

TUMOR DE VEJIGA EN EL NIÑO

Por los Dres. LUIS MARIA BREA, FURIO SFARCICH
y JUAN CESAR FORTUNATO

Los tumores de vejiga son de extrema rareza en el niño, podríamos decir, que excepcionales, al punto que Campbell cita a Deining, quien solo encuentra sobre 3.167 tumores de vejiga, 46 casos en niños.

Rathburn en 1937 reunió 75 observaciones de tumores vesicales en niños, de los cuales 42 eran sarcomas.

Entre nosotros Surra Canard en 1947 en una reseña bibliográfica, recopila 70 casos de tumores mixomatosos de vejiga.

Crane y Tremblay en 1943 reúnen 151 casos.

Son más frecuentes dentro de los dos primeros años de vida, lo que evidenciaría un presunto grado de congenitalidad y con una ligera predominancia en los varones, especialmente el rhabdomyosarcoma, uno de los más frecuentes que se presenta en los varones en la proporción de dos a uno.

Aproximadamente el 50 % de los tumores de vejiga en el niño, están localizados en el trigono, lo que refleja su origen mesodérmico. Comienza en general como una masa poliposa de aspecto racimoso, del tamaño de una nuez o mandarina, que invade paulatinamente la cavidad vesical. Durante su crecimiento es frecuente la ulceración y necrosis de zonas tumorales lo que da lugar a infección y hematuria.

También es dable observar la formación de quistes serosos y concreciones cálcicas intratumorales.

Las formaciones tumorales tienden a introducirse por el cuello en la uretra posterior y a veces obstruyen los meatos ureterales. La dificultad para la excreción urinaria entraña la hipertrofia de la pared vesical y la dilatación del árbol urinario superior. En general los tumores vesicales del niño, solo dan metástasis tardías, pero invaden bastante precozmente los órganos vecinos, vagina, próstata, vesículas, seminales, recto, paredes abdominales y de la pelvis. Nunca invaden los cuerpos cavernosos ni el pene.

Histológicamente se trata casi siempre de tumores conjuntivos, de sarcomas para ser más exactos. El epiteloma es de extremada rareza. Suelen ser miomas, el rhabdomyosarcoma es el más frecuente de los tumores de vejiga en niños menores de dos años, fibrosarcomas, mixosarcomas, linfosarcomas, etc.

En algunos casos parecerían ser degeneraciones de neoplasias benignas lo

que ratifica una de las más importantes características de los tumores de vejiga en el niño de corta edad, que es, el alto potencial de malignidad que tienen. En este sentido es un ejemplo típico el mixoma, como en nuestro caso, que pese a su aspecto inocente de racimo con revestimiento paramalpighiano apoyado sobre proliferaciones conectivas con abundante mucoide intersticial, son sumamente malignos.

Clínicamente se manifiestan con el cuadro común de una cistitis polaquímica y disuria, micciones dolorosas, en ocasiones retención completa o incontinencia. La hematuria no es un síntoma constante ni precoz, se la observa en 25 % de los casos, de poca intensidad y en general microscópica. Por la infección es frecuente la piuria. Suele haber dolor intermitente suprapúbico a lo largo de la uretra. A veces por su irradiación los dolores a distancia suelen equivocar el diagnóstico, como en un caso observado por Weiss y Meyer, citado por Fevre y Huguenin, que presentaba dolor en la raíz de la cadera izquierda y en el hueco poplíteo que le imposibilitaba la marcha.

Se puede palpar la masa intravesical y en el tacto combinado rectal y abdominal percibirse un tumor duro redondeado, de tamaño variable, a veces lobulado.

La cistoscopia, y la cistografía son los medios diagnósticos, en especial esta última, que como en el caso que relatamos, muestra las imágenes lacunares características como en panal, dadas por la sustancia contraste difundida entre los racimos tumorales. El pronóstico de los tumores de vejiga del niño de corta edad es malo. En general el pequeño paciente muere en caquexia, uremia, infección renal o peritonitis por perforación de la vejiga, en un plazo no mucho mayor de seis meses.

El tratamiento quirúrgico complementado por la radio, o cobaltoterapia parecería el de elección. Cistectomía total con derivación intestinal o neo-vejiga ileal: los resultados son desalentadores, la mortalidad en el post-operatorio mediato es muy elevada y el tratamiento curiterápico es pésimamente tolerado por los pequeños enfermitos. En 1937 Rathburn refiere sobre 75 casos operados solo 7 sobrevividas de hasta dos años de duración como máximo.

Caso clínico (12-VII-960). — W. C., varón de un año y medio. Antecedentes hereditarios y personales sin importancia, padres sanos, cuatro hermanos sanos. Nacido a término de embarazo y parto normal.

La enfermedad actual comienza hace un mes con dolores abdominales localizados al hipogastrio, de tipo intermitente que lo decaían mucho y según refiere la madre el esfuerzo "lo hacía orinar". Concomitantemente presentó una gran distensión abdominal que llamó la atención a su progenitora.

Al comienzo tuvo fiebre que no fue controlada, tratada con antibióticos en forma sintomática y antiespasmódicos, mejorando aunque los dolores continuaron con iguales características.

Desde hace tres días la madre lo nota abotagado, con aparente edema de cara y párpados, motivo que la decide a traer al niño al Hospital quedando internado para su estudio.

El examen físico muestra un niño con regular estado de nutrición, pálido, quejoso, afebril, con la facies algo abotagada y el abdomen distendido.

La palpación del vientre es dolorosa, percibiéndose una tumoración en hipogastrio, no bien delimitada y renitente. El resto del examen es negativo.

El niño, según la madre, orina normalmente y tiene exoneración intestinal diaria.

Los análisis de orina acusan piuria franca y escasos hematíes. El cultivo en agar-proteosa desarrolla bacilos Gram-negativos de tipo coli.

El hemograma da una anemia de 2.420.000, con 18.000 blancos, 70 % de neutrófilos, valor globular de 22 %. Eritrosedimentación muy acelerada: 122 mm en la primer hora. Urea en sangre 1,05 grs por mil. El examen vesical por sonda permite comprobar que no hay retención y en el examen después de evacuada la vejiga se continúa palpando la tumoración hipogástrica.

La urografía excretora no permite visualizar eliminación de sustancia de contraste; el colon por enema muestra un marco cólico normal y un asa sigmoidea sin desplazamiento.

El tacto rectal comprueba que la tumoración está separada de los planos profundos, localizada al hipogastrio, independiente del pubis y de los músculos de la pared anterior, aparentemente intravesical, fondo de saco de Douglas libre.

La uretrocistografía con solución de yoduro de sodio al 30 % nos revela una serie de imágenes lacunares adoptando la típica forma del panal pese al relleno defectuoso de la cavidad vesical.

Luego de una preparación preoperatoria con transfusiones de sangre y con el diagnóstico de tumor de vejiga practicamos una cistostomía suprapúbica, encontrándonos con una gran tumoración vegetante que ocupa toda la luz de la cavidad de la vejiga, que infiltra también las paredes del órgano, presentándose al examen engrosadas y eréctiles. Dadas las precarias condiciones y el estado general del niño, nos limitamos a extirpar parcialmente la tumoración para biopsia cerrando y dejando una sonda Pezzer por hipogastrio, con la esperanza de mejorar al paciente e intentar una cistectomía total secundaria.

El informe histopatológico dice tratarse de un mixoma.

La evolución post-operatoria fue desfavorable, acentuándose, pese a las reiteradas transfusiones, el mal estado general, al punto que aproximadamente a las tres semanas se produce la apertura espontánea de la herida operatoria, saliendo a través de los labios de la misma, masas tumorales, lo que obliga a reintervenir haciendo una nueva resección del tumor y parte de la cúpula vesical, falleciendo a los pocos días, en profunda caquexia.

BIBLIOGRAFIA

- Montz, E. R. — Sarcoma of bladder in children. *New England J. Med.*, 205, 756, 31.
- Rathburn, N. P. — Primary bladder tumors in infants and young children with report of case of hemangioma in male child of 27 months of age. *Surg. Gynec. and Obst.*, 64, 914, 1937.
- Rathburn and Wehobeln. — Lymphosarcoma of urinary bladder. *J. Urol.*, 51, 31, 1944.
- Ridlon, G. R. — Benign bladder tumor in a child of two years. *J. Urol.*, 41, 173, 1939.
- Surra Canard, R. — Myxosarcoma of urinary bladder in a two years.
- Rivarola, J. E. — Old child, *Rev. Arg. Urolog.*, 16, 259, 1947.
- Weyrbacker, A. F. and Balch, J. F. — Leiomyosarcoma of bladder, *J. Urolog.*, 38, 278, 1937.
- Crane, A. R. and Tremblay, R. G. — Primary osteogenic sarcoma of the bladder, *Ann. Surg.*, 118, 887, 43.
- Denning, C. L. — Primary bladder tumors in the first decade of life, *Surg. Gynec. and Obst.*, 39, 432, 1924.
- Flint, L. D. and Deck, V. S. — Myosarcoma of the urinary bladder; preliminary report of a favorable case. *Lahey Clinic Cull.*, 6, 181, 1949.
- Henry, G. W. — Sarcoma of the urinary bladder in children with a review of the literature. *Ann. J. Roent.*, 62, 843, 1949.
- Khonoy, E. N. and Speer, F. D. — Rhabdomyosarcoma of the urinary bladder, *J. Urol.*, 51, 505, 1944.
- Meade, H. — Myxomatosis bladder tumors, simulating stone in child age five years, *Bull. J. Urolog.*, 15, 525, 1943.
- Meisel, H.; Heath, W. H. and Miller, J. M. — Rhabdomyosarcoma of the urinary bladder, *J. Urolog.*, 61, 525, 1949.

DISCUSION

Dr. Schiappapietra. — El Dr. Brea con muy justa razón ha insistido en la "malignidad de los tumores mixomatosos de la vejiga en los niños", lo cual difiere de la excepcional localización y del distinto pronóstico en el adulto. A propósito de lo dicho, me referiré a un adulto que me consultó por hematurias con intensos fenómenos de cistitis. Un examen endoscópico bajo anestesia no mostró lesiones vegetantes ni ulcerativas, en cambio se observaron manifestaciones polimorfas de cistitis congestivas, edematosas y de aspecto infiltrativo otras, con preferente localización en zona próxima al trigono y cuello, invadiendo la uretra posterior; lo cual se prestó a una buena resección endoscópica y abundante material para su estudio histopatológico.

El Dr. Lascano González nos informó "degeneración mixomatosa sin caracteres de malignidad".

Lo perdí de mi asistencia mientras practicó diversos tratamientos. En un nuevo examen confirmé que sus manifestaciones habían aumentado, presentando un cuadro de cistitis intersticial con abundantes hemorragias; la observación endoscópica mostraba entonces la difusión de las lesiones al resto de la vejiga.

Decidí la exploración transvesical practicando resecciones de zonas de mucosa proliferativa y algunas inclusive con porciones de la misma muscular. El informe histológico no modificó el anterior.

En estas condiciones inició la telecobaltoterapia. La regresión fue lenta y desesperante por la persistencia de los dolores, pero ostensiblemente disminuían los episodios hemorrágicos hasta desaparecer. Los urogramas fueron mejorando a medida que aumentó la capacidad vesical y al correr del tiempo se observó limpiar el aspecto endoscópico. En la actualidad se considera sano, a seis años de la telecobaltoterapia.

Esta observación me ha proporcionado una gratísima satisfacción teniendo presente, que con anterioridad la radioterapia profunda no fue suficiente para detener la recidiva de una degeneración mixomatosa de origen apendicular.

Dr. Brea. — Comparto la opinión del Dr. Schiappapictra. Es muy difícil afirmar cuál puede ser el tratamiento de estos tumores de tipo conjuntivo.

En el adulto existe una chance que es el tratamiento clínico. La cobaltoterapia parece ser eficaz en el tratamiento de los tumores conjuntivos de vejiga.

Recuerdo el caso de un enfermo asistido en el Instituto de Urología del profesor Figueroa Alcorta. Se trataba de un muchacho de 28 años en que la biopsia reiteradamente realizada comprobó que se trataba de un sarcoma de vejiga sumamente raro. Evolucionó perfectamente y todavía vive; su vejiga está completamente limpia y no tuvo recidiva.

En los chicos de corta edad, por debajo de los dos años, se crea un planteo terapéutico distinto y es la poca tolerancia que tienen los niños a la acción radioterápica. La radioterapia al fundir el tumor hace grave daño al niño.

La cistectomía total seguida de cobaltoterapia, ha tenido en nuestra experiencia una sobrevivencia de 7 enfermos, sobre 70 sujetos tratados y la mayor sobrevivencia fue de dos años. No sé si la solución podrá estar en el tratamiento cobaltoterápico realizado con grandes precauciones.