

Asociación Médica Argentina

Revista Argentina de Urología y Nefrología

Organo Oficial de la Sociedad Argentina de Urología

VOLUMEN XXXIII

ABRIL - JUNIO 1964

NUMEROS 4 - 5 y 6

SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGÍA

3ª Sesión Ordinaria — 25 de junio de 1964

Presidente Dr. Natalio Cartelli
Secretario „ Oscar C. Carreño

Revista Argentina de Urología y Nefrología
Volumen XXXIII - Nº 4-5-6 - Páginas 99 a 106

LEIOMIOSARCOMA DE PROSTATA

Por los Dres. ARMANDO E. TRABUCCO, LUIS L. SANCHEZ SAÑUDO,
OSCAR C. CARREÑO y HORACIO A. LEVATI

Desde el año 1839 en que Stafford de Londres comunicó un caso de sarcoma prostático se han referido más de 250 casos en la literatura americana e inglesa. Esta cifra nos indica que se trata de una afección no frecuente pero sin embargo debe estar presente en la mente del urólogo en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones prostáticas.

El sarcoma prostático tiene su origen embriológicamente en los elementos fibrosos y musculares de la cuerda genital (que es de origen mesenquimático) conteniendo las porciones terminales de los conductos Mullerianos y Wolfianos y de la musculatura circular del seno urogenital. Por analogía, en la mujer, la musculatura uterina también deriva de la cuerda genital pudiendo ser origen de leiomiomas y leiomiosarcomas.

Los elementos intraprostáticos que pueden dar origen al tumor son: 1º) tejido fibroso; 2º) músculo liso y estriado; y 3º) focos linfocitos intersticiales.

La clasificación de los sarcomas adoptada por Jerald Siegel tomada de Melicow M. M. y colaboradores nos parece útil.

Los clasifica así:

A — Sarcomas isoplásticos

1º — Fibrosarcoma (células en huso y redondas).

2º — Miosarcoma (leiomiosarcoma y rhabdomiosarcoma).

3º — Linfomasarcoma.

- B — Sarcomas metaplásicos
- C — Sarcomas anaplásicos y pluriplásticos
 - 1º — Angiosarcoma.
 - 2º — Mixosarcoma.
 - 3º — Condrosarcoma.
 - 4º — Fibrosarcoma neurogénico.
 - 5º — Fibromiosarcoma.

Los síntomas de los sarcomas de la próstata son semejantes a los de los demás procesos que llevan al aumento de volumen de la glándula. La disuria, la polaquiuria y la retención se hacen presentes.

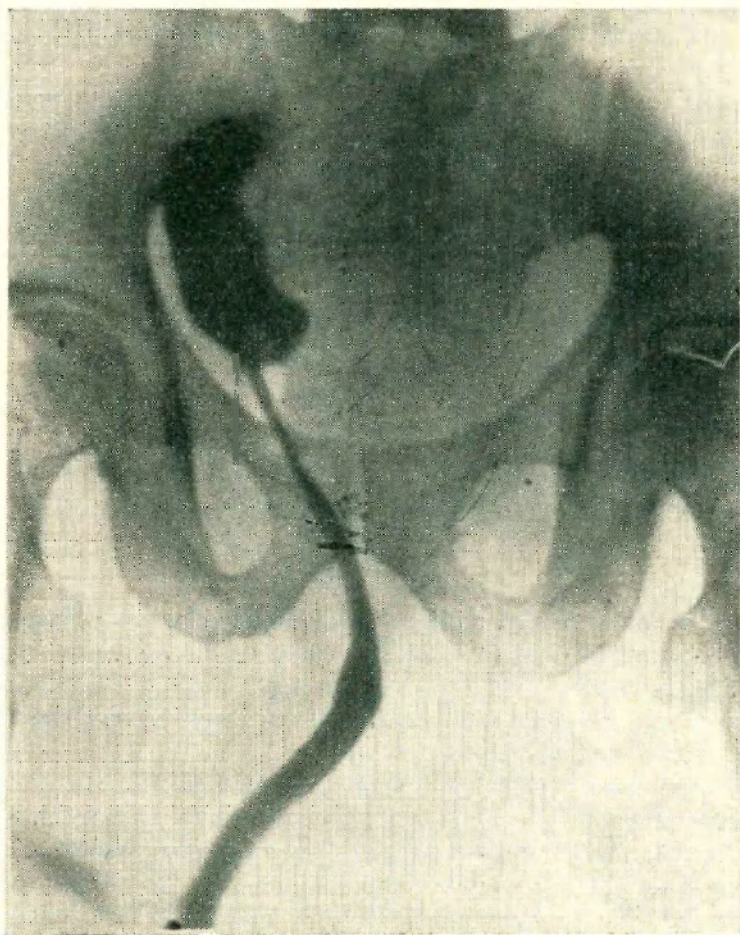


Figura 1

La hematuria significa invasión a vejiga. La infección aparece como secuela de la obstrucción.

El tacto nos muestra una glándula con aumento de tamaño, uniforme, de limitable, lisa, de consistencia blanda, generalmente, como si se tactara un balón. Esto hace difícil su diferenciación con las hipertrofias benignas, los abscesos y los quistes.

En tumoraciones prostáticas con estas características, sobre todo en pacientes jóvenes, y teniendo en la mente la posibilidad del sarcoma se puede

llegar a un diagnóstico preoperatorio de presunción.

El estudio radiográfico y endoscópico completarán el examen.

La biopsia prostática por cualquiera de las vías conocidas nos colocarán en el diagnóstico correcto.

F. L., 52 años. Ucraniano.

Historia Nº 9. Serie 769. 1963.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: operado de úlcera gástrica (gastrectomía subtotal) hace 3 años.

La enfermedad del paciente comienza a manifestarse tres meses antes de su primera operación en el Hospital Sao Francisco e Assis de Tucunduva, Río Grande do Sur, Brasil, por disuria y polaquiuria en aumento, sin revelar el enfermo haber observado en alguna ocasión orinas hematóricas o piúricas.

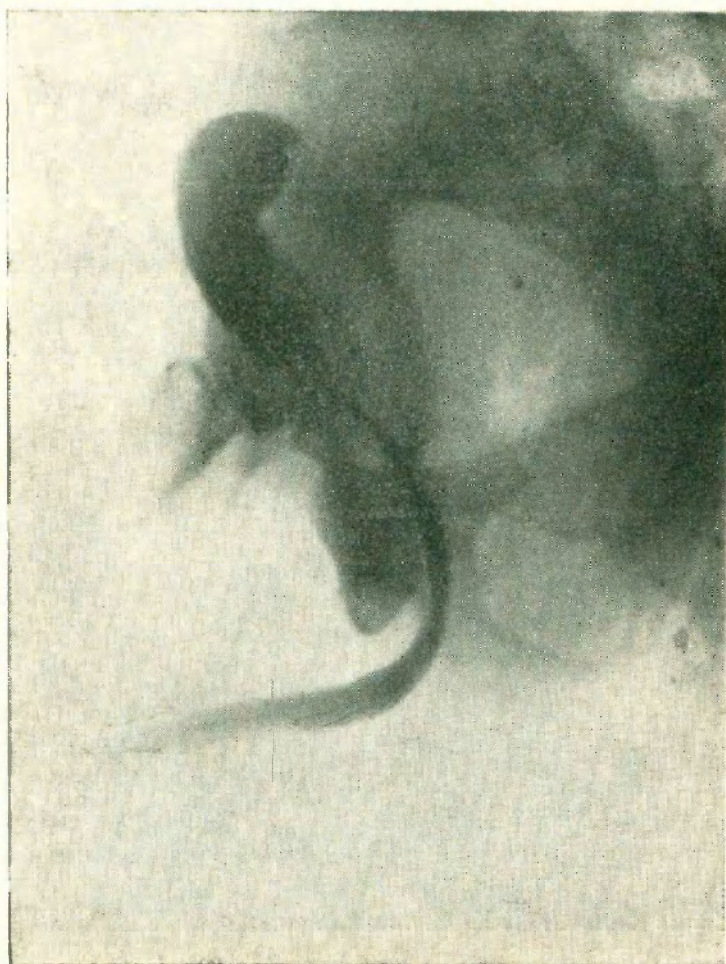


Figura 2

Esta sintomatología lo lleva a ser intervenido el 4 de noviembre de 1963 en ese establecimiento, en donde abierta la vejiga (y traducimos el informe que se nos remitió) se halla "un gran adenoma de próstata de base superior y de consistencia dura que se continúa con un tumor intramural de vejiga localizado en las caras posterior y lateral izquierda. Adherencias vesicorrectales inferiores. Dejamos de completar la cirugía prostática por no poseer laboratorio local para anatomía patológica intraoperatoria".

Por estas condiciones se lo remite a nuestro servicio donde se constata: Paciente en mal

estado general, con herida hipogástrica no cerrada, distúrico, con orinas piúricas de abundante sedimento.

Palpación renal indolora y negativa.

Uretra libre.

Palpación por hipogastrio de una masa dura que hace prociencia por encima del pubis, fija e indolora y que llega a tres traveses de dedo del ombligo.

Al tacto rectal, próstata con zonas induradas, como cordones, del tamaño de una naranja, limitable lateralmente pero con bordes difusos en su porción superior, sobre todo del lado izquierdo.

Urea elevada: 1.92 gr. ‰. Leucocitosis y anemia.

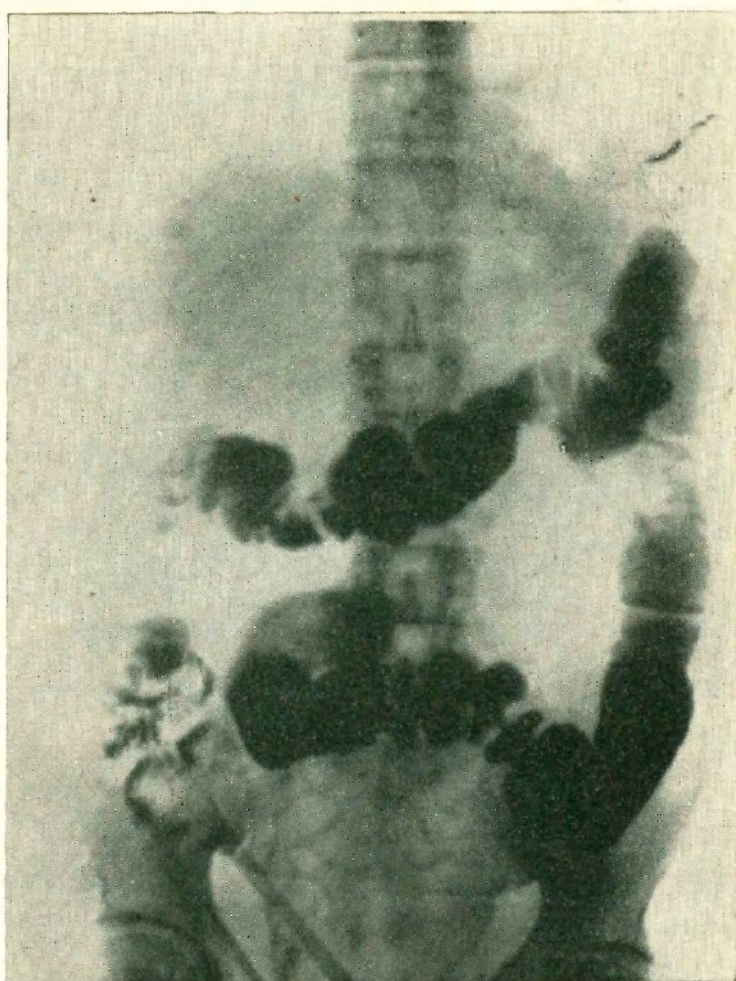


Figura 3

La uretrocistografía a repleción muestra en la placa de frente el rechazamiento grueso, hacia la derecha de la uretra posterior y el lleno de una cavidad cuyo borde izquierdo es particularmente irregular (Fig. N° 1).

La placa de perfil tiene características parecidas siendo el rechazamiento netamente hacia adelante. (Fig. N° 2).

Un colon por enema permite visualizar el rechazo del recto también hacia la derecha (la visión de la cánula es demostrativa) y el desplegamiento del sigmoide que elevado hace un arco de concavidad inferior. (Fig. N° 3 y N° 4).

Ante la duda diagnóstica del tipo y extensión de la tumoración; ante la necesidad de actuar sobre esa fístula hipogástrica persistente que la sonda uretral a permanencia no había logrado cerrar y que tampoco permitía la introducción de una sonda hipogástrica y con miras a efectuar si posible una última tentativa para salvar el enfermo dejamos de lado una biopsia prostática previa y nos decidimos directamente por la exploración quirúrgica.

Preparamos adecuadamente el paciente y el 21/1/64 la efectuamos. El parte quirúrgico informa:

Cirujano: Dr. O. C. Carreño - Asistentes Dres. L. L. Sánchez Sañudo y H. A. Levati.

Incisión mediana infraumbilical. Se reseca la cicatriz anterior y se abre vejiga donde

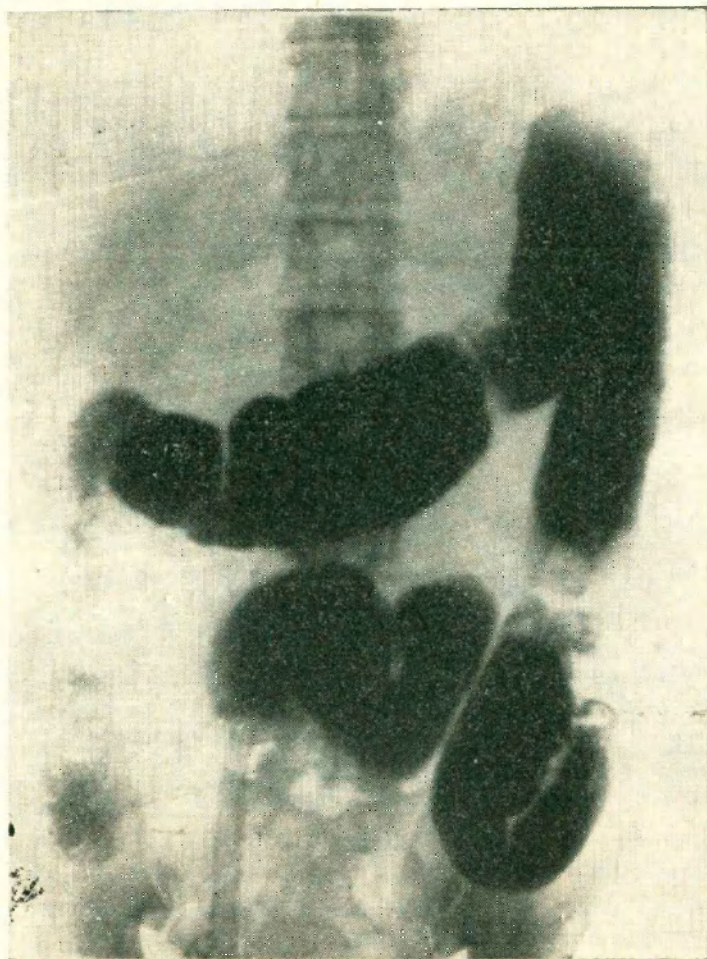


Figura 4

se observa que está ocupada por una masa sólida, fija, que rechaza a la cavidad vesical hacia la derecha. Pared de mucosa infiltrada. Se extrae un trozo para biopsia.

Luego se explora por vía intraperitoneal y se obtiene una nueva muestra para ser examinada anatomopatológicamente.

Dada la imposibilidad de toda exéresis efectiva y por las condiciones del enfermo que impiden aún una derivación cutánea, se da por terminada la intervención.

Hemostasia: Cierre por planos. Sonda uretral.

Postoperatorio: El mal estado general del paciente empeora más y fallece a la semana de la exploración quirúrgica.

INFORME ANATOMOPATOLÓGICO DE LA BIOPSIA QUIRÚRGICA

Prof. Dr. A. E. TRABUCCO

Cortadas y fijadas las piezas en formol y en licor picroacético de Bouin se procede a su inclusión en parafina y se sigue con el aclaramiento y montaje, hecho lo cual se las colorea con hematoxilina y eosina.

Llama la atención a pequeño aumento que el tejido que constituye las preparaciones está representado por células alargadas de tipo fusiforme que se agrupan en manojos intercalándose con otros grupos celulares haciendo diversas formas arquitectónicas. A mayor aumento estas células se muestran de una estructura irregular, algunas vacuoladas pero con núcleos desiguales, en distinto grado de pycnosis y con estados mitóticos diversos. (Fig. N° 5).

Para completar el estudio histológico se hacen coloraciones especiales como el tricrómico de Masson y el ácido periódico Schiff. Estas coloraciones sobre todo el tricrómico, tiñen el

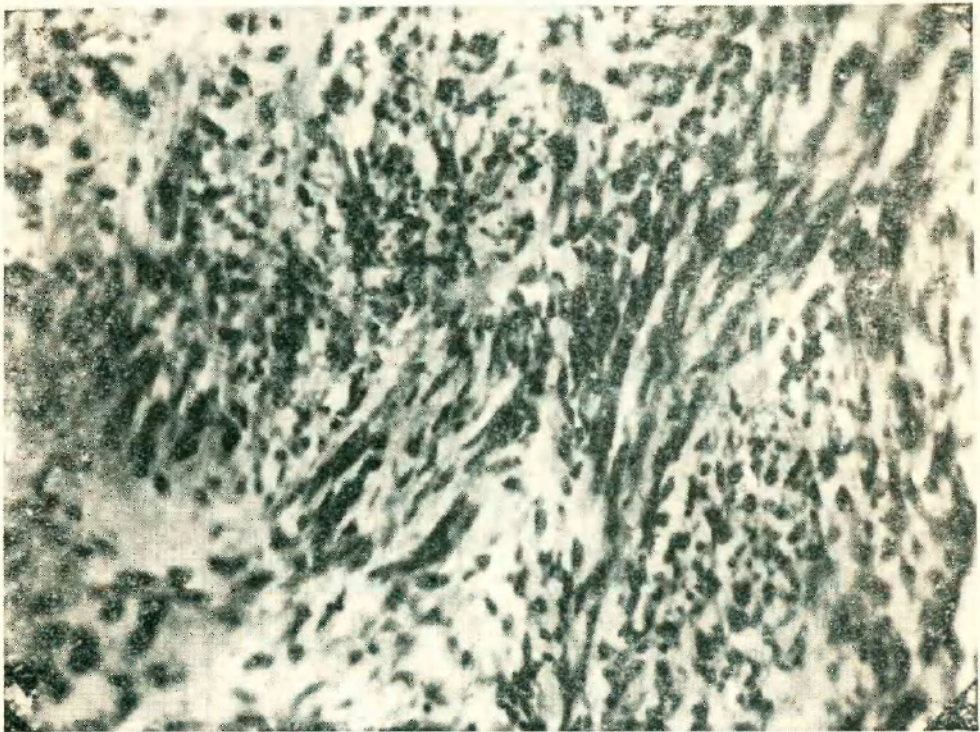


Figura 5

protoplasma celular de color rojo por la fucsina, lo que hace pensar en una célula activa de origen conjuntivo cuya estructura responde a la fibra muscular lisa, de manera que ante esa reacción, la irregularidad estructural y las monstruosidades nucleares obligan al diagnóstico de leiomiocarcinoma.

MACROSCOPIA

Protocolo de la autopsia: Tumor del tamaño de una cabeza fetal que incluye próstata y vejiga e invade recto. Pionefrosis derecha. Hidronefrosis izquierda. Intensa congestión pasiva de ambos pulmones. Congestión pasiva hepática y esplénica. Arterioesclerosis aórtica. Descripción macroscópica: en el lugar correspondiente a la próstata se observa una formación blanco-amarillenta, de superficie irregular, del tamaño de una cabeza de feto a término, de consistencia dura, que engloba a vejiga e invade y adhiere a pared rectal. A la sección presenta numerosas ptequias y equimosis.

El uréter derecho se encuentra dilatado con su luz ocupada por un líquido espeso amarillo verdoso.

Riñón derecho fluctuante que al seccionarlo deja escurrir un líquido semejante al que se encuentra en el uréter correspondiente.

La pelvis está dilatada en forma tal que atrofia casi totalmente la cortical renal.

El riñón izquierdo contiene líquido de aspecto seroso, con pelvis dilatada y atrofia cortical.

No se encontraron metástasis en otros órganos.

MICROSCOPIA

Los hallazgos se superponen a los resultados anatomopatológicos obtenidos en nuestro Servicio de Urología. Los cortes de riñón revelan una pielonefritis atrófica con necrosis del parénquima.

(Agradecemos la colaboración del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Rawson y al Dr. Penhos que nos suministró el informe autopsico.)

COMENTARIOS

Sabemos que en la próstata está presente el músculo liso donde se origina esta variedad de sarcoma.

Patch y Rhea encontraron con teñidos especiales una incidencia de pequeños nódulos leiomiomatosos en el 25 por ciento de los 181 casos por ellos presentados. Keen sugiere que un factor x endócrino, semejante al que estimula los miomas uterinos puede actuar sobre los restos musculares rudimentarios de la uretra prostática y en estos leiomiomas producirse la degeneración leiomiosarcomatosa.

Del total de los sarcomas prostáticos publicados, que superan los 250, Jerald Siegel hasta enero de 1963 encuentra en la literatura mundial 26 leiomiosarcomas, a los que agrega dos propios elevando la cifra a 28.

En nuestro medio en 1954 fue leído y publicado en nuestra Revista Argentina de Urología un caso de leiomiosarcoma del Dr. J. J. Pereda.

El caso del Dr. Rolando Hereñú en 1960 y las referencias del Dr. Schiappapietra a otros cuatro por él vistos deben agregarse a la cifra total de sarcomas.

El nuestro agregaría uno más y sería el N° 30 de los leiomiosarcomas.

El número de los leiomiosarcomas es pues muy bajo, representando algo más de la décima parte del total de los sarcomas de próstata.

La edad de los casos publicados oscila entre los 4 y los 70 años pareciendo tener dentro de la 5a. década su mayor incidencia. La sintomatología obstructiva estuvo presente en la casi totalidad de ellos y la hematuria en unos pocos.

El diagnóstico clínico de sarcoma se hizo pocas veces siendo a menudo confundido con la hipertrofia benigna de la glándula y el absceso de la misma. La extensión local del tumor se comprueba en casi la totalidad de los casos. En más de la mitad no se comprueban metástasis. Cuando las hay el pulmón y el hígado son los sitios de localización más frecuente.

El tratamiento es quirúrgico en los casos de diagnóstico oportuno y se complementa con las radiaciones postoperatorias. Los resultados de todas formas son muy pobres y la evolución de la enfermedad es rápida.

DISCUSION

Dr. Schiappapietra: La casuística de sarcomas es mayor que la que figura en las publicaciones, porque muchos casos no se publican. Yo conozco seis casos y podría agregar dos más. El primero, lo vi siendo médico recién recibido en el Hospital Alvear. Era tan grande el sarcoma que el paciente fue pasado a la Sala Segunda, luego de haber estado internado en el servicio de urología, donde no se le había considerado como un retencionista. Por

otra parte, la capacidad de la vejiga era escasa, pero el tumor llegaba casi hasta la línea umbilical. Era un negro brasileño que todavía figura en los archivos. Su urograma era muy parecido al de un quiste retrovesical grande que deformaba la imagen. En ese paciente se llegó al diagnóstico por medio de la biopsia de próstata con un trócar que ideó el profesor Marañni.

El segundo caso fue un gran sarcoma y a ese paciente se le colocó una aguja de radium en la uretra. Se perdieron dos agujas. La casa proveedora de las mismas debió esperar que falleciera el paciente para poder recuperar esas agujas.

Otro caso fue el de un niño de dos años con un gran sarcoma, que se estimó que se trataba de un tumor del Douglas.

Pregunta: ¿Está indicada o contraindicada la biopsia previa de próstata?

Dr. Levati: La biopsia de próstata está indicada como elemento diagnóstico.

Agradezco la colaboración del doctor Schiappapietra.

BIBLIOGRAFIA

- Hereñu, R.:* Sarcoma de la región prostática. Rev. Arg. de Urología. Vol. Sept-Diciembre 1960. Nº 9-12. Pág. 138-145.
- Longley, J.:* Sarcoma of the prostate and bladder. Journal of Urology. Vol. 73. Feb. 1955. Nº 2. Pág. 417.
- Melicow, M. M., Pelton, T. H. and Fish, G. H.:* Sarcoma of the prostate gland; review of the literature; table of classification; report of four cases. Journal of Urology. Vol. 9-1943. Pág. 675-707.
- Pereda, J. J.:* Leiosarcoma pediculado de la próstata. Rev. Arg. de Urología. Vol. XXIII. Marzo-abril 1954. Nº 3 y 4. Pág. 115-118.
- Siegel, J.:* Sarcoma of the prostate. Journal of Urology. Vol. 89. Enero 1963. Nº 1. Pág. 78.
- Smith, G. G.:* Three unusual cases of prostatic malignancy; adenocarcinoma with mucus cells; malignant lymphoma; leiomyosarcoma. Journal of Urology. Vol. 70. Agosto 1953. Nº 2. Pág. 267.