

## RABDOMIOSARCOMA DE LA VEJIGA

Por los Dres.

JOSE L. MONSERRAT y ALBERTO E. GARCIA

---

Los tumores mesenquimáticos de la vejiga son raros, y, entre ellos, la variedad o el tipo que nos ocupa, puede considerarse excepcional. La diversidad de nombres, efecto muchas veces del concepto del momento que señala las etapas de su estudio, hacen que su clasificación y su apreciación numérica o estadística, no puede basarse sobre datos siempre concretos.

Estos tumores mesenquimáticos, han sido objeto de especial estudio, por su acentuada malignidad, y por las dificultades del tratamiento.

Varios autores, en trabajos de conjunto, han revisado la literatura mundial al respecto, pero sus datos estadísticos adolecen, aparte del defecto ya consignado, de la insuficiencia del estudio histo-patológico, y lo que es más aun, de la repetición de los mismos casos, que aumenta indebidamente el índice de su frecuencia.

Así **Albarrán**, en 1892, reúne 52 casos hasta esa fecha, con 2 observaciones personales. **Concetti**, en 1900, cita 23 observaciones en niños, con 1 caso personal (8 de estos casos están relatados por Albarrán). **Darling**, en 1905, 17 casos en niños, 1 personal (muchos de estos casos citados también por Albarrán y Concetti).

**Chassia - Munwes**, en 1910, reúnen 96 casos, mal detallados. Y, por último, **Cecil**, en 1926, en un ensayo estadístico meritorio, reúne alrededor de 200 casos, con una observación personal.

Casi toda la literatura de los sarcomas de la vejiga, está hecha a base de observaciones aisladas, mencionadas en trabajos de conjunto, que son, a su vez, fuentes de origen de datos estadísticos, que, al repetirse adquieren el sello personal, creando la confusión y el aumento ficticio de los mismos, por la repetición de las citas.

La frecuencia del sarcoma, en relación con los otros tipos de tumores de la vejiga (de cualquier origen), ha sido también por la misma causa, diversamente interpretada.

**Gardner**, en 1915, encuentra 7 casos entre 1702 observaciones de tumores revisados por él. **Scholl**, entre los casos de la Mayo Clinic, ocurridos entre 1910 y 1920, anota 1 observación entre 262 neoplasias de la vejiga. **Caulk**, refiere 1 caso de sarcoma fuso celular, entre 330 observaciones. Y, por último, **Bottari**, en 1925, trata de hablar en cifras concretas y dice que, hasta la fecha, no cree que pueden recogerse a través de toda la literatura mundial, más de 200 sarcomas verdaderos de vejiga y que su frecuencia, en relación con todos los otros tipos de tumores, debe considerársela como oscilando alrededor de un 3 o.o.

Si nos concretamos a los rhabdomiomas, esta dificultad se acrecienta, por cuanto estos tumores son de una extrema rareza en el orden general y más aun, en su localización vesical.

Sin embargo, debemos insistir en que el estudio metódico de todos los tumores extirpados y, sobre todo, una mejor interpretación de los sarcomas, nos permitiría observar más casos, por cuanto estos tumores, a menudo son confundidos con los mixomas, sarcomas polimorfos, etc.

En la literatura mundial, hemos podido reunir tan solo 14 observaciones y en 13 de ellas, el tumor se desarrolla en sujetos de poca edad, tan sólo en 1, el portador tenía 69 años, aproximándose así a nuestra observación, que corresponde a un sujeto de 43 años.

A continuación, resumimos en un cuadro, las observaciones recogidas, agregando la nuestra.

Nº.	Autor	Año	Ob.	Sexo	Edad	Localización	Diagnóst. histológico
1	Cattani	1884	I	M	12 a.	—	Rabdomioma mixom.
2	Vincenzi	1887	I	M	13 a.	Múltiple	Rabdomioma múlt.
3	Pavone	1889	I	F	22 a.	—	—
4	Kuesler	1905	I	M	7 a.	Al nivel del cuello	Rabdo-mixosarcoma
5	Möckenberg	1907	I	M	23 a.	Pared anterior	Rabdomioma
6	Shattock	1909	I	-	2 a.	2/3 inferiores	Rabdomioma
7	Shattock	1909	II	-	2 a.	Región del cuello	Rabdomioma benign.
8	Shattock	1909	III	-	-	Región inferior	Rabdomioma benign.
9	Shattock	1909	IV	-	-	Región inferior	—
10	Stump	1911	I	-	9 a.	Fondo de la vejiga	Rabdomioma atípico
11	Leroy Deming	1924	I	-	20 m.	Fondo de la vejiga	Rabdomioma
12	Kauffmann	1926	I	M	7 a.	Bajo fondo	Rabdom. Fibromixosarcomatoso
13	Mackenzie y Chase	1928	I	M	69 a.	—	Rabdomiosarcoma
14	Konette	1929	I	M	13 m.	Divertículo vesical	Rabdomioma
15	Monserrat y García	1932	I	M	43 a.	Por encima del ureter izquierdo	Rabdomiosarcoma

### Observación personal.—

Historia Clínica No. 3398. Nombre: R. S. Edad: 43 años. Estado: casado. Profesión: chauffeur. Nacionalidad: Español. Sala I, cama 232. Entrada: 29 de febrero. Salida: Fallece el 10 de julio. Diagnóstico: Sarcoma de vejiga. Tumor urinoso. Tratamiento: Cistostomía. Extirpación del tumor. Electrocoagulación. Abertura y drenaje del flemón urinoso.

**Antecedentes hereditarios:** Sin importancia.

**Antecedentes personales:** Sin importancia.

**Antecedentes urinarios:** Sin antecedentes.

**Enfermedad actual.** — Refiere el enfermo que, desde hace aproximadamente 1 año, siente ardor y dolor al orinar, en micciones muy frecuentes, que, desde hace más de 4 meses, son con frecuencia hemáticas a predominio terminal.

Hace 3 meses fué examinado en el consultorio externo, donde se le practicó una cistoscopia, y se hizo diagnóstico de papiloma vesical, proponiéndosele una electrocoagulación endoscópica, que el enfermo rehusó, no concurriendo más a este servicio.

Desde hace 15 días, los dolores son más intensos, lo mismo que la hematuria, no solamente terminal, sino en ocasiones de tipo total. Ha disminuído 4 kgrs. de peso. Poco apetito. Decaimiento general.

**Estado actual.** — Enfermo en buen estado general. Apirético.

Orina: Francamente hematórica, en ambas copas, con pequeños coágulos.

Riñones: No se palpan ni pelotean. Sensibilidad normal.

Ureteres: Puntos ureterales indoloros.

Vejiga: No hay retención. No se tocan cuerpos extraños. Mala tolerancia vesical.

Próstata y uretra: Sin particularidades.

**Cistoscopia.**—Vejiga irritable, escasa capacidad (100 cc.)

No se observan cuerpos extraños. Relieve de cuello normal. Paredes vesicales congestivas sin ulceraciones. Hacia las 8 horas, se observa una masa tumoral del tamaño aparente de una mandarina, multilobulada, de superficie lisa, sesil, de un rojo obscuro y que sangra fácilmente. Por debajo de ella, orificio ureteral normal; orificio ureteral izquierdo, idem.

**Tratamiento:** Marzo 2. — Operación. Dres. Serantes y García.

Anestesia general, etérea (Ombredanne): Sr. Guinea.

Extirpación del tumor y electrocoagulación del mismo, a cielo abierto; sobre el lado derecho de vejiga, se encuentra una masa tumoral del tamaño de un huevo de gallina, sesil, multilobulada, que se extirpa con pinzas de forceps-presura. La pared vesical vecina, no está infiltrada. Se electrocoagula la base de implantación, con radio bisturí. Sonda de Pezzer. Operación sin accidentes. Post-operatorio inmediato: bueno.

Marzo 10. — Se saca la sonda de Pezzer y se coloca sonda uretral.

Marzo 26. — Herida de talla cicatrizada. Se saca la sonda.

Marzo 28. — El enfermo se levanta. Orina turbia. Micciones indoloras cada 2 horas. Lavajes vesicales de NO<sup>3</sup>Ag.

**Estado actual.** — Abril 3: Cistoscopia: Buena capacidad vesical (170 cc.). Vejiga de aspecto normal, con perfecta cicatriz de la talla. En el sitio de implantación del tumor, se observa una zona blanquecina, que hace discreto relieve, de

superficie desflecada, impresionando como si quedaran restos de tejidos electrocoagulados sin eliminarse. Se persiste con los lavajes vesicales de  $\text{NO}^3\text{Ag}$  al 1 o/oo.

Abril 14. — Enfermo con pequeños repuntes térmicos. Se queja de dolores en hipogastrio y fosa ilíaca derecha, especialmente al final de la micción. Se practica una nueva **Cistoscopia** y se observa en el sitio de implantación del tumor, una masa blanquecina, del mismo aspecto que en el examen anterior, pero que ha aumentado visiblemente de tamaño, con todos los caracteres de una neoformación de crecimiento rápido. La zona que rodea al tumor, así como el resto de la pared vesical, sin particularidad.

Buena capacidad: (180 cc.).

Abril 19. — Se forma un pequeño absceso en la cicatriz operatoria, que se incinde para drenar. Al día siguiente sale abundante cantidad de orina, por el drenaje. Se coloca nuevamente una sonda permanente por uretra.

Mayo 5. — Vejiga cerrada. Como la uretra da mucho pus, se saca la sonda, practicándosele unos lavajes uretrovesicales de permanganato.

Mayo 8. — En la base del pene, aparece un flemón urinoso, que se incinde, dando salida a pus. Drenaje. Se coloca una laminaria en la herida de la talla vesical.

Mayo 9. — Se coloca una sonda de Pezzer en el trayecto dilatado por la laminaria. Se saca la sonda uretral.

Mayo 15. — El flemón urinoso evoluciona hacia la formación de un tumor urinoso. El enfermo continúa desmejorando, visiblemente, el estado general.

Se queja de dolores en hipogastrio y fosa ilíaca derecha. El tumor urinoso continúa sin variantes, supurando siempre y en comunicación con uretra.

Se acentúa la caquexia y fallece el 10 de julio, a las 23 horas.

### **Anatomía patológica**

**Descripción macroscópica.** — El tumor es del tamaño de un huevo pequeño de gallina, su superficie es abollonada, li-

sa, rojiza, de consistencia firme, elástica, al corte presenta el aspecto de un tejido compacto, blanco rosado.

**Técnica histológica.** — Folio No. 1413. — Los trozos obtenidos, fueron fijados en Formol y líquido de Bouin, e incluidos en parafina, practicándose las siguientes coloraciones: Hemalumbre - eritrosina; Van Gieson, Hemalumbre-Mucicarmin de Mayer Hematoxilina férrica de Regaud; Hematoxilina fosfotungstica de Mallory, Tricrómicos de Masson (Hematoxilina férrica fuscina-punzo azul de anilina), y la técnica general y variante A del método de Del Río Hortega, en cortes de parafina, pegados al porta-objeto.

**Descripción histológica.** — La observación topográfica de los preparados, nos muestra que tienen, en general, aspecto de un tumor conjuntivo, rico en células. Los bordes de la tumoración, la constituyen un tejido de granulación, no observándose restos de mucosa. El tumor en sí con abundantes elementos celulares, da a primera impresión, la idea de tratarse de un sarcoma polimorfo. Las células presentan una apetencia especial por los colorantes ácidos, y muestran una estructura granulosa que luego estudiaremos.

El núcleo es leucoeromático, siendo bien visible la membrana nuclear. Por zonas se observan elementos multinucleados. La trama colágena es pobre, formada por tenues fibras de tejido conjuntivo. Los vasos son muy abundantes. Así descrito el aspecto general del tumor, analizaremos sus elementos por separado.

Los elementos celulares más abundantes del tumor, lo forman pequeñas células (fig. 1 a; 3-a), redondeadas, de escaso protoplasma y núcleo bien dibujado.

Estas células tienen una membrana nuclear muy evidente y un receso cromático delicado, pero bien teñido por la hematoxilina férrica.

El protoplasma se muestra aun en las células más pequeñas, como granuloso y de una extraordinaria acidofilia, que le confiere un carácter especial, pudiendo así separar a estos

elementos de los sarcomas conjuntivos. Recorriendo los campos, observamos como el protoplasma de estas células, no rodea por completo al núcleo, sino que se dispone de preferencia en los polos celulares y, sobre todo, en uno de ellos (fig. 1-d; 2-b; 3-b).

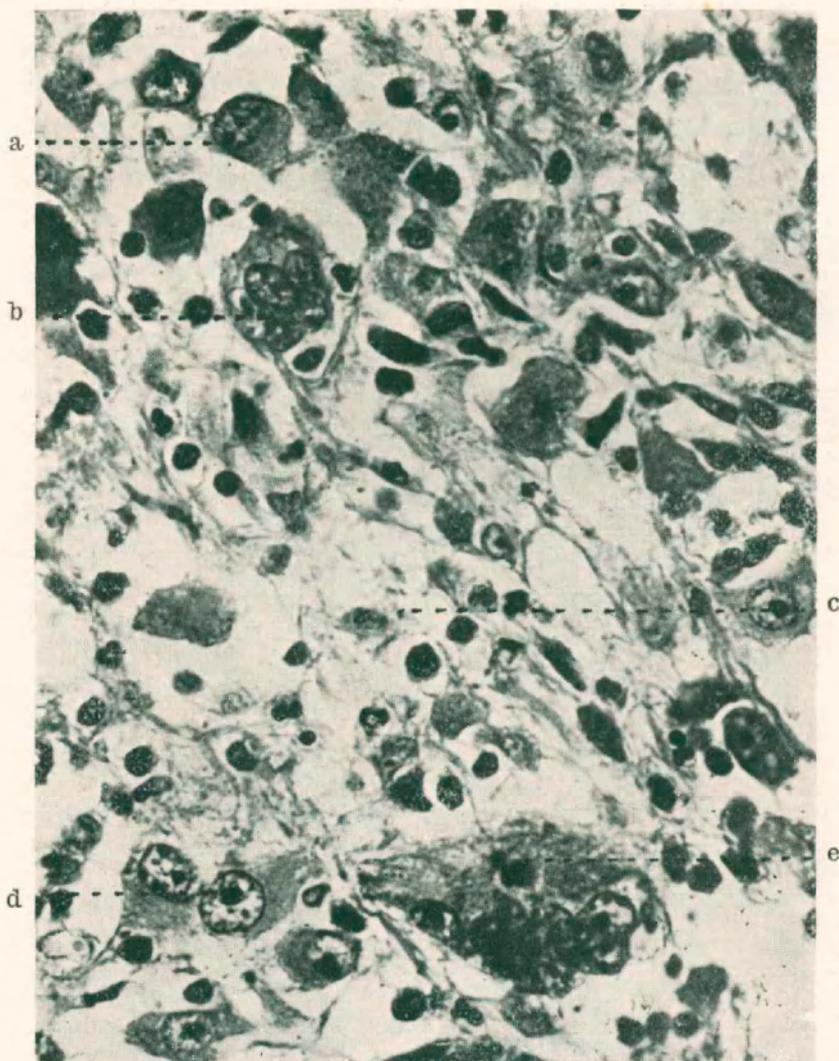


Figura 1

Placa No. 709 — Trierómico de Masson

a) Célula balstomatosa poco diferenciada, protoplasma granuloso; b) masa celular con abundantes núcleos; c) estroma muy laxo; d) elementos celulares poco diferenciados, se observa, sin embargo, como el protoplasma se localiza preferentemente en un polo; e) célula multinucleada, protoplasma granuloso y en el polo se observa un vago aspecto fibrilar segmentado

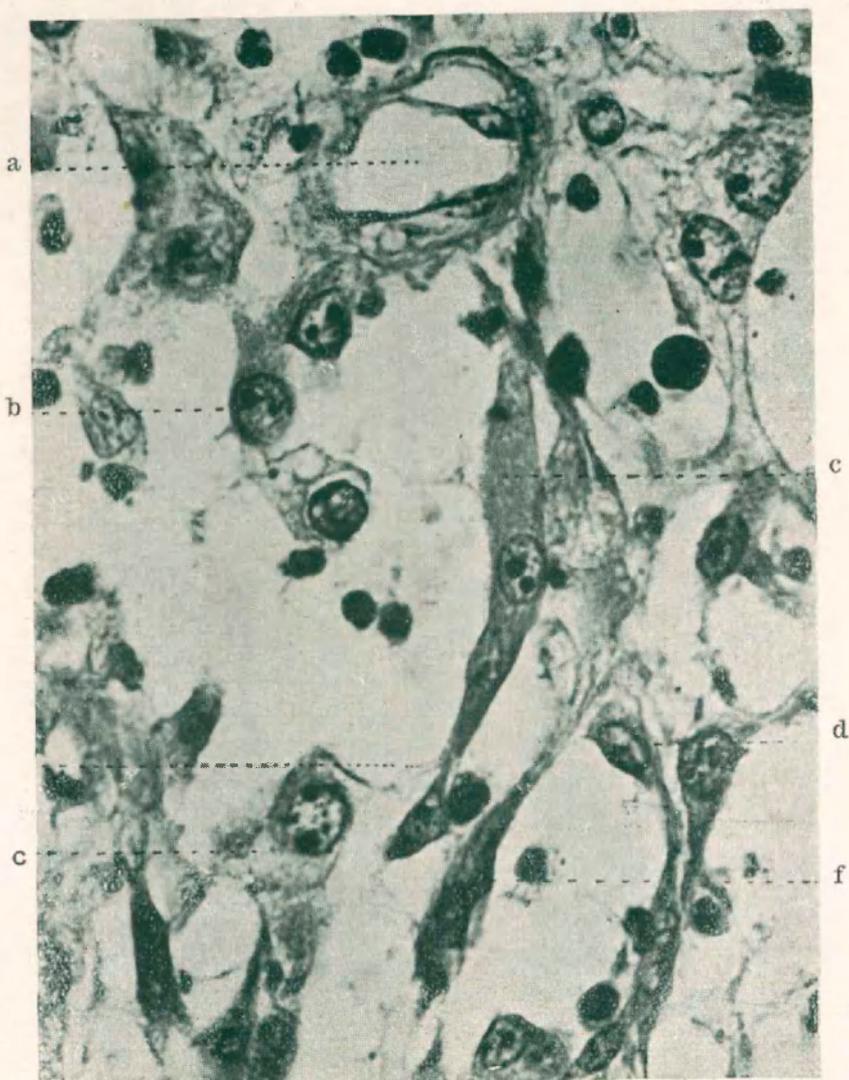


Figura 2

Placa No. 708 — Hemalumbre eritrosina

a) Vaso; b) células cuyo protoplasma se localiza preferentemente en un solo polo; c) gran elemento fusiforme de protoplasma acidófilo y granuloso, se observan dos núcleos: el inferior, tenuemente dibujado, en el polo inferior, en la región exoplásmica, se observa un esbozo de miofibrillas segmentadas (c'); d) elemento celular que se une a una célula vecina, formando un puente protoplásmico en el cual se esbozan fibrillas; f) célula fusiforme, observándose en el polo superior esbozos de miofibrillas segmentadas.

El núcleo aumenta ligeramente de tamaño, se hace ovalado, el receso cromático más delicado, hace empalidecer la estructura nuclear y por ello, a veces es poco visible, dentro de la intensa coloración protoplasmática.

Siguiendo a estas células observamos que su carácter es ya netamente fusiforme (fig. 2-e-f), y como formando un sincisio, vemos en su protoplasma varios núcleos en cadena formando una verdadera fibra (fig. 3-d). El protoplasma intensamente acidófilo y granular, esboza en la (fig. 3-d-e), la formación de fibrillas que se hacen más visibles en la (fig. 2-d), y sobre todo (fig. 2-f), en donde podemos observar la existencia en el polo superior y en la región exoplasmática, la formación de fibrillas segmentadas, que podemos así asimilarlas o identificarlas con las miofibrillas muy embrionarias.

En torno de estos elementos celulares, los métodos de Masson, sobre todo, nos permiten destacar tenues fibras colágenas, que bordean íntimamente a las células y forman, además, el estroma del tumor. Al colágeno adosado a las fibras, no nos atrevemos a asimilarlo al sarcolema, porque bien puede tratarse de las finas fibras ramificadas del tejido colágeno del estroma que rodea a estas células.

Señalamos en la descripción topográfica, la existencia de muchos vasos y éstos, vistos a mayores aumentos, se nos muestran como vasos en la constitución de cuya pared parecen intervenir los elementos del tumor, que son muy abundantes en torno de ellos, al extremo que, en zonas, bien podría agregarse al clasificar el tumor, la designación de angiomatoso.

Señalamos, también, la presencia de elementos multinucleados, que tienen como las células recientemente descritas, los mismos caracteres y apetencias tintoriales frente a los colorantes ácidos.

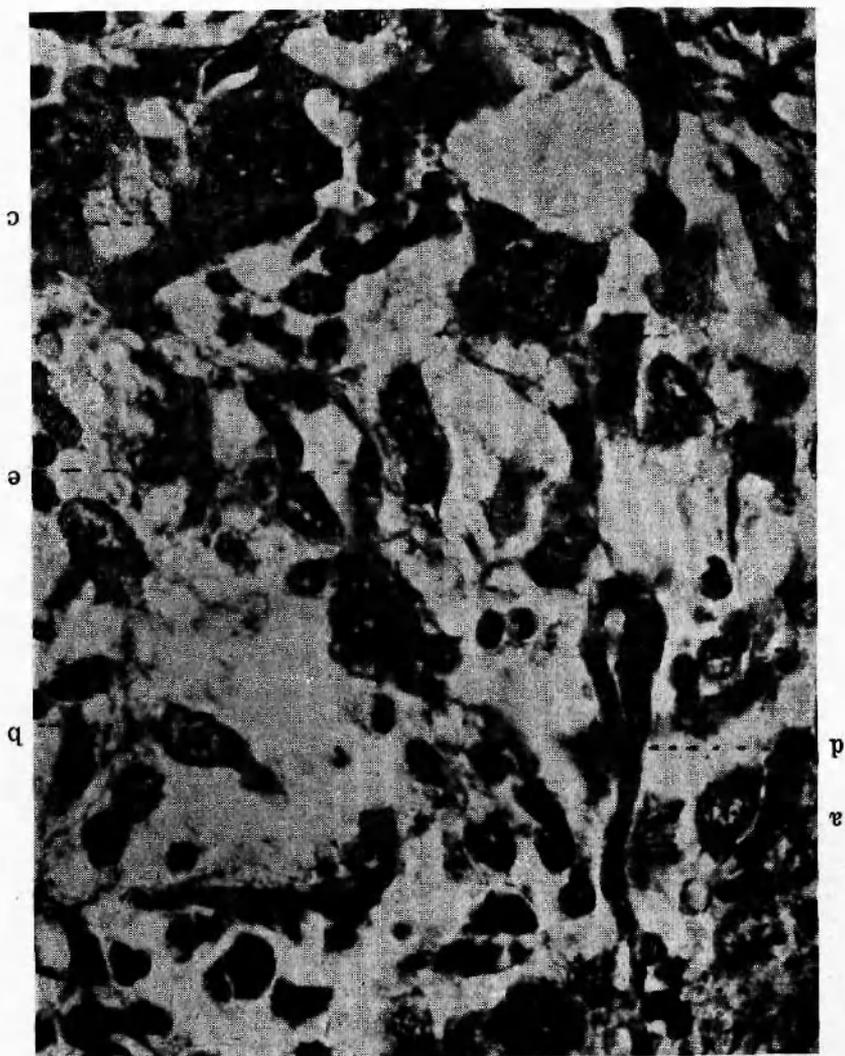
Dentro de esta masa protoplásmica, puede contarse núcleos en gran cantidad (fig. 1-b-e; 3-e; 5-a).

Estos elementos celulares, discretamente abundantes, en nuestras preparaciones, han sido designados con frecuencia por los autores, que se han ocupado de los rhabdomiomas.

plasma desarrolladas, no es evidente la segmentación; e) célula de cuyo polo se destaca una formación fibrilar segmentada  
 a) Célula blastomatosa indiferenciada; b) célula blastomatosa, cuyo núcleo se alarga y el protoplasma se localiza en un polo; c) masa plasmoidal, cuyos núcleos tienden a localizarse en la periferia; d) Mi-

Placa No. 710 — Hematímetro eritrosina

Figura 5



como células en araña (Césaris-Demel), Spinnenzellen (de los alemanes), mioblastos; megasasarcocitos (Honette). Estos elementos forman singcios y su hallazgo en nuestro caso constituye un elemento de juicio importante, para la clasificación del tumor. En la (fig. 1-d) se observa en el protoplasma un esbozo de diferenciación fibrilar que, en la

de un megasarcocito de Houtte, con inclusiones intracitoplasmáticas.

Esta célula encierra más de 11 elementos intensamente



Figura 5

Placa No. 711 — Tricómico de Masson

a) Voluminoso miocito con protoplasma acidófilo granuloso, diferenciándose en el exoplasma con miofibrillas entrecruzadas y segmentadas; b) fascículo de fibrillas segmentadas

coloreados por la hematoxilina y rodeados por un halo blanco, con algunas estriaciones.

**Diagnóstico histológico: Rabdiosarcoma.**

### Comentarios anátomo-patológicos

La histología nos ha demostrado la naturaleza citológica del tumor y de la descripción de ella surge el diagnóstico de que estamos en presencia de un tumor constituido por células, en algunas de las cuales, el esbozo de formaciones fibrilares monoliformes, en unas zonas y segmentadas en otras, nos permiten clasificarlo como un rhabdomioma maligno, por su proliferación abundante, su carácter embrionario y su poder infiltrante.

Por la poca cantidad de células con diferenciación de miofibrillas bien segmentadas, por la abundancia de células de carácter embrionario, dentro de las variedades de rhabdomioma típico y atípico, de acuerdo a las clasificaciones de **Menetrier**, lo ubicaríamos en el segundo grupo. Hemos descrito células pequeñas, que llamamos indiferenciadas y en las cuales hemos seguido su evolución, hasta la formación de células alargadas y con intento de diferenciación muscular.

Estos elementos corresponden al "Mutterboden", de **Ribbert** "Keimgeyebe" de **Wilnes**, "tejido blastomastoso mioblástico" de **Masson**. Estas células indiferenciadas y extraordinariamente fértiles, dan por diferenciación los elementos más adultos del tumor. Sus caracteres citológicos, permiten comprender como en un examen no muy atento, sean confundidos estos elementos, como representantes de un sarcoma embrionario y es probable que, dentro de este grupo de sarcomas de la vejiga, figuran algunas de la variedad mioblástica.

Sin embargo, la acidofilia, el aspecto granuloso y la localización preferente en uno de los polos celulares, del protoplasma, son de considerar para su individualización y si consideramos la estructura nuclear, y podemos observar la diferenciación de miofibrillas segmentadas, el diagnóstico se impone. La descripción que hemos hecho de estas células, que reproducen el tipo del tumor descrito por **Houette**, tiene un alto interés doctrinal.

Para **Masson**, la presencia del "blastema mioblástico",

habla en favor de un tumor de origen disgenético, no observándolas en los tumores originados en las fibras musculares adultas.

**Montpellier** le asigna a estas células un extraordinario

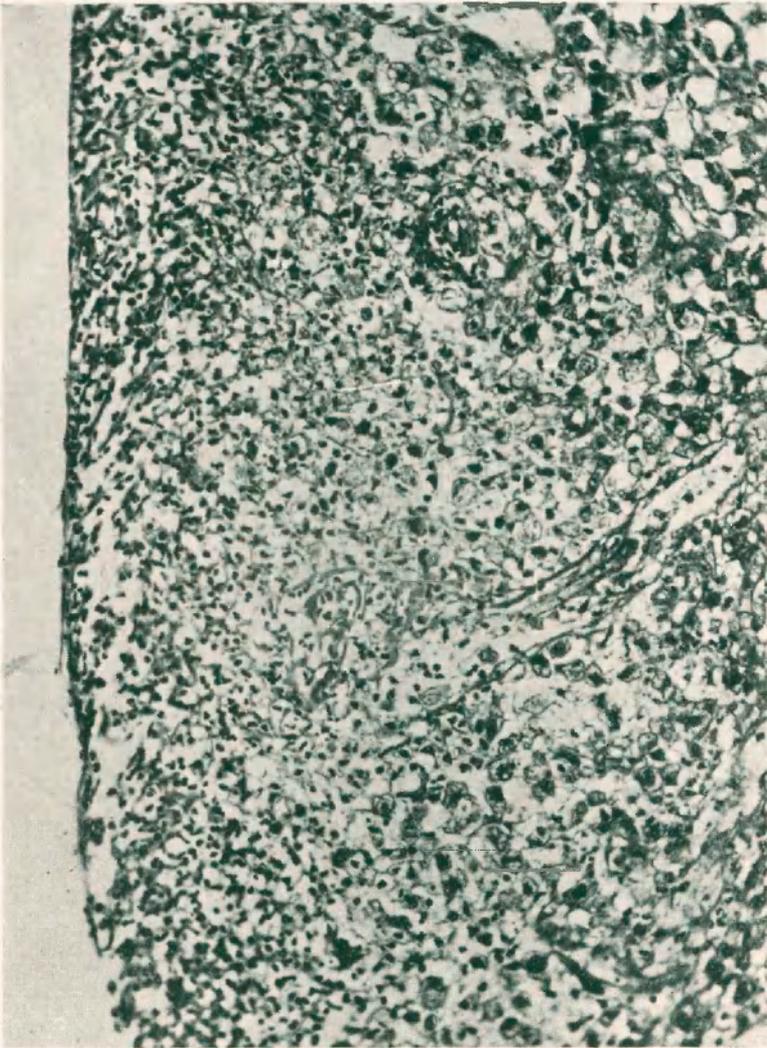


Figura 6

Placa No. 739 — Hemalumbre eritrosina

Se observa la falta de mucosa, y un tejido de granulación superficial, en la profundidad comienza a observarse las células tumorales

valor; dice: “se encuentra aquí los caracteres fundamentales comunes a los esbozos mesenquimáticos y musculares y el concepto de **Peyron**, expuesto en el atlas del cáncer estableciendo, precisamente que la desdiferenciación de los rab-

do y leiomiomas, dan imágenes superponibles a las células de los sincicios de la organogénesis normal muscular”.

Este estado evolutivo del blastema mioblástico, tiene, pues, un punto interesante de contacto con la dediferenciación de los tumores nacidos de las fibras musculares adultas, y a algunas imágenes de las formas gránulo-celular, descrita por **Diss**.

Describimos, también, la presencia de masas multinucleadas, verdaderos plasmódios designados bajo diferentes nombres “células en araña” (**Cesaris-Demel**); mioblastos “Spinnenzellen” (autores alemanes) “megasacocito” (**Houette**).

Estos elementos se caracterizan por su protoplasma acidófilo y granular y la multiplicidad de núcleos.

De acuerdo a las descripciones de los autores, puede o no observarse diferenciación miofibrilar (**Houette**), o bien, ser ellas visibles (**Ardoin**). En nuestro caso, puede señalarse un esbozo de diferenciación (fig. 1-e).

De todas maneras, la presencia de ellas, es de un buen valor diagnóstico y capaces de por sí, a inducirnos a afirmarnos en un diagnóstico.

**Montpellier**, al describirlas, dice: “bajo estos dos aspectos, deben bastar para hacer suponer el origen muscular de una neoplasia, porque ellas caracterizan fibras musculares incompletamente diferenciadas de los estados embrionarios”.

Observamos, también, una segunda variedad de células multinucleadas (fig. 4), formadas por un protoplasma compacto, núcleos de contorno irregular, cromatina intensamente teñida por la hematoxilina férrica, dando el tipo del núcleo picnótico, en torno de ellos, se destaca un halo claro, a veces estas vacuolas son anucleadas.

Estos elementos han sido designados como inclusiones intracitoplasmáticas, cuerpos hialinos (**Ribbert**), cuerpos asteroideos (**Houette**).

Puede descartarse en absoluto la interpretación parasitaria de estos elementos, dada por **Ribbert**; la de ser fibras elásticas fagocitadas, o un cristalóide derivado de la hemoglobina, debiéndose interpretarlas como lo hacen **Diss**, **Hou-**

ette, etc., como precipitaciones protoplasmáticas consecutivas a un desequilibrio coloidal del protoplasma celular y a residuos nucleares en pienosis (**Ardoin**).

Como interesante y digno de tener en cuenta, es el estado angiomatoso del tumor en algunas zonas, descrito por muchos autores, al punto que **Constantini** y **Montpellier**, recordando que este carácter también lo destacan **Leuret** et **Leroux**, hacen recalcar esta homología morfológica de los tumores musculares. Y hasta aquí, los hechos, veamos la interpretación.

**Histogenia.** - La histogénesis, sólo podremos esbozarla, resumiendo los conceptos sustentados; nada podemos agregar y por ello es preferible exponer las teorías hasta ahora más aceptadas.

Dado que el tejido muscular estriado, no está representado en la constitución del órgano, nada más simple y cómodo que buscar una heterotopía para explicar la génesis de estos tumores, y así lo han entendido la mayoría de los autores, que recurren a esta teoría.

Parece tener este concepto su corroboración en el hecho de que se trata de una variedad estructural más frecuentemente representada en los tumores embrionarios (del riñón, testículo, etc.).

Y de los 15 tumores, incluyendo el nuestro, desarrollados en la vejiga, han hecho su eclosión en 13 veces, antes de los 23 años. Las dos únicas excepciones, corresponden a la observación de **Mackenzie** and **Chase**, en un hombre de 69 años y la nuestra en uno de 43 años.

Para explicar la heterotopía recurren a la interpretación de **Wilms**, el cual dice que, naciendo el cuerpo de Wolff en la vecindad inmediata del miotomo, transportarían durante su descenso hacia el seno urogenital estas células indiferenciadas y extremadamente fértiles. Otras teorías se apoyan en la estrecha analogía embrionaria del tejido muscular liso y el estriado, con el concepto cada vez más importante de la metaplasia tisural, que podría encontrar su apoyo en las experiencias de **Ehen Carey**, que ha

realizado experimentalmente, distendiendo la vejiga de un perro, la transformación de la fibra muscular lisa en estriada.

### Diagnóstico

El diagnóstico exacto pre-operatorio del sarcoma de vejiga, lo consideramos sumamente difícil. Su sintomatología es común a la de todos los tumores del órgano, y aun, al examen cistoscópico, no existe un signo revelador de su naturaleza. Su implantación a nivel del trígono o en su vecindad, su superficie uniforme y lisa, en algunos casos hasta recubierta por una mucosa normal o poco alterada, la ausencia habitual de pedículo y su crecimiento y evolución rápida, pueden hacerlo presumir, pero nunca afirmar su existencia. La eliminación espontánea de un trozo de tumor, puede ser de utilidad, en manos muy experimentadas, pero el grado avanzado de desintegración de los tejidos, en casos semejantes, hacen muy difícil su estudio, y ella es la causa por la cual no se le asigne un valor absoluto, a algunas observaciones de sarcomas, cuyo diagnóstico fué hecho en épocas pasadas, mediante esa circunstancia.

La biopsia endoscópica, posible en la actualidad, creemos que es el único medio de diagnóstico de certeza, en determinadas condiciones, y pensamos que debiera de recurrirse a ella, cuando el conjunto de factores nos haga pensar en la existencia de un sarcoma, ya que, de dar resultado, importaría un concepto de terapéutica que luego analizaremos.

### Complicaciones

Las complicaciones del sarcoma de vejiga, también son comunes a la de los otros tumores del órgano. Dos solas circunstancias han sido consideradas como frecuentes dentro de su modalidad evolutiva: la poca tendencia a las metástasis en relación a los sarcomas desarrollados en otros órganos, y, en cambio, su propagación frecuente a los tejidos y órganos vecinos, causa de fístulas y perforaciones de ve-

jiga, que constituyen el episodio terminal de la afección, en muchos casos.

En nuestra observación personal, hemos pensado si a la formación del absceso urinoso primero, y tumor urinoso, después, no habrá contribuido una propagación o injerto del tumor, que fuera causa de su persistencia y de la notable acentuación de la caquexia, a raíz de su aparición. Desgraciadamente, no pudimos practicarle la autopsia, que hubiese sido bajo todo punto de vista interesante.

### Pronóstico y tratamiento

El pronóstico del sarcoma de la vejiga, es sumamente grave. Son muy raras las observaciones de evolución lenta, y en ellas no son convincentes los estudios histológicos en que se funda la clasificación. Los distintos tratamientos instituidos, cuyas enseñanzas recogemos a través de la literatura, no parecen mejorar en nada el pronóstico sombrío de la enfermedad. **Munwes**, en 69 casos recopilados por él, 38 murieron inmediatamente después de la operación, 28 en un plazo muy breve, por propagación o metástasis, y sólo 3 casos pueden considerarse curados. **Albarrán**, en 26 casos, 13 fallecieron a raíz de la intervención y los restantes por rápidas recidivas. **Cecil**, considera que, únicamente en 8 de los casos publicados, puede hablarse de curación. En 7 casos, uno de los cuales es personal, el tratamiento instituido fué la cistectomía, parcial o total, y en el otro caso, la radiumterapia previa cistotomía.

Tratándose de un tumor que, aun admitiendo su punto de partida en el tejido mesenquimático del corión, invade rápidamente el espesor de la pared vesical, el tratamiento lógico a seguir, será la cistectomía parcial, cuando pueda llevarse a cabo, o la total, con todos sus inconvenientes. El caso de curación obtenido por **Cecil**, fué mediante una cistectomía total.

El radium (salvo el caso mencionado por Cecil), y la radioterapia, han fracasado siempre. En nuestro caso, imposibilitados de hacer una cistectomía parcial, por la implantación del tumor, y contrarios a la cistectomía total, prac-

ticamos la extirpación del tumor, mediante pinzas de forcipresura, sobre las que hacíamos actual la corriente a ondas entretenidas del radio bisturí de Lassen y a continuación, electrocoagulamos profundamente su base de implantación. Pese a ello, a los pocos días, el tumor había reiniciado su crecimiento, como acelerado, a raíz del tratamiento.

Creemos que la electrocoagulación, dado la rápida invasión de la neoplasia al espesor de la pared vesical, no puede dar resultado, sino en el caso excepcional de tratar un tumor de desarrollo incipiente.

### B I B L I O G R A F I A

- 1) **Albarran.** — Les tumeurs de la vessie. Paris 1892; Edit. Steinhil.
- 2) **Ardoin G.** — Sarcome rhabdomyoblastique de la région temporo-occipitale. — Bull. de la Soc. France du Cancer. 1929. T. XVIII, pág. 255-68.
- 3) **Boltari T.** — Contributo a lo studio del sarcoma della vescica. Il Policlinico Seg. Chirurg. 1925; T. 32, pág. 601-16.
- 4) **Bryan R.** — Sarcoma of the Bladder. — Jour. Urol. T. XXI; 1929; pág. 695-710.
- 5) **Cesaris - Demel.** — Rabdomioma congenitale del cuore. — Arch. Scienze Mediche, 1895.
- 6) **Cecil H. L.** — Sarcoma of the Bladder. — Jour. Urol. Vol. XVI, 1926; pág. 471-495.
- 7) **Concetti.** — Les tumeurs malignes de la vessie. Arch. de Med. d. Enf. 1900; pág. 129.
- 8) **Constantini y Montpellier.** — Rhabdomyosarcome de la langue. — Bull. de la Assoc. Franc. du Cancer. 1931. T. XX, pág. 522-28.
- 9) **Darling.** — Citado por Cecil. — Ann. Surgery, 1905.
- 10) **Diss A.** — Un nouveau type de tumeur musculaire; le rhabdomyome granulocellulaire. — Bull. de la Soc. Fran. du Cancer. 1927. T. XVI, pág. 863-66.
- 11) **Diss A.** — Le rhabdomyome granulo-cellulaire de la langue. — Ann. D'Anat. Path. 1930. T. VII, pág. 1071-76.
- 12) **Ehen Carey.** — Citado por Montpellier.
- 13) **Gardner.** — Citado por Bryan.
- 14) **Hager and Hunt.** — A report of case of leiomyosarcoma of the bladder. — Jour. Urol. T. XXI, 1929.
- 15) **Leuret et Leroux.** — Citado por Constantini y Montpellier.
- 16) **Masson P.** — Tumeurs. 1923; pág. 176. Edit. Maloine.
- 17) **Menetrier.** — Cáncer. — T. II, 1926; Edit. Bailliere.

- 18) **Montpellier J.** — Les rhabdomyomes. — Bull. de la Soc. Franc. du Cancer. 1929; T. XVIII; pág. 538-602.
- 19) **Munwes C.** — Zur Statistik und kasuistik der Blasen-sarkome. Ztschr. f. Urol. 1910, pág. 837.
- 20) **Peyron.** — Tumeurs des muscles: Atlas du Cáncer. F. VII.
- 21) **Peyron.** — Sur l'évolution neoplasique des fibres musculaires striées, dans le sarcome infectieux des oireux, 1921; T. X, p. 2.
- 22) **Ribbert.** — Beiträge zur Kenntniss der rhabdomyome. Virch. Arch. T. 130, pág. 249.
- 23) **Scholl.** — Histology and mortality in cases of tumor of the bladder. Surgery. Gynecolo. and Obstetric. 1922, pág. 189.
- 24) **Wilms.** — Die Mischgeschwülste der Niere. Leipzig, 1899.

#### RABDOMIOMAS DE LA VEJIGA

- 25) **Cattani.** — Rabdomioma missomatosa dell'urocisti. Arch. per le scienze medicale. 1884. T. VII, pág. 5.
- 26) **Vincenzi.** — Rabdomioma de la vejiga. Revista Clínica de Bolognes, 1887. T. I, pág. 42.
- 27) **Pavone.** — Un caso de rabdomioma della vesica. Il Policlinico 1898-99. Pág. 263.
- 28) **Huesler.** — Rabdomixosarcoma de la vejiga en un niño de 7 años. These de Bale, 1905.
- 29) **Moenkeberg.** — Ueber heterotope mesodermale Geschwülste am unteren. Ende des urogenital apparatus. Virch. Arch. 1907. T. 187, pág. 471.
- 30) **Shattock.** — Rabdosarcoma de la vejiga. The Lancet; London. 1909.
- 31) **Shattock.** — Rabdomyima of the urinary bladder. Proceeding of the Royal Soc. 1909.
- 32) **Stum.** — Ueber Bau und Wachstum eines Rhabdomyoms der Harnblase. Beiträge zur Path-Anat. 1911. T. 50, pg. 71.
- 33) **Clyde Leroy Deming.** — Primary Bladder tumors in the first decade of life. Surgery Gyn. and Obst. 1924. T. 39, pág. 432.
- 34) **Kauffmann.** — Rabdomioma fibromixomatoso en un chico de 7 años. Ver. Trat. Anat. Pat. Edición 1926; pág. 1254.
- 35) **Mackenzie and W. H. Chase.** — Rabdomyosarcoma of the urinary bladder with metastasis. Jour. of Urol. 1928. T. 19, p. 315.
- 36) **Hovette Ch.** — Rhabdomyome diverticulaire congenital de la vessie. An. d'Anat. Path. 1929; T. VI, No. 3, pág. 268.

## DISCUSION

**Astraldi.—**

*Tenemos la desgracia de tener que tratar el tema más difícil de la patología vesical, el de clasificación de tumores de vejiga. Yo estoy en un todo de acuerdo con lo<sup>1</sup>vertido por los autores, que muchos de los tumores considerados como sarcoma de vejiga, no son tales, tanto más, cuanto estos se han encontrado en adultos, esto nos obliga a abordar el capítulo de la etiología, lo que en realidad a mi manera de ver, sería en el momento actual, un tanto arriesgado, pero, hechos de observación corriente inducen a hacerlo. De aquí, como veremos, podemos explicar la extraordinaria frecuencia de los carcinomas papilíferos y carcinomas infiltrados o carcinoides, que en su mayor parte son los que se ven en la vejiga del adulto. (1o.) Los carcinomas vesicales en obreros que trabajan en anilinas. (2) Los carcinomas en bilharziosis vesical y (3) El cáncer experimental de Roffo, por las perlas de tabaco, introducidas previa cistostomía, que reproducen un verdadero carcinoma papilífero. Esto último podría explicarnos la desigualdad de frecuencia de estos tumores entre el hombre y la mujer. ¿Serán las substancias colorantes u otras del tabaco que, al eliminarse por la orina, por acción irritativa, la producen?*

*En materia de tratamiento, es arriesgado hablar, como dicen los autores, y, con razón fundada, de curabilidad de cáncer vesical, después de pocos meses de su extirpación, aunque durante esta data, la vejiga no presenta lesión alguna.*

*Dado que, en la inmensa mayoría de los casos, la cistoscopia muestra los tumores con un aspecto pseudo-benigno, soy partidario de su extirpación a "cielo abierto" con cistectomía parcial, antes que electrocoagulación, si las circunstancias lo permiten. Es preferible en este último método, el sistema unipolar "in situ" y, conociendo los inconvenientes que tiene el unipolar, porque no se sabe hasta qué punto llega la extensión de la electrocoagulación, he empezado a usar el sistema unipolar en el sentido absoluto de la palabra, es decir, utilizando un sólo electrodo de los que suministra el aparato de diatermia, cerrando el circuito con tierra, que la hace la mesa del enfermo, en contacto directo con aquella.*

---