suspensión del órgano previo drenaje con una lámina de goma del espacio pre-vesical.

Se termina la intervención con la sutura de la pared abdominal con catgut y la piel con algodón dejando exteriorizados el tubo Marion y la sonda uterteral.

Durante el acto operatorio se transfunden 750 grs. de sangre total y 300 c.c. de suero fisiológico quedando el enfermo con una tensión de 14 cm. y buen estado general.

El post-operatorio fué bien tolerado y se medicó con antibióticos, transfusiones y sueros, siendo la diuresis izquierda de 300 grs. y la derecha de 450 grs. a las 24 horas. A los 4 días se moviliza el "packing" y se quita totalmente a los siete, colocando entonces una lámina de goma como drenaje.

A los 12 días se quita la sonda del uréter reimplantado y a los 15 se saca el tubo de Marion, colocándose sonda uretral N<sup>o</sup> 13 multiperforada.

A las tres semanas de la intervención quirúrgica aparece vómitos y dolor en barra epigástrica lo que se atribuye, lo mismo que los vómitos iniciales a la irritación del peritoneo pelviano, por lo que se explora la herida operatoria y se lleva hasta el espacio retrovesical un tubo de vidrio acodado en forma apropiada y se consigue extraer unos 15 c.c. de líquido achocolatado e inodoro, con el cual se hacen extendidos, pero no se encuentran gérmenes. Se deja en ese trayecto un tubo al cual se conecta una bomba de agua para facilitar el drenaje de la cavidad y desaparece la sintomatología digestiva durante 5 días, al cabo de los cuales aparece nuevamente pero ahora acompañada de melena. Dos días más y se instala un síndrome pilórico típico que, de acuerdo con el clínico que lo examinó, se medica como si fuera provocado por un proceso ulceroso juxtapiórico que se mantuvo asintomático clínica y radiográficamente.

A esta altura del postoperatorio se quita la sonda uretral y se efectúa un examen radiográfico de su aparato urinario encontrándose que la reimplantación ha sido perfectamente tolerada y sólo se observa una discreta ureterectasia.

Con la medicación y régimen instituido primero cedieron y luego desaparecieron los trastornos digestivos, siendo dado de alta el enfermo a las seis semanas de la intervención quirúrgica y continuando en tratamiento con el clínico por su proceso gástrico.

Nos enteramos más tarde que el proceso gástrico siguió su curso, instalándose un cuadro pilórico nuevamente, que tuvo que ser solucionado quirúrgicamente, practicándose una enteroanastomosis sin haber podido encontrar en la minuciosa exploración practicada ninguna lesión de aparato digestivo alto que justificara el síndrome pilórico el cual se atribuyó a una masa ganglionar retroperitoneal que se extirpó para examen anatomopatológico y que fué enviada a nuestro Servicio para su estudio.

#### ANATOMIA PATOLOGICA.

*Descripción macroscópica.*—La pieza extraída tiene el tamaño de un gran huevo, su diámetro mayor llega hasta los 8 cms. y sus diámetros menores son aproximadamente de 5 cms. cada uno. Es de forma ovoide pero de superficie irregular. En la parte inferior tiene adherido otro tumor del tamaño de una nuez que parece una formación del mismo tipo.

La superficie externa es abollonada, irregular y tiene adheridos en su cara algunos restos de la pared vesical. Existe en el polo inferior, probablemente parte interna, una estructura que penetra dentro de la masa tumoral y que está compuesta por un grupo de conductos, dando la sensación de un área cribada por cuatro o cinco agujeros. Estos conductos están entrelazados entre sí y se asemejan al corte de una glándula seminal. Pasan por allí también algunos vasos dando la impresión de establecerse en forma de pedículo. El color de esta formación es blanco rosado, su consistencia es firme y algo elástica. No deja resumir jugos de ninguna especie.

Abierta la pieza podemos observar que al corte, da la impresión de estar formada por múltiples masas guardando un aspecto policéntrico, como si fuesen múltiples fibromas separados por tabiques conjuntivos aunque no con el aspecto regular del fibroma, sino más bien en tipo polimorfo.

En la zona por donde entraban los conductillos que simulaban una glándula seminal se puede observar que se trata en efecto de la vesícula seminal que penetra dentro de la masa tumoral, perdiéndose aparentemente en las profundidades de la misma, como si esta vesícula

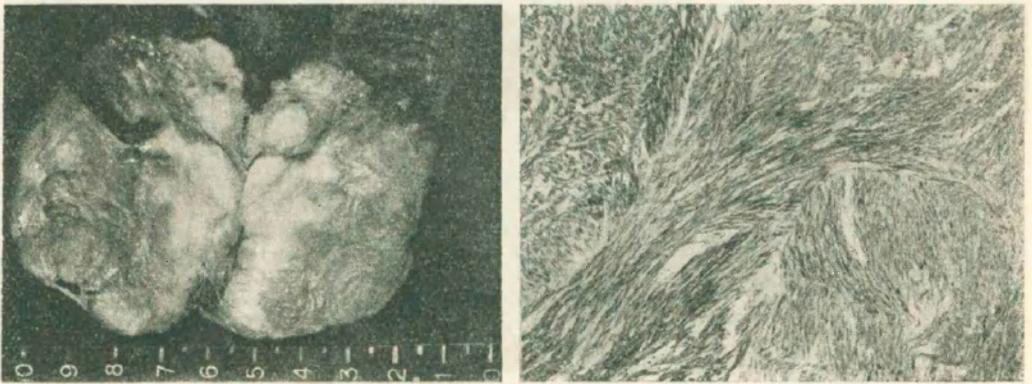


Figura 13. — Tumor macroscópico.  
Figura 14. — Zona de fibroleiomioma.

seminal se encontrase en cierto modo rodeada por la tumoración aunque desembocando por fuera de ella en forma macroscópicamente visible.

La otra pequeña formación que se encuentra adosada en la parte inferior tiene las mismas características que lo descrito anteriormente, aunque su tamaño es mucho menor (Fig. 13).

*Descripción histológica.* — Para el estudio histológico hemos empleado los métodos habituales de fijación e inclusión en parafina, coloración con hematoxilina-eosina y tricrómico de Masson. Como algunas zonas denotaban la presencia de células pálidas, como vacuoladas, empleamos también coloraciones especiales para la búsqueda de mucina, como la Muci-carmin del Mayer.

Para el estudio histológico hemos empleado varios trozos primeramente un trozo interesando a la vesícula seminal; 2º) un trozo de la zona vecina a la vesícula seminal y por último un trozo tomado en plena masa tumoral.

El primer trozo que interesa la vesícula seminal, nos revela efectivamente que se trata de la glándula con su aspecto característico. Su epitelio mucoso distribuido en forma dendrítica con basal bien conservada y como separado en múltiples compartimentos formando otros tantos acinis glandulares, no deja ninguna duda de que se trata de vesícula seminal.

Coloreado el corte con mucí-carmin de Mayer nos encontramos con que la secreción toma, en casi todas las glándulas, el carmin de Mayer, coloreándose no sólo en el contenido amorfo intraacinoso, sino también los protoplasmas apicales supranucleares de las células que se sitúan en los acinis. Debemos manifestar también que no todos los acinis están cargados de substancias que se colorean con el mucí-carmin. Hay algunos que no presentan ninguna afinidad así como otros presentan una afinidad muy selectiva.

Rodeando a la vesícula seminal se encuentra el tejido conjuntivo en forma de haces que, si lo observamos con coloraciones selectivas como el tricrómico de Masson, nos dejara ver lo siguiente: en las vecindades de la vesícula seminal se encuentran numerosas fibras musculares entrelazadas en forma fascicular denotando una perfecta pared del órgano bien conservada, pero, alrededor de la vesícula se encuentra un tejido laxo cargado con vasos arteriales, venoso, linfáticos y nervios que se unen en íntimo contacto y por intermedio de este puente, por así decir, adventicio, con la masa situada en la vecindad. La coloración selectiva tricrómico de Masson nos permite observar que se trata de un manifiesto leiomioma surcado y separado por múltiples bandas de haces conjuntivos pero de aspecto netamente benigno, haciendonos pensar, hasta ahora en un proceso leiofibromatoso que rodea a la vesícula seminal (Fig. 14).

Sin embargo, el tercer corte hecho a distancia nos revela lo siguiente: múltiples formaciones glandulares de diverso aspecto y conectura. Así por ejemplo en una zona de esta preparación tenemos elementos muy parecidos a la vesícula seminal que antes describimos. Su estructura es netamente acinosa, surcada por múltiples trabeculas, con epitelio aparentemente

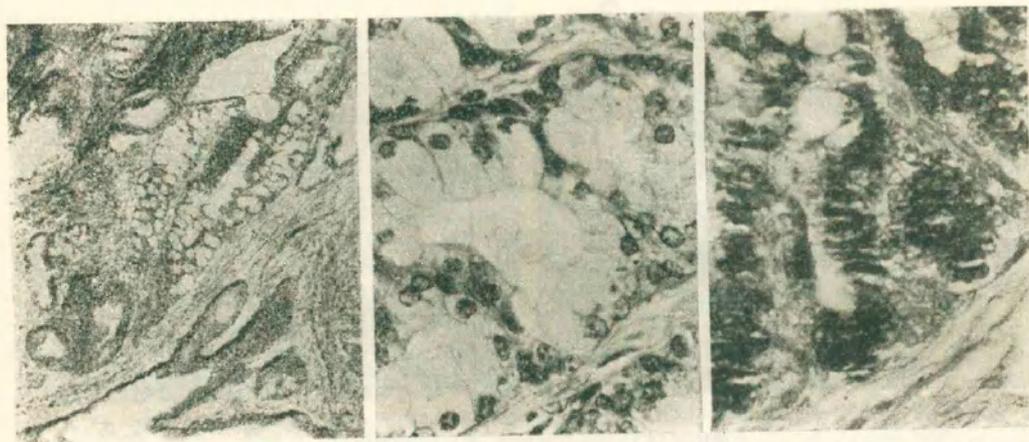


Figura 15. — Adenocarcinoma de vesícula seminal con metaplasia mucosa. Obj. x. Ocular 8 Leitz. Tricrómico de Masson.

Figura 16. — Adenocarcinoma mucoso. Obj. 6. Ocular 8. Tricrómico de Masson.

Figura 17. — Adenocarcinoma mucoso. Obj. 6. Ocular 10. Mucicarmin de Mayer.

similar al de la vesícula seminal, pero justamente al lado de estos elementos de aspecto de vesícula seminal normal, encontramos otras glándulas en las que la célula cambia de aspecto diferenciándose de las vesículas seminales. Esta diferenciación consiste en que su protoplasma está vacuolado en total con un núcleo basal con la membrana perfectamente conservada dando la sensación de ser glándulas mucíparas (Figs. 15 y 16). Llama la atención que en medio de acinis normales se observan acinis de glándulas mucíparas. Si seguimos observando la preparación, podemos ver que, en otras zonas, las formaciones glandulares van aumentando de tamaño y van alterando en la estructura anatómica. El contenido de muchas de ellas está formado por formaciones simpexiales parecidas a las prostáticas, adquiriendo, en cierto modo el aspecto de las glándulas adenomatosas prostáticas pero con el estudio prolijo de todas estas masas glandulares encontramos en distintas zonas que la proliferación se hace de tal manera que no es solo una, sino varias las capas glandulares que se pueden observar. Estas son pluriestratificadas, sin basal, desparramándose las células en el medio ambiente, adquiriendo entonces un aspecto netamente carcinomatoso de tipo adenóide. También llama la atención que en algunas de las zonas que adquieren ese tipo adenocarcinomatoso se encuentran otras imágenes en las que la presencia de células vacuoladas del tipo de mucina son perfectamente evidentes. Se puede observar también una gran glándula que ocupa prácticamente toda la preparación a lo largo y en la que la proliferación epitelial es muy marcada, introduciéndose profundamente con múltiples brotes de tipo pluriestratificado, pudiéndose hacer perfectamente el diag-

nóstico de adenocarcinoma (Figs. 18 y 19). Esta pieza coloreada con mucicarmin nos da los siguientes datos: obsérvanse en general, una afinidad al carmin, prácticamente revelable en todos los elementos adenocarcinomatosos, pero en algunos especialmente están en forma perfectamente evidente y manifiesta con células netamente mucíparas, con núcleo basal cuyo protoplasma se carga con mucina y toma el carmin intensamente (Fig. 17). Estos núcleos de células netamente mucíparas se hallan muy próximos a la zona en donde la manifestación adenocarcinomatosa es evidente, dando la impresión de que justamente en esas zonas se produce la transformación entre la glandula carcinoma también descargada de elementos de secreción específica. Sin embargo, en algunas otras zonas observando cuidadosamente estas glándulas que presentan la carga de mucina tan manifiesta, podemos también decir que la estructura de dichas glándulas es atípica: están formadas por múltiples acinis entrelazados entre sí y puede observarse también que, en muchas partes, no es solamente una capa de células que

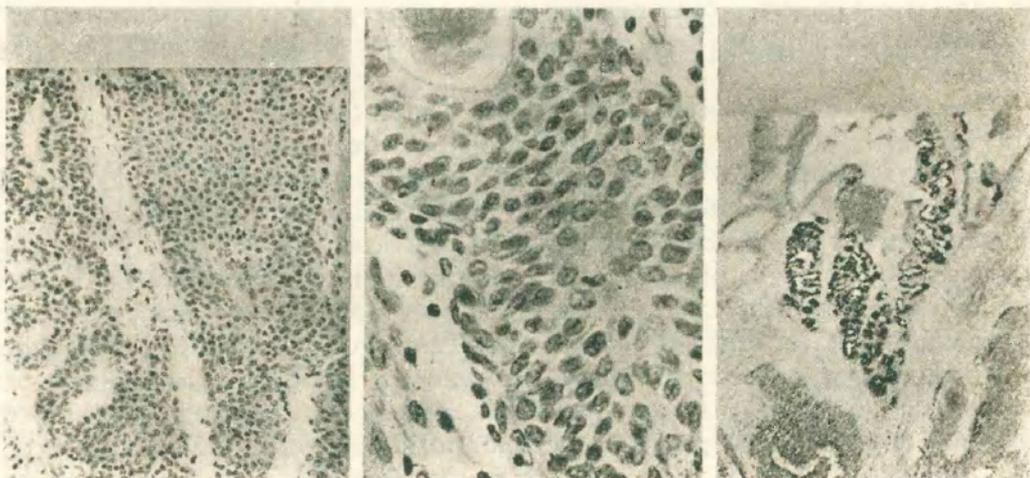


Figura 18. — Adenocarcinoma pluriestratificada. Objetivo 4. Ocular 8.

Figura 19. — Adenocarcinoma de vesícula seminal. Objetivo 6. Ocular 12.  
Hematoxilina-cosina.

Figura 20. — Ganglio retroperitoneal. Mucicarmin. Objetivo 4. Ocular 8.

están sosteniendo a las células mucíparas, sino que existen dos o tres capas de células rematadas por la parte interna por grupos de elementos mucígenos. No siempre adquiere esta característica de glándula parecida a las de las vesículas seminales con carga mucípara en su interior.

*Histología de un ganglio retroperitoneal.* — Poco tiempo después se nos ha enviado otro trozo de tejido correspondiente a un grupo ganglionar retroperitoneal preaórtico, situado detrás del estómago y del píloro. Hechas las preparaciones siguiendo las mismas técnicas indicadas anteriormente, obtuvimos los siguientes resultados: el tejido observado está también formado por acinis glandulares de distintos tamaños, algunos con múltiples capas celulares, otros con una capa celular solamente con células desiguales, pero también conservando las mismas características de células mucíparas (Fig. 20).

*Consideración del caso:* La lectura de la historia clínica nos podría evitar todo comentario, pero, podemos agregar, sobre todo después del estudio anatomopatológico, la dificultad en que nos encontrábamos en determinar la naturaleza real de este proceso. Creemos que nos hallamos en presencia de un adenocarcinoma, de evolución lenta, proveniente de las vesículas seminales.

La llamamos evolución lenta puesto que las características arquitectónicas de vesícula seminal están bien conservadas aunque, evidentemente, existen trastornos de constitución que la llevan hacia la estructura prostática, cosa que no podría llamar la atención puesto que la próstata y las vesículas seminales tienen el mismo origen.

Nos hace inclinar sin embargo, a pensar en vesícula seminal, la presencia de mucina. Embriológicamente la vesícula seminal se carga de mucina. No así en el adulto en quien la presencia de mucina es escasa aunque perfectamente revelable.

En este tumor pueden observarse centros celulares netamente típicos de células mucíparas, no sólo con el mucicarmín que borra toda duda, sino también con las coloraciones comunes que dejan observar la característica vacuolar sin contenido aparente y muy parecidas a las que se pueden observar en el instestino.

Descartamos en absoluto toda intromisión intestinal y de tubo gástrico en la formación de estos tumores. Conocemos que existen descripciones de tumores metastasiados en la región de las vesículas seminales y que son de origen gástrico. En todas las exploraciones de abdomen que se han hecho y justamente en las exploraciones que se han practicado en este enfermo por su síndrome pilórico no se ha encontrado tumor alguno de intestino ni de estómago ni de piloro. En cambio, se han encontrado ganglios retroperitoneales con las mismas características celulares del tumor que nosotros consideramos como originario y que estaba situado alrededor de la vesícula seminal derecha y entre ésta y la vejiga. Lo que nos pone alguna duda sobre la precisión de la vesícula seminal es la presencia de leiomiofibrosarcoma que hemos encontrado justamente alrededor del trozo de vesícula seminal intacta que se extirpó conjuntamente con el tumor. Sin embargo, habiendo un proceso de proliferación adenocarcinomatosa no es raro, que por la inducción carcinogénica, también exista un proceso de crecimiento y de proliferación hiperplásico en este caso, de tejido que rodea al elemento madre originario de todos estos disturbios. De manera que también podemos acercarnos a un estado de adenomioma perivesicular que completaría entonces el cuadro que estamos exponiendo.