

# Sociedad Argentina de Urología

2ª. Sesión científica ordinaria - 29 de mayo de 1959.

*Presidente:*.... Dr. Alfredo A. Grimaldi

*Secretario:*.... Dr. Juan A. Goldaracena

---

## ACERCA DE UNA OBSERVACION DE FIBROLEIO- MIOSARCOMA VESICAL

Por los Dres. JOSE S. DOTTA y TOMAS DELPORTE

El hallazgo cistoscópico de tumores parietales de la vejiga que por sus características lleva al diagnóstico probable de fibromiomas nos induce a hacer, por lo general, un pronóstico muy favorable y, hasta a veces, proponer su extirpación dada su escasa o nula sintomatología propia. Otras veces, en cambio, por las razones que exponemos más adelante, estos tumores son causa de síntomas de distinta jerarquía, precisamente por los que consulta el enfermo, y por lo tanto el problema debe ser resuelto de inmediato.

La observación que traemos a esta sociedad se refiere a uno de estos tumores, de apariencia y evolución completamente benigna pero también causante de síntomas obstructivos importantes que obligan a su extirpación. Tumor que llevaba oculto, además, un cierto grado de malignidad y que nos hace recapacitar respecto a la conducta a seguir frente a estos tumores de aspecto tan inocente pero que en un momento cualquiera pueden transformarse en un problema de difícil y aun imposible solución.

Se trata de M. de B. de 49 a., casada con domicilio en San Jorge, (S. Fe) quien nos consulta el 15-X-58 manifestando entre sus antecedentes personales dignos de mención sólo una intervención por fibroma uterino efectuada hacia 8 años. Su enfermedad actual la hace remontar a aquella fecha, quejándose desde entonces de cierta molestia suprapúbica y trastornos miccionales especialmente caracterizados por cierta polaquiuria y nicturia; trastornos que han ido progresivamente en aumento especialmente en estos últimos tiempos. Tres días antes de su consulta quedó en retención completa por lo que fué sondada extrayéndosele, según dice, unos 3 litros de orina, maniobra que debe repetirse al día siguiente. Actualmente acusa micciones a intervalos variables, a veces muy frecuentemente, notando sus orinas con mucosidades.

Refiere no haber notado nunca sus orinas hematóricas. Hace 8 años y otra vez el año p.p. episodios de intensa lumbalgia sin los caracteres de cólico renal.

El examen clínico en general no ofrece mayores particularidades. Enferma en excelentes condiciones generales, más bien obesa, con borde inferior de hígado palpable. Su Pr. Art. es 160 - 110.

Desde el punto de vista urológico se palpa en hipocondrio izquierdo una tumoración que por arriba se pierde por debajo de la parrilla costal y por debajo sobrepasa la línea

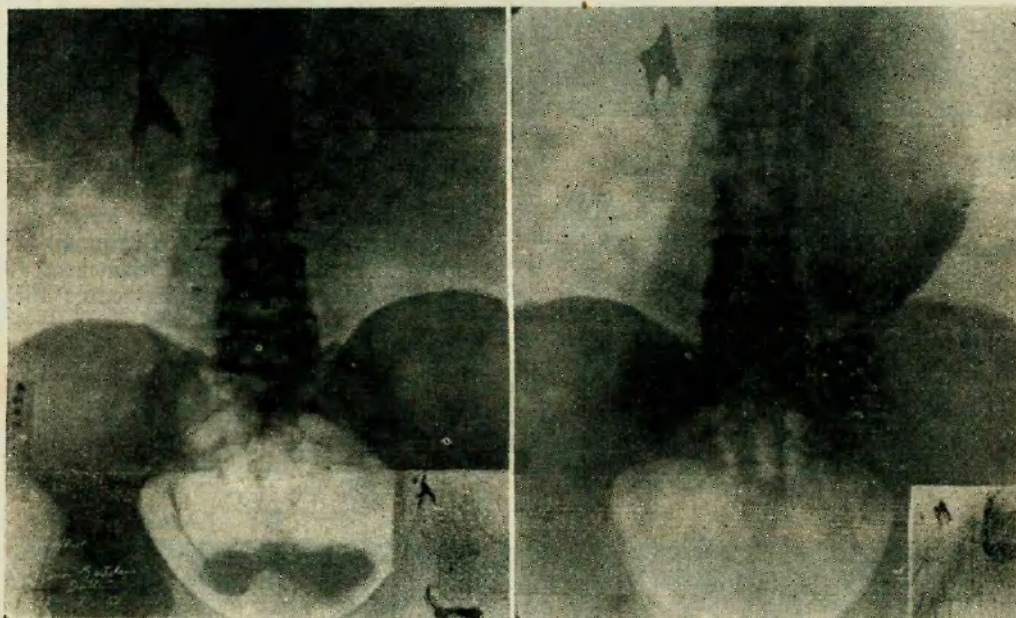
umbilical, de superficie lisa, regular, que pelotea y tiene contacto lumbar; de consistencia elástica, indolora, que se moviliza con los movimientos respiratorios. Riñón derecho no se palpa.

Al examen ginecológico se palpa un cuello de matriz de caracteres normales. En el fondo de saco anterior correspondiendo a la zona del cuello vesical se aprecia una tumoración del tamaño de una pelota de golf, de consistencia parenquimatosa, de superficie lisa y desplazable en sentido transversal.

En estas condiciones la enferma ingresa en nuestro Servicio del Hospital el 16-X-58 donde se le practican los siguientes análisis:

*An. de Orina* (17-X-58). 1022. Ac. Alb. 0.45. Gluc. (—). Hgb. (+). Pus. (+++). Gran cantidad de piocitos, escasos hematíes.

*Hemograma* (") 4.800.000. B. 6.000. Hgb. 90. V.G.O. 93. N. 75. E.O. B.O. L.22.M..



*Radiografía N° 1.* — Pielograma der. normal con exclusión funcional del riñón izq. Área renal izq. agrandada. Al cistograma se aprecia falta de relleno en la parte inferior del borde vesical, correspondiente al tumor.

*Radiografía N° 2.* — Pielografía por punción del riñón izq. Se aprecia un área renal izq. agrandada con una distribución irregular de la substancia de contraste, que hace sospechar la existencia de un proceso tumoral. Es posible apreciar también la eliminación de la substancia de contraste por el lado izquierdo.

*Dos. de Urea* (") 0.30 %. *Glicemia*: 0.98 %.

*Eritrosed.* (") 13 mm. 30 mm.

*Ex. Cardiovascular* (Dr. Daminato: 9-X-58). Reforzamiento del 2do. tono en foco aórtico. Pulso regular. Frecuencia 85 x'. Pr. Art. 160 - 110. Electrocardiograma: Sobrecarga de ventrículo izquierdo.

*Rad. Direct. de Rs. y V.* (19-X-58). Área renal izquierda agrandada especialmente a expensas del polo inferior. No se aprecian sombras calcúlosas.

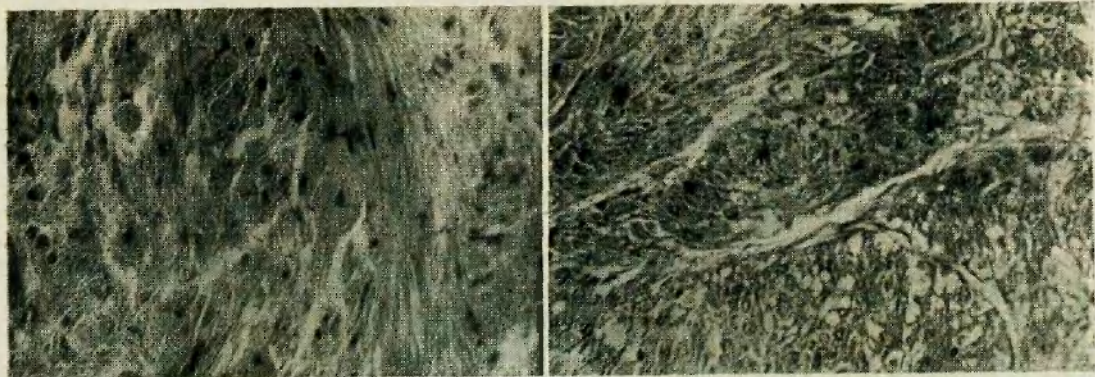
*Urograma* (") Pielograma derecho normal. Ausencia de la eliminación del lado izquierdo. (Fig. 1). Al cistograma llama la atención en borde inferior de vejiga una falta de relleno como si fuera un lóbulo medio prostático.

*Cistoscopia* (20-X-58). Capacidad e irritabilidad vesicales normales. Vejiga discretamente trabeculada. En cara lateral derecha se aprecia una tumoración de superficie lisa, regular, recubierta con mucosa vesical de caracteres normales en partes y en otras partes de aspecto blan-



quecino, aparentemente pediculada con zona de implantación a nivel del cuello, desde las 8 a las 3 horas. Los orificios ureterales se presenta normales.

Se intenta cateterizar el orificio ureteral izquierdo pero el catéter no franquea más allá



*Microfotografía N° 1* (150 diámetros). — Mostrando el aspecto fasciculado fibromiomatoso con elementos musculares soltándose, con tendencia a tomar formas redondeadas.

*Microfotografía N° 2* (150 diámetros). — Mostrando la íntima relación de los elementos tumorales, con hendiduras vasculares que la recorren, cuyos elementos endoteliales contactan directamente con los elementos neoplásicos. Se observan algunos elementos nucleares monstruosos.

de los 4 cm., maniobra que se intenta en otras 2 oportunidades sin lograrse, una de ellas por hallarse el orificio ureteral escondido detrás del proceso tumoral.

Con el diagnóstico de presunción de un mioma vesical y de quiste seroso de riñón



*Microfotografía N° 3* (200 diámetros). — Mostrando un típico elemento atípico, polinucleado en claro contraste con los elementos que le rodean.

*Microfotografía N° 4* (ampliada). — El mismo elemento anterior con un aumento más grande, a los efectos de hacer resaltar más los caracteres nucleares del mismo.

izquierdo, la enferma es intervenida de su vejiga dejando para más adelante la solución del problema de su riñón.

*Operación* (29-X-58). Anestesia general con penthotal, novocaína, etc.

Incisión mediana infraumbilical. Se efectúa una amplia cistostomía constatándose a nivel del cuello y asentando sobre la vertiente vesical del lado derecho la citada tumoración, sesil, maciza, elástica, del tamaño de un huevo, recubierta de una mucosa sana, muy vascularizada. Con electrobisturí se reserva la zona de implantación electrocoagulándose los vasos que sangran y afrontándose los bordes de mucosa con unos puntos de catgut. Previa colocación de una sonda Foley uretral se cierra la vejiga por primera con doble jareta. Se completa la interven-

ción según la técnica habitual. Durante el acto operatorio se intenta nuevamente cateterizar el uréter izquierdo con el fin de realizar una pielografía per-operatoria fracasando nuevamente.

La enferma evoluciona sin incidencias retirándose la sonda uretral a los diez días.

*Inf. Anátomo-patológico* (Dr. G. Fontana). — Vejiga con su pared interesada por una neoformación de tamaño grande irregularmente redondeada que aumenta considerablemente el espesor del órgano, de coloración rojizo parduzco semejante a la del resto de la capa muscular, de consistencia carnosa. En sus bordes no existe un plano de clivaje ni formación capsular alguna, pasándose en forma ininterrumpida de una zona a la otra, formando la neoformación cuerpo con el resto de la capa muscular.

Al estudio microscópico su textura se presenta francamente fibroleiomiosa, con fibras musculares lisas bien diferenciadas, agrupadas en haces que se orientan en distintas direcciones. Las fibras en general se presentan algunas de mayor tamaño con núcleos más grandes y algo deformadas, rodeadas por una substancia fundamental escasa, poco densa. En otras esta substancia intersticial forma gruesas bandas conjuntivas densas y esclerosas. En otras partes se observa que las fibras musculares se disocian aislándose unas de otras, tomando formas esféricas y ovoides, con núcleos más grandes, claros y deformados.

En el estroma llama la atención la notable vascularización consistente en casos por vasos gruesos, de paredes bien marcadas y esclerosas. En otras en cambio estos vasos son pequeños, de paredes tenues, endoteliales, en íntimo contacto con los elementos musculares.

En los bordes no existe encapsulación alguna, ni diferenciación neta, teniendo los elementos tumorales tendencia a entremezclarse con las fibras musculares normales, no llegando sin embargo esta tendencia infiltrativa a gran distancia.

Nos encontramos en presencia de una neoformación fibroleiomiosa que por los detalles histológicos antes mencionados presenta caracteres sarcomatosos poco acentuados y de bajo índice histológico de malignidad. (Microfotografías 1, 2, 3 y 4).

Frente a los reiterados fracasos en efectuar una pielografía ascendente del riñón izquierdo excluido se efectúa una:

*Pielogr. por punción* (14-XI-58), la que muestra una grosera deformación del sistema pielocalicial que hace suponer la existencia de una neoplasia en dicho órgano. Llama de paso la atención la eliminación de la sustancia de contraste por el riñón opuesto, del que se dibuja su sistema pielocalicial. (Fig. N<sup>o</sup> 2).

La enferma e dada de alta el 15-XI-58 recomendando su regreso en la brevedad, cosa que hace dos semanas después.

*Eritrosed.* 45 mm. 98 mm.

*Dos. de Urea* ("") 0,30 %.

Con el diagnóstico de presunción de un tumor de riñón izquierdo es intervenida el 3-XII-58 efectuándose una nefrectomía radical por vía tóraco-abdominal, extirpándose además un ganglio que asentaba sobre el mismo psoas, no percibiéndose adenopatía periaórtica.

La pieza extirpada muestra un gran quiste seroso que comprende el polo inferior y parte del medio riñón, dejando indemne sólo el polo superior.

Se completa la intervención dejando los drenajes de la celda renal y del tórax bajo agua.

Previos controles radiográficos de los campos pulmonares el drenaje torácico es retirado a las 48 hs.

*Inf. Anátomo-patológico del ganglio extirpado* (Dr. Fontana). Se observa una intensa adenitis crónica con reacción reticular sin lesiones neoplásicas.

La enferma hace un post-operatorio sin incidencias siendo dada de alta a los 15 días, recomendando vuelva para controles periódicos.

Vista el 3-II-59 no acusa ningún trastorno ni miccional ni de otro orden. La cistoscopia muestra discreta trabeculación y congestión difusa. No se aprecian recidivas.

Un último examen endoscópico efectuado el 9-V-59 muestra una vejiga completamente normal.

Frente al gran número de tumores vesicales de origen epitelial, los tumores mesenquimáticos de dicho órgano son muy raros. Es así como hasta 1952 Katzen habría reunido solamente 158 casos de sarcomas publicados en la literatura, siendo el más raro de todos, según Silbar y Silbar, el leiomioma (30 casos). El Registro Americano del Cáncer de 1950, publicado por Dean y Ach, sobre 5.324 tumores malignos de vejiga sólo registra 25 sarcomas. Cibert y Durand refieren que sobre 250 casos de tumores malignos observados en el Pavillon V del Hospital Edouard Herriot, de Lyon, hallaron 10 casos de mioma (4 %), mientras que para Flint y Dick el porcentaje varía del 0,38 al 0,67 % de todos los tumores de vejiga. Sobre los primeros 140 casos de tumores de

vejiga registrados en el Instituto de Anatomía Patológica de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos sólo se encuentran 3 casos de sarcomas.

Melicow en 1955 al ofrecer una clasificación general de los tumores de vejiga establece que sobre 954 tumores primitivos estudiados el 95 % lo son del urotelio y el 5 % restante del estroma, reuniendo sólo de toda esta cifra 8 casos de leiomiomas. Por su parte, Trabucco hace su propia clasificación de los tumores mesodérmicos distinguiéndolos en:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| a) Monoblastomas conjuntivos homotípicos   | } | sarcomas fibroblásticos<br>leiomiomas<br>sarcomas endoteliales<br>linfomas   |
| b) Monoblastomas conjuntivos heterotípicos | } | melanosarcomas, rhabdomiomas,<br>lipomas, osteomas, condrosarcomas, mixomas. |

Según Delzotto y Godena los casos de sarcomas descriptos hasta 1957 sumarían 212 observaciones, de las cuales 50 son leiomiomas (23 %). De las distintas variedades la más frecuente de todas sería el de células redondas, siguiéndole en orden de frecuencia el sarcoma fusocelular, el mixoma, ocupando el leiomioma el 4º lugar, continuando luego el linfoma, el angiosarcoma, el rhabdomioma, el condro y el osteoma y por último el retículo-sarcoma del cual se habrían descripto sólo 2 casos.

Desde el punto de vista anatómo-patológico estos tumores al nacer bajo el epitelio vesical lo respetan durante cierto tiempo y lo rechazan tomando el aspecto de una tumoración maciza, firme, sesil, recubierta de mucosa sana. En su crecimiento progresivo lo hace en todo sentido: hacia el interior de la cavidad llevando ulteriormente a la distensión e isquemia de la mucosa con su ulceración consiguiente; puede llegar inclusive a pediculizarse. La extensión lateral en el espesor de la pared vesical es generalmente lenta y de límites en general imprecisos. El crecimiento perivesical es aún más tardío, mencionándose excepcionalmente casos de propagación a órganos vecinos. Sólo en casos de intervenciones previas se cita el comprometimiento de la pared abdominal anterior. De acuerdo con su ubicación en la vejiga podrá comprometer el drenaje del árbol urinario superior y llevar a una urétero-hidronefrosis e inclusive a una exclusión funcional o bien ser factor que obstaculice o dificulte el mecanismo de la micción tal como en nuestra enferma. La diseminación linfática es rara y las metástasis también: sobre 39 leiomiomas sólo 6 casos: peritoneo, pulmón, hígado e intestino, huesos. Kretschmer sobre 15 observaciones halló una sola: en hígado y duodeno.

En general, estos tipos de tumores no tienen predilección por determinada edad, ni preferencia por el sexo aunque con cierta propensión al masculino.

Desde el punto de vista etiológico su origen se balancea siempre en el campo hipotético: se acepta en general como teniendo un origen embrionario por heterotopías y dependiendo el mismo de inclusiones de restos de conducto de Müller, del uraco, de uréteres supernumerarios, la hidátide de Morgagni o la capa más inferior del uréter.

Las manifestaciones clínicas del leiomioma vesical dependerán fundamentalmente de una serie de factores que juegan aquí un rol preponderante: ante todo sus características histológicas y tendencias evolutivas, si bien en nuestro caso se trata de un proceso donde el factor sarcomatoso es poco acentuado y el índice de malignidad escaso, existen otros donde la neoplasia quema las etapas existiendo entre ambos tipos toda una serie de gradaciones. Cecil considera que los leiomiomas malignos se clasifican en 3 grados aumentando su malignidad proporcionalmente:

- a) aquellos que se asemejan a los leiomiomas;
- b) aquellos que tienen células fusiformes cortas con un núcleo oval;
- c) aquellos que tienen grandes variaciones en el carácter morfológico celular.

Thomas y Abernathie refieren la primera observación de esta variedad neoplásica desarrollada en un divertículo.

El examen del enfermo, la cistoscopia, la urografía, el cistograma contribuirán al diagnóstico. Nos detendremos sobre unos aspectos de los mismos y vinculados con nuestra enferma:

1º) al examen ginecológico llama ante todo la atención la palpación a través de la cara anterior de la vagina de una tumoración de consistencia parenquimatosa, desplazable lateralmente y ubicada en principio a la altura del cuello vesical;

2º) al examen endoscópico se aprecia una tumoración que corresponde justamente a la que se había palpado por vía vaginal, de superficie lisa, regular, vinculada al cuello de vejiga, desplazable, del tamaño de una pelota de golf, redondeada y recubierta de una mucosa vesical sana;

3º) el urograma por excreción si bien muestra una exclusión funcional del riñón izquierdo que luego se determina estar desvinculado con el proceso motivo de esta comunicación, fundamentalmente nos dibuja al cistograma una falta de relleno similar a la observada en los adenomas de próstata.

Con el diagnóstico presuntivo de un mioma o fibroma de vejiga la enferma es intervenida a cielo abierto, llamando la atención el aumento de la vascularización de la mucosa que recubre el proceso. Dada la ubicación del mismo, la intervención se limita a su simple extirpación, con electrocoagulación de los vasos que sangran así como del lecho y afrontamiento de los bordes mucosos. De mediar otra situación la intervención ideal hubiera sido una cistectomía parcial.

Lex y Bell al revisar la literatura hasta 1947 reúnen 22 casos y al agregar uno propio manifiestan que todos menos 3 fallecieron antes del año, habiendo metástasis sólo en 2 casos pero sí recidiva local, razón por la cual recomiendan frente a estos tumores efectuar la cistectomía total.

Según Foret, Similon y Demanet, la localización extratrigonal sería un elemento de diagnóstico diferencial entre el leiomioma y el rhabdomyosarcoma y estos mismos autores compartiendo la opinión sustentada por Michon, Gouverneur, Celil y Silbar señalan los buenos resultados alejados con una intervención económica.

El pronóstico dependerá fundamentalmente de 2 hechos: del grado de malignidad del proceso y de la oportunidad de la intervención. De los diez casos relatados por Cibert y Durand, 8 fallecieron tratados de distintas maneras,

curando sólo 2: uno mediante una cistectomía total (evolución de 4 años) y el otro por simple resección endoscópica (evolución 7 años).

Concluyen estos autores diciendo cuán difícil es establecer una indicación terapéutica a través de los casos relatados en la literatura; a pesar de aspectos histológicos idénticos existen amplias diferencias de malignidad, como sucede por otra parte en la mayoría de los tumores, pero en general el pronóstico de los miosarcomas es serio y por ello propugnan la intervención radical.

Nuestra observación aquí relatada nos muestra una lesión en su etapa inicial, que librada indudablemente a su evolución espontánea hubiera transpuesto otras etapas adquiriendo con ello mayor malignidad. Es por ello que los resultados son tan dispares y las soluciones quirúrgicas oscilan desde una simple resección endoscópica hasta una cistectomía total. Aquí también el temperamento a adoptarse dependerá de cada caso en particular.

#### BIBLIOGRAFIA

- Campbell, E. W. y Gistason, G. J. — *The Journal of Urology*. 70, 733, 1952.  
 Cecil, A. B. — *The Journal of Urology*. 70, 257, 1953.  
 Cibert, J. y Durand, L. — *The Journal of Urology*. 71, 58, 1954.  
 Dean, A. L.; Mostofi, F. K.; Thompson, R. V. y Clark, M. L. — *The Journal of Urology*. 71, 571, 1954.  
 Dean y Ash. — *The Journal of Urology*. 63, 618, 1950.  
 Delzotto, L. y Godena, S. — *Urología*. 23, 174, 1957.  
 Durand, L. — *Journal d'Urologie*. 56, 642, 1950.  
 Fister, G. M. y Lund, A. J. — *The Journal of Urology*. 65, 401, 1951.  
 Foret, J. y Similon, A. — *Journal Belge d'Urologie*. XX, 245, 1954.  
 Foret, J.; Similon, A. y Demanet, L. — *Journal Belge d'Urologie*. 26, 182, 1958.  
 Katzen, P. — *The Journal of Urology*. 67, 518, 1952.  
 Laskownicki, St. — *Urología*. 23, 56, 1956.  
 Melicow, M. M. — *The Journal of Urology*. 74, 498, 1955.  
 Ramey, W. P.; Asburn, L. L.; Grabstald, H. y Haines, J. S. — *The Journal of Urology*. 70, 906, 1953.  
 Sadler, R. N.; Sheller, H. S. y Mc Carthy, J. E. — *The Journal of Urology*. 72, 211, 1954.  
 Silbar, J. D. y Silbar, S. J. — *The Journal of Urology*. 73, 103, 1955.  
 Thomas, E. M. y Abernathy. — *The Journal of Urology*. 68, 470, 1952.  
 Trabucco y Otamendi. — *Revista Argentina de Urología*. XX, 233, 1951.

#### DISCUSION

Dr. Juan A. Goldaracena. — Nosotros presentamos al Ateneo de Urología del Hospital Fernández, en 1954, un caso muy parecido al de los comunicantes. En aquella oportunidad, dejamos constancia de las características anatomopatológicas de estos tumores tan poco frecuentes