

TUMOR GIGANTE PEDICULADO EN VEJIGA

Por los Dres. ALFREDO A. GRIMALDI y EDUARDO GARZÓN

El caso que presentamos corresponde a la Historia Clínica N° 10.251 de la Sala VI del Hospital J. A. Fernández. Sucintamente se refiere el paciente A. M., italiano, de 68 años, casado, cama 2.

Fué internado el 30 de agosto de 1957 a raíz de hematurias copiosas que venía sopor- tando desde 4 meses atrás.

El examen clínico urológico, practicado metódicamente, permitió establecer que la hematuria, que bloqueó la vejiga en dos oportunidades, tenía su origen en una gran tumoración aparentemente sesil, que llenaba la vejiga; aunque dejaba indemnes los meatos, el trigono y parte lateral izquierda. Esto se comprobó por endoscopia, después de corregida la estrechez uretral concomitante.

Los exámenes de rutina revelaron: anemia intensa y eritrosedimentación acelerada (2.110.000 glóbulos rojos y 68 mm. respectivamente) siendo normales las demás investigaciones.

La urografía como prueba funcional fué satisfactoria y en la vejiga el fármaco acumulado, observado detenidamente revela un doble contorno con ausencia de signos de infiltración en ésta o en el uréter yuxtavesical. Por otra parte no se aprecia repercusión sobre las vías de excreción pieloureterales.

La ureterocistografía, sólo muestra la estrechez uretral segmentaria, pero no ilustra sobre la cavidad vesical y su huésped por excesiva concentración del medio utilizado.

El tacto rectal transmite la sensación de un proceso voluminoso que ocupa la vejiga, duro, movable, sin signos muy claros de infiltración.

Las hemorragias subintrales que bloquearon la vejiga en dos oportunidades en forma muy seria, determinaron, después de reconstituir rápidamente su estado general (transfusio- nes, etc.) la conducta quirúrgica consiguiente con el diagnóstico de "tumor sangrante de vejiga, voluminoso, sesil y débilmente infiltrante".

Operación: 17-IX-57. Cirujano: Dr. Eduardo J. Garzón. - Ayudante: Dr. Alfredo A. Grimaldi.

Anestesia: Raquídea (Novocaina corbasil 0.12 grms.).

Abordada la vejiga por laparotomía mediana infraumbilical, se la observa y palpa como una tumoración dura, que confunde continente y contenido en una sola masa que llena la pequeña pelvis, pero sin adherencias extrínsecas.

Se incinde prudentemente la pared vesical correspondiente a la hemivejiga izquierda (que habíamos visto normal cistoscópicamente) y, comprobada su indemnidad, se amplía la brecha y por ella se enuclea como un verdadero parto cesáreo, una masa compacta, redondeada, irregular, del tamaño aproximado de una cabeza de feto. Esta se halla conectada por un pedículo en un centímetro de ancho a la pared lateral, por encima del meato ureteral derecho. Se procede a la resección de la zona vesical con su pedículo y se extrae el todo sin inconvenientes.

Sutura sobre sondas, de Pezzer hipogástrica y uretral. Drenaje prevesical. Cierre por planos.

Post operatorio: Inmediato y mediato: satisfactorio.

Examen anatomo patológico: El Profesor J. L. Monserrat estudia la pieza remitida y establece el siguiente informe:

Se recibe para el examen una voluminosa tumoración de 8 cms. de diámetro y que en el corte nos muestra una superficie compacta y blanquecina insertada sobre una mucosa de aspecto normal, en la cual se identifican perfectamente las capas musculares.

Se obtienen trozos de diferentes sectores en parafina coloreándose los preparados con hematoxilina eosina y con métodos tricrómicos de Masson.

La observación microscópica nos muestra en todos ellos ejes colágenos con un epitelio en proliferación con células atípicas indiferenciales de crecimiento desordenado.

Los caracteres señalados se repiten en numerosos campos.

El examen de la zona del pedículo nos muestra poca tendencia a la invasión de las capas musculares estando la resección quirúrgica alejada de la implantación del tumor.

Diagnóstico: Epitelioma pavimentoso semidiferenciado de capacidad infiltrante moderada.

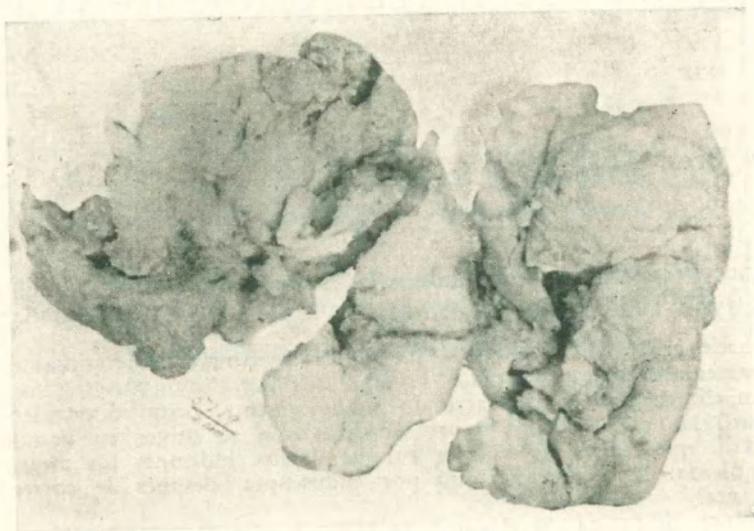


Figura 1

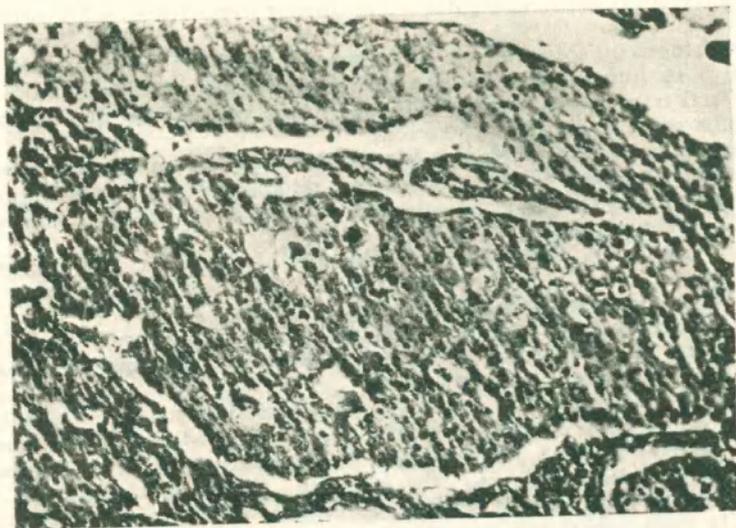


Figura 2

La figura 1 correspondiente a la fotografía de la pieza quirúrgica formolizada y seccionada en varios planos, no revela realmente el aspecto macroscópico del tumor que en verdad se presenta como una verdadera bola compacta, de superficie irregular, de 8 cms. de diámetro, ligada a un trozo de pared vesical normal por un breve pedículo.

La figura 2, muestra los caracteres histológicos del tumor.

COMENTARIOS

La frecuencia, el polimorfismo y la evolución variada de los tumores vesicales, hacen de este grave proceso un tema de actualidad constante, que exige del urólogo un criterio anátomo-clínico-quirúrgico más analítico que en otras afecciones de la patología urológica para intentar establecer un diagnóstico verdadero y una conducta y pronóstico consecuentes.

En la reunión conjunta con la Sociedad Argentina de Cancerología (21/IX/1954) se realizó en nuestra Sociedad un repaso del tema por los doctores Monserrat, Trabucco, Mathis, Pons y Costa.

La sencillez y precisión de los conceptos emitidos obligan a remitir a sus relatos para considerar el problema desde sus distintos ángulos (ver Revista Arg. de Urología, XXIV, pág. 212, 1955).

Es útil, por lo tanto, la exposición de un aspecto individual como el de nuestro caso, que permite al urólogo ampliar su experiencia, razonar, comparar, y sentar conclusiones cada vez más cerca de la realidad, recordando siempre que la valorización diagnóstica se hará *no en un solo aspecto*, sino en un conjunto (caracteres del tumor, histología, ubicación, evolución, etc.).

Nuestro caso, reunía a simple vista los caracteres de un gran tumor maligno que prácticamente tomaba toda la vejiga. Las hemorragias copiosas y los bloqueos concomitantes complicaban su evolución.

Sin embargo, algunos datos de la endoscopia y de la urografía excluían signos de malignidad marcada y el acto quirúrgico aclaró aún más las perspectivas al encontrar un tumor de considerables dimensiones, prácticamente suelto en la luz de la vejiga, cuya pared no estaba afectada sino distendida y adosada a la masa neoplásica de pequeño pedículo.

La terapéutica fué eficaz como era de prever y el control del enfermo, a los 8 meses de operado permite establecer un pronóstico optimista.

RESUMEN

Un gran tumor endovesical epitelial pavimentoso débilmente infiltrante que llena y distiende la vejiga, posee un pedículo breve y delgado, que permite una cistectomía parcial económica y su cura aparentemente radical.

DISCUSION

Dr. Trabucco. — Considera que no se puede establecer porque el tumor sea pediculado el grado de malignidad. Por otra parte cree que el tumor no es tan gigantesco. Recuerda que él operó en un enfermo por un enorme sarcoma pediculado de vejiga que alcanzaba las dimensiones de una cabeza de adulto y que falleció en pocos meses con metástasis generalizada.

Dr. Grimaldi. — Está de acuerdo en que no basta un solo elemento para establecer el grado de malignidad de un tumor. Precisamente en el trabajo se insiste en que el conjunto de signos es el que debe llevar a la valoración anatomoclínica quirúrgica más real y que la evolución (aunque parezca paradójico) es la que dirá: la última palabra.

Por otra parte esta comunicación fué presentada porque se consideró que un tumor de ese volumen aparentemente sesil y de discreta infiltración pudo ser extirpado con posibilidad de éxito completo al resultar pediculado y de moderada actividad infiltrante.

Dr. Bernardi. — El tumor de los comunicantes es de crecimiento hacia la luz, con pedículo, estableciendo el diagnóstico histológico moderada capacidad infiltrante, todo lo cual torna aceptable un pronóstico relativamente optimista.

Dr. Dotta. — Felicita a los autores por el trabajo tan bien documentado. De acuerdo al relato puede establecerse que la pared vesical está prácticamente indemne y que el tumor es de los llamados de crecimiento in situ con grado I ó II de la clasificación de Broders.

Dr. Garzón. — No tengo nada más que agregar.