

# Sociedad Argentina de Urología

*Presidente:* . . . . Dr. Tomás Schiappapietra

*Vicepresidente:* Dr. Constante Comotto

*Secretario:* . . . . Dr. José Casal

3ª. Sesión científica ordinaria - 28 de junio de 1956.

## ADENOCARCINOMA DE VEJIGA. DOS CASOS

Por los Dres. ALBERTO E. GARCIA y ALBERTO ROCCHI

Los tumores glandulares primitivos de la vejiga, constituyen un grupo poco numeroso frente a la elevada incidencia de los epitelomas transicionales o paramalpighianos, como lo atestigua la observación de las cifras estadísticas proporcionadas por algunos autores:

Peacock-Corbett . . . . .	0,5 %
Dean-Ash (Bladder Tumor Registry of the Armed Forces Institute of Pathology) . . . . .	1,29 %
Lowrey (5 en 300) . . . . .	1,66 %
Scholl (5 en 262) . . . . .	1,91 %
Howard-Bergmann (8 en 1064) . . . . .	0,74 %
Culver-Baker-Larkin (2 en 531) . . . . .	0,39 %
Franksson (18 en 434) . . . . .	4,15 %
Melicow (5 en 1660) . . . . .	0,30 %
Williams-Godwin-Cross (11 en 981) . . . . .	1,12 %
Monserrat: Adenocarcinoma, 1. Epitel. paramalpighiano con metaplasia (alantoidiano, 1; cilindrocúbico, 1; glanduliforme, 33). Total, 6 en 219 . . . . .	1.12 %

La dispersión que se advierte en los porcentajes respectivos es más aparente que real, debido a la inclusión por algunos autores, de los tumores del uraco que otros consideran de origen extravesical invadiendo secundariamente la vejiga, así como al diferente criterio seguido en la clasificación histológica con respecto a ciertos procesos metaplasiantes cuya jerarquía tumoral no es compartida por todos los patólogos.

Se dividen clásicamente en tres las teorías que tratan de explicar su histogénesis. La más antigua, desde Albarrán considera su origen a partir de las glándulas periuretrales y subtrigonales; la segunda confiere especial importancia a la capacidad del epitelio de transición que recubre la vejiga para retroceder a ciertas etapas primitivas de la embriología por proceso de metaplasia y bajo la influencia de factores irritativos aún mal conocidos; finalmente la tercera se inclina a admitir su desarrollo a partir de restos celulares embrionarios que quedarían incluidos en la pared vesical en el curso del desarrollo.

Ninguna de ellas cuenta con argumentos decisivos que permitan definirse por una u otra, así la presencia de formaciones glandulares en el 4 % de las vejigas extrólicas es considerado por algunos como apoyo a la presencia del factor irritativo crónico, mientras otros lo esgrimen como apoyo de la teoría de la inclusión heterotópica motivada por el mismo factor que provocara el trastorno en el desarrollo embrionario.

La oportunidad de haber intervenido dos enfermas portadoras de tumores glandulares de vejiga, con evolución distinta e imágenes histológicas que apoyarían en el primero su origen a partir de las glándulas subcervicales y subtriangulares o la metaplasia y en el segundo manifestándose como una neta inclusión heterotópica con transformación maligna, nos inducen a presentar el relato de ambos casos a esta Sociedad.

No insistiremos, para no incurrir en repeticiones, sobre los detalles referentes a la histogénesis de estas tumoraciones, remitiéndonos a los trabajos citados en la bibliografía y especialmente al publicado en nuestro país por Trabucco, referente a morfogénesis de los tumores vesicales.

*Caso Nº 1.* — H. de S., Edad: 52 años. Casada. Argentina.

Presentaba desde hacía 6 meses fenómenos de "cistitis" habiendo sido tratada con anti-bióticos y nitrato de plata local. Se había efectuado una cistoscopia a los 4 meses del comienzo de su afección.

Examinada en setiembre de 1952 por primera vez.

*Cistoscopia.* Tumoración abollonada, sesil, productiva, no vellosa, situada en la mitad derecha de la vejiga, entre las 8 y 11 horas, próxima al cuello vesical. Orificio ureteral derecho libre. Resto de vejiga normal.

*Urograma.* Riñón y ureteres normales. Vejiga con imagen lacunar periférica, próxima al cuello. Resto de vejiga normal.

Los exámenes de laboratorio revelan un equilibrio del medio interno normal. Orina con hematíes, hemoglobina y piocitos.

*Operación.* Setiembre de 1952. Anestesia peridural. Cistectomía parcial con resección amplia de la zona tumoral, previa liberación y aislamiento del órgano en su mitad derecha, no comprobándose ninguna relación del tumor con los órganos vecinos. La resección llega hasta el cuello vesical. Se sutura la vejiga en dos planos y se cierra con perfecta hemostasia, dejándose una sonda de Pezzer en la uretra.

Post-operatorio inmediato muy bueno. Al décimo día se retira la sonda uretral y se restablece la micción con moderada popaquiuria.

A los tres meses de la intervención (diciembre de 1952) se efectúa examen cistoscópico comprobándose perfecta reparación de la vejiga. Capacidad 150 cc. La enferma no acusa molestias.

Nuevo examen cistoscópico en marzo de 1953. La vejiga se encuentra en perfectas condiciones. No hay poliururia, capacidad 200 cc.

Transcurren seis meses sin que sea examinada. Concorre por ardor miccional, ligera polaquiuria y haber presentado una hematuria.

*Cistoscopia.* Por arriba de la zona reseçada, superficie edematosa con un punto sangrante, al parecer ulcerado. La palpación bimanual permite apreciar una tumoración al lado de la cicatriz operatoria que hace cuerpo con la vejiga.

Se propone una cistectomía total que no es aceptada. La urografía no revela compromiso ureteral.

Se efectúa radioterapia profunda hasta la tolerancia máxima de la piel (7000 r.) (Dr. Malenchini), obteniéndose mejoría local y cistoscópica. En enero 1954 reaparecen las hematurias. La tumoración vesico-parietal ha aumentado considerablemente.

Inicia tratamiento con mostaza nitrogenada por la iliaca interna a través de un catéter colocado por la arteria femoral durante una semana, el cuadro hemático cae rápidamente a 1.500.000 hematíes debiendo interrumpirse el tratamiento. Por otra parte hay mejoría transitoria del estado general.

Fallece en junio de 1954 (veinte meses después de la operación) por generalización de su proceso neoplásico.

*Anatomía patológica.* Trozo de pared con una formación tumoral de crecimiento vegetante y ancha base de implantación. Consistente al corte, coloración blanco mate (fig. 1).



El examen histológico muestra un tejido epitelial vegetante sobre una masa muscular. En algunas porciones (fig. 2) la estructura muestra cordones celulares compactos, homogéneo



Figura 1

en algunos campos, apoyándose sobre ejes conjuntivo-vasculares, sin adquirir los típicos caracteres de las formaciones vellosas vesicales. Otro aspecto (fig. 3) muestra esbozos de disposición canalicular glanduliforme y la figura 4 zonas de franco carácter glandular con tubos



Figura 2

revestidos por epitelio cilíndrico-cúbico, células en las cuales los caracteres cromáticos, la disposición de los núcleos en varias filas, la alteración de la arquitectura, demuestran tratarse de una formación de elevado grado de malignidad. La reacción del mucicarmin fue negativa.



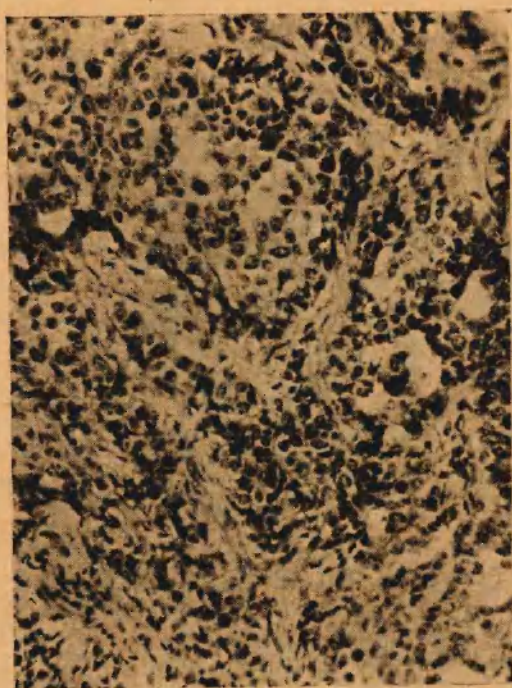


Figura 3



Figura 4

Caso N° 1. — A. de A. Edad: 46 años. Casada. Argentina.  
 Consulta por una larga historia de "cistitis", con síntomas consistentes en polaquiuria y ardor miccional, tratados con medicación común. azul de metileno, antibióticos diversos.

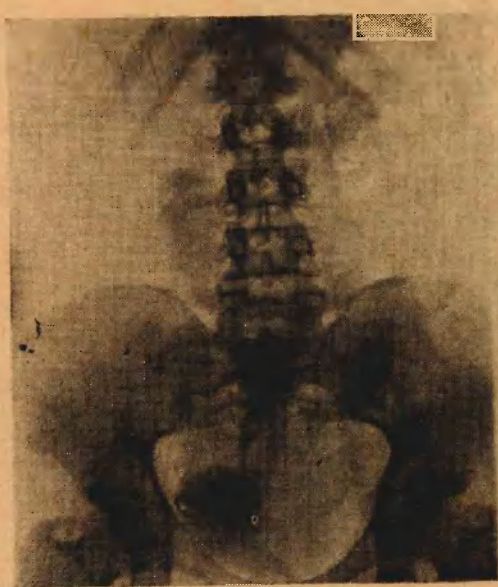


Figura 5

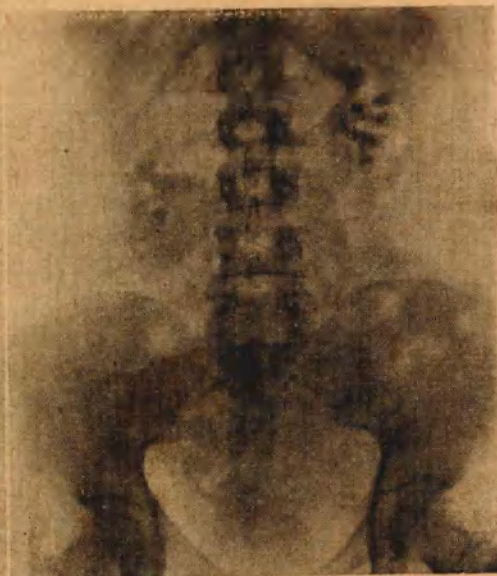


Figura 6

Desde tres meses antes observa la emisión de orinas hematóricas y exacerbación de la sintomatología descripta.



*Cistoscopia.* — Efectuada en julio de 1954. — Se observa una tumoración que ocupa diente. El aspecto de la formación muestra porciones valiosas y otras de forma maciza, con

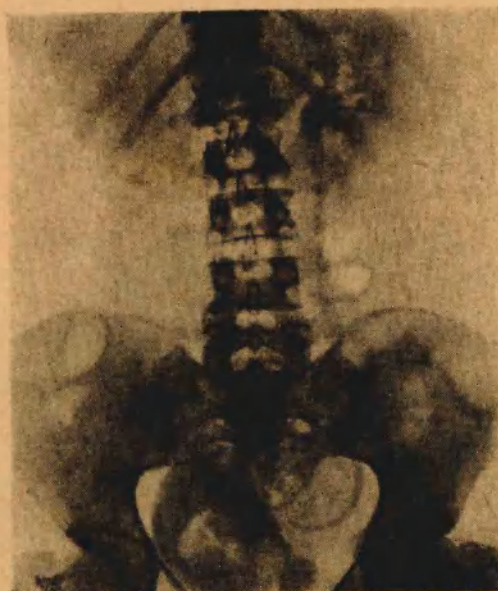


Figura 7.

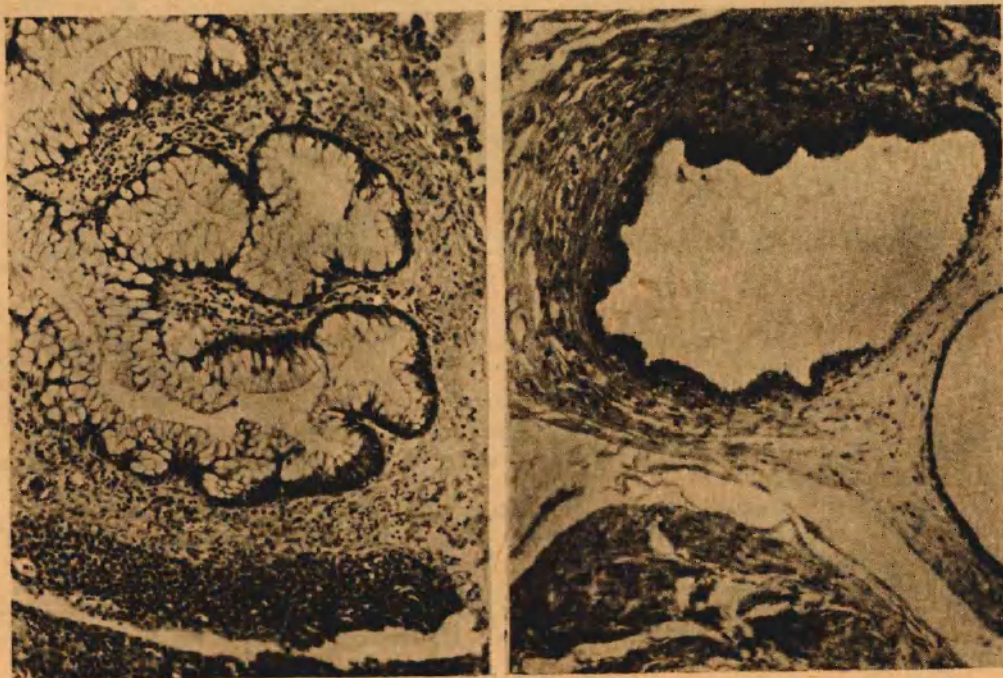


Figura 8

Figura 9

ancho pedículo, "en hongo". El resto de la mucosa es de aspecto normal observándose una franja de la misma, sana, entre la base del tumor y el cuello vesical.

*Urografía.* — El riñón derecho parece descendido, en la posición acostada con angulación a nivel de la unión pielo-ureteral. La imagen pielocaliceal izquierda no muestra alte-



raciones y el uréter correspondiente se observa en su extremo distal sin alteraciones ni signos radiológicos de compromiso a nivel de su desembocadura. El cistograma de eliminación aparece ocupado en toda su mitad izquierda por una imagen de falta de relleno correspondiente a la tumoración observada endoscópicamente (Fig. 5).

Los exámenes de laboratorio demuestran una discreta anemia y la presencia en la orina de abundantes hematias.

*Operación.* — Julio de 1954. - Anestesia general. - Se aborda la vejiga comprobando que no hay relaciones entre la tumoración y los órganos vecinos. Se ligan los pedículos vesicales del lado afectado, aislando y seccionando el uréter correspondiente. Cistectomía parcial, resecaando toda la mitad izquierda de la vejiga y reimplantando el uréter. Cierre de vejiga en dos planos, dejando sonda Pezzer uretral y Malecot hipogástrica que se retira a las 48 horas. A los 12 días se retira la sonda uretral y la enferma reanuda las micciones con intervalos de media a una horas.

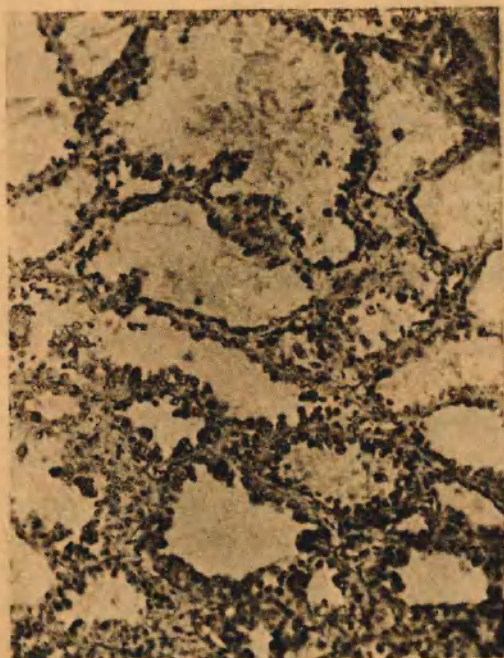


Figura 10

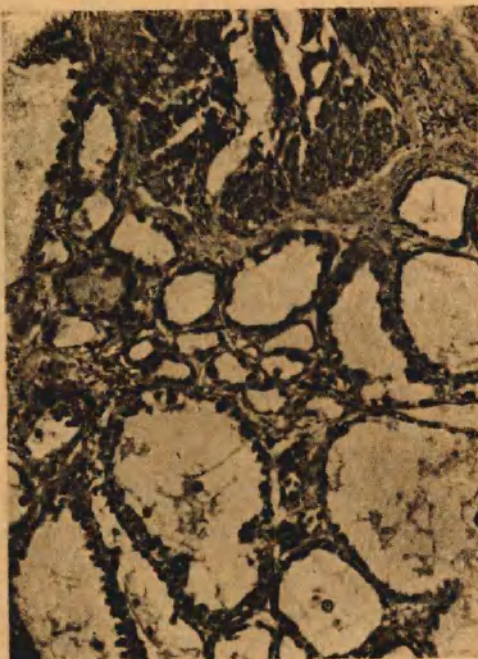


Figura 11

A los 30 días de la intervención se obtiene un nuevo urograma (Fig. 6) que muestra el contorno izquierdo del cistograma algo irregular en el lado izquierdo con moderada uroectasia del lado reimplantado.

El examen endoscópico muestra la vejiga con intenso edema del lado intervenido, que no permite abrir juicio acerca de si se trata de una reacción postoperatoria o una invasión del proceso neoplásico.

A los ocho meses de la intervención, en marzo de 1955, se toma un nuevo urograma de control (Fig. 7) que permite apreciar una vejiga notablemente aumentada de tamaño, con la deformación propia de la resección amplia efectuada y un buen funcionamiento de la neo uretero cistostomía.

El aspecto endoscópico era de una mucosa vesical completamente sana. La capacidad vesical de 150 cc.

A la fecha, a los 16 meses de operada, las referencias que tenemos de la enterma, que reside en una localidad del interior son de que se encuentra en perfectas condiciones generales y miccionales, debiendo concurrir próximamente para nuevo control.

*Anatomía patológica.* — La Fig. 8 muestra un aspecto del preparado en la parte superior una glándula de tipo rectal, con células calciformes, repletas de un contenido albuminoideo, sin signos de malignidad. En la parte inferior, una porción de mucosa vesical normal.



La Fig. 9 muestra otro sector con una cavidad quística, revestida por mucosa constituida por varias hileras de células con aspecto de endometrio no funcionando.

En la Fig. 10 otros campos permiten observar cavidades glandulares revestidas por un epitelio que en ciertas porciones se invagina dentro de la cavidad, constituido por hileras celulares irregularmente dispuestas, con alteraciones de las relaciones núcleo citoplasmáticas, alteraciones de los caracteres tintoriales, mala limitación de la basal, caracteres que permiten establecer la malignidad del proceso. En otro preparado, las mismas formaciones glandulares aparecen infiltrando y separando los haces musculares de la pared vesical (Fig. 11).

A mayor aumento (fig. 12) se pueden apreciar con detalle los caracteres de malignidad descriptos, menor sin embargo a los de los preparados del caso anterior.

Igualmente en este caso la reacción del mucicarmin resultó negativa.

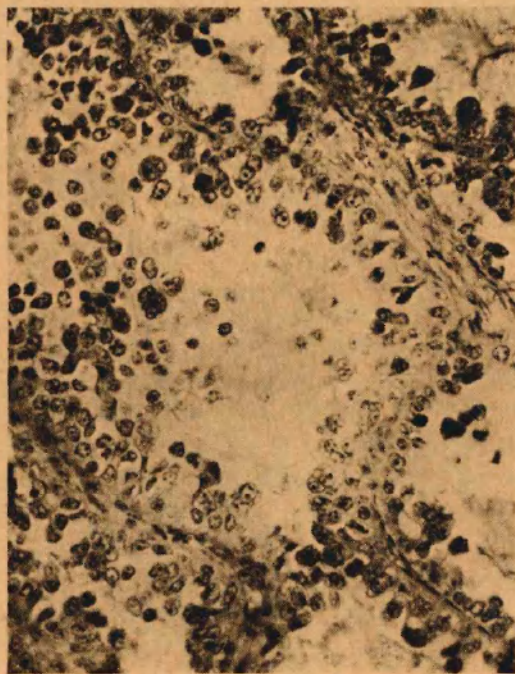


Figura 12

Agradecemos la gentileza del Prof. Hughes de Montevideo que nos ha hecho llegar el apartado de un trabajo publicado en colaboración con el Dr. Florit, de un tumor de vértice de vejiga de probable origen alantoideo y un caso inédito de un tumor yuxtaureteral, histológicamente un adenocarcinoma de células cilíndricas oscuras. Operado, falleció a los 23 meses por metástasis generalizadas.

#### BIBLIOGRAFIA

- Abeshouse, B. S. — *J. Urol.* 49:259, 1943.  
 Albarran, J. — "Les Tumeurs de la Vessie". Steinheil (Paris).  
 Ash, J. E. — *Urol. Cut. Rev.* 43:705, 1939.  
 Ashner, P. W. — *J.A.M.A.* 91:1697, 1928.  
 Connel, E., Gnassi, A. M. — *Am. J. Surg.* 47:157, 1940.  
 Coppridge, W. M., Roberts, L. C., Culp, D. A. — *J. Urol.* 65:540, 1951.  
 Dean, A. L., Ash, J. E. — *J. Urol.* 63:618, 1950.  
 Duker, C. E., Masina, F. — *Brit. J. Urol.* 21:273, 1949.  
 Emmet, J. L., Mc Donald, J. R. — *J. Urol.* 48:257, 1942.  
 Franksson, C. — *Acta Chir. Scand. Supplement.* 1950.  
 Jacob, N. H., Mau, W. — *J. Urol.* 65:20, 1951.

- Lowrey, S. R. — J. Urol. 42:118, 1939.  
Lowry, E. C., Hamm, F. C., Beard, D. E. — J. Urol. 52:133, 1944.  
Melicow, M. M. — J. Urol. 74:498, 1955.  
Monserat, J. L. — Rev. Arg. Urol. 24:193, 1955.  
Mostofi, F. K. — J. Urol. 71:705, 1954.  
Patch, F. S., Rhea, J. J. — Canad. M.A.J. 33:597, 1935.  
Patch, F. S., Pritchard, J. E. — J. Urol. 67:126, 1947.  
Patch, F. S. — J.A.M.A. 136:824, 1948.  
Saphir, O. — Am. J. Path. 31:223, 1955.  
Saphir, O., Kurland, S. K. — Urol. Cut. Rev. 43:709, 1939.  
Scholl, A. J. — Ann. Surg. 75:365, 1922.  
Scholl, A. J. — Surg. Gyn. Obst. 34:189, 1922.  
Sindoni, M. — Arch. Ital. Urol. 10: 309, 1933.  
Trabucco, A. E. — "Morfogenesis de los tumores de la vejiga". "El Ateneo", 1948.  
Buenos Aires.  
Williams, J. I., Godwin, M. C., Cross, Roland R. — Journ. Coll. Surg. 25:461, 1956.
-