

SARCOMAS DE VEJIGA, DOS CASOS

Dres. A. E. Trabucco, R. J. Borzone, J. Alonso y S. Feffer.

Los tumores conjuntivos malignos de la vejiga son raros, sobre todo si se compara su frecuencia con la de los cánceres epiteliales de ese órgano, que constituyen una verdadera endemia en nuestro servicio hospitalarios. Revisando distintas estadísticas los valores de esa proporción oscilan entre el 5% y el 0.3% sobre los tumores vesicales totales. Posiblemente la relación se invierte cuando se considera solamente la población infantil, ya que entre los niños, los afortunadamente raros tumores vesicales son en su gran mayoría conjuntivos: los llamados o abdomiosarcomas o sarcomas botrioides, que, en realidad no son propiamente vesicales, sino tumores embrionarios del seno urogénital, como lo señalara Denis Pellerin en su impresionante conferencia del año pasado en nuestra Sociedad, impresionante por la maligna e inexorable evolución de los mismos. Pero entre los urólogos no especializados en pediatría, no es frecuente observar tumores vesicales conjuntivos y es fácil comprobarlo pasando revista a la literatura nacional de los últimos veinte años, donde encontramos sólo los siguientes: 1951: Trabucco, Marquez y Otamendi, un mixosarcoma; Bernardi y Polak, un sarcoma gigante celular; Trabucco y Otamendi, otro mixosarcoma; 1956: Carreño, un linfosarcoma; 1959: Dotta y Delporte: un fibroleiomiomasarcoma y 1962: Brea y colaboradores, un caso infantil de mixoma, que por su fatal evolución, seguramente fue un mixosarcoma. Seis casos en veinte años hablan realmente de rareza y por ello creemos de interés agregar, con nuestra comunicación, dos casos más de sarcoma vesical en adultos, de distinta estructura, tratamiento y evolución.

CASO N° 1: L. R., argentino, 60 años, historia clínica 757/2.

Ingresa al Servicio el 12 de junio de 1963 por presentar la siguiente sintomatología: desde hace 8 meses disuria y polaquiuria, progresiva hace 3 meses se agrega hematuria terminal que en ocasiones se hace total y con coágulos.

Antecedentes personales: Hemorragia a los 18 años, Enfisema pulmonar con crisis de disnea ocasionales. Fumador de más de 2 atados diarios hasta hace 2 años en que deja el cigarrillo por su cuadro pulmonar. Etilismo crónico con cirrosis hepática y episodio de polineuritis hace un año.

Estado actual: Enfermo en regular estado general, tórax enfisematoso. Tensión Arterial Mx 15 y Mn 9. Hígado se palpa aumentado de tamaño. Riñones y uréteres no se palpan ni existen puntos dolorosos. Hipogastrio ocupado. Genitales externos s/p. Próstata s/p. Palpación bimanual: vejiga ocupada por neoformación firme, que ocupa todo el órgano, al parecer no está infiltrada la zona perivesical ni existe fijación del órgano. Uretra permeable al calibre 24, uretra posterior rígida y rugosa.

Endoscopia, 12-7-63: vejiga con capacidad ligeramente disminuída, se observa una neoformación mamelonada, grande, que asienta en el triángulo vesical, sésil, con zonas ulceradas y que se extienden más hacia el lado derecho.

Laboratorio: Recuento y Fórmula: rojos 3.000.000, blancos 9.000; eritrosedimentación: la hora 49 mm, 2da. hora 72 mm; urea 0,37%; glucosa 1 g%; reacción de Hanger ++++; Takata Ara positiva; Timol 10 unidades; bilirrubina total 40 mg%; fosfatasa alcalina 8 Unidades.

Estudio radiográfico: Tórax: marcado enfisema broncopulmonar, congestión hilar, aorta desenrollada. Directa de aparato urinario: Espondiloartritis, no se observan sombras de litiasis urinaria, calcificación de ambas arterias hipogástricas. Urograma Excretor: buena función bilateral, sin urectasia, modificación de la imagen vesical con mayor infiltración a la izquierda, capacidad disminuída e imágenes lacunares en las primeras placas. Cistograma Frente: expansión de la vejiga hacia arriba y a la derecha, imagen de infiltración y proliferación en suelo y pared lateral izquierda. Cistograma Lateral: infiltración del suelo y cara posterior.

Después de una preparación clínica que trata de mejorar el cuadro cardiopulmonar y humoral (marcada disproteinemia), se procede a la intervención quirúrgica.

Operación: 22-8-63: Cirujano Dr. R. Borzone. Anestesia Peridural Pentotal. Incisión mediana infraumbilical. Vejiga grande, blanda. Se disecan ambas arterias hipogástricas y se las liga. Se aíslan los uréteres y se los secciona a ras de la vejiga, el uréter izquierdo está dilatado, no así el derecho que es normal. Liberación de la vejiga del peritoneo, recto y pedículos laterales. Se termina con la ligadura en masa del pico prostatouretral seccionando sobre la próstata con electrobisturí. Ureterostomía cutánea; lado derecho con catéter N° 8, lado izquierdo con tubo de polystan N° 12. Cierre en 2 planos, se dejan 2 tubos de drenaje. Durante el acto operatorio se transfundieron 1.500 cc. de sangre total y 1.000 cc. de solución detrosada al 5 %.

Anatomía Patológica: Macroscopía: abierta la vejiga, que se ha extraído con próstata y vesículos seminales, se ve una gran masa vegetante, memelonada y encefaloidea que llena casi toda la vejiga, con implantación pericervical, mayor a la izquierda como puede verse en la diapositiva correspondiente. Microscopía: Sarcoma a células redondas.

Evolución Postoperatoria: El postoperatorio es tormentoso pues se produce una extendida supuración parietal con retardo de cicatrización ulterior. Egresó el 2-10-63. Reingresa el 5-10-63 por habérsele salido la sonda ureteral derecha, habiéndose sacado el paciente la izquierda. Se logra colocar una sonda Baxter n° 14 en el uréter izquierdo no pudiéndose introducir sonda alguna en el lado derecho más allá de los 15 cm. Al día siguiente se logra cateterizar el uréter derecho con una sonda mandrilada dándosele de alta con ambas sondas trabajando correctamente.

El 25-3-64 se vuelve a internar en muy mal estado general, intoxicado, con edemas de miembros inferiores y órganos genitales. A nivel de la zona operada, el tacto y la palpación combinadas revelan la presencia de una masa fija y dura del tamaño de una cabeza de feto. 15 días antes de su intervención se había perdido el trayecto ureteral derecho y a los pocos días se abrió la cicatriz operatoria dando salida a orina; viéndose en su fondo granulaciones tumorales cubiertas por tejidos esfacelados de olor pútrido. El catéter izquierdo funciona correctamente. Se espolvorea la brecha con naftalina, se coloca un tubo de drenaje en dicha zona y se dan antibióticos e hipnoanalgésicos pues los dolores son intensos. El 3-4 se inicia Endoxán 1 g. diario. El 6/4 no hay mejoría, sigue muy dolorido y aparece un cuadro de confusión y excitación psicomotriz, se medica con demerol y ampliactil, falleciendo en coma el 11-4-64.

CASO N° 2. C. F., 50 años, argentino, casado, mecánico.

Antecedentes: venéreas en juventud. No fuma ni bebe. Constipado.

Enfermedad actual: 20-10-65, hematuria total con coágulos, oscura, que co-

SARCOMAS DE VEJIGA

menzo hace 3 meses cediendo espontáneamente en 2 días. Hace 1 semana mismo cuadro que perdura actualmente.

Disuria leve y gran ardor miccional. Orinas de micción turbias. Orina cada 2 horas. Polaquiuria nocturna 5/6 veces que comienza hace 5 años.

Examen: orinas turbias.

Tacto: adenoma tamaño ciruala grande, bien limitado, consistencia elástica, surco medio borrado, mucosa que desliza bien, indolora.

Genitales: epididimo derecho engrosado consistencia algo aumentada. Resto s/p.

Urograma simple: signos pielocaliciales de PNC bilateral. Resto s/p.

Laboratorio: Urea 0.20 g. Eritro: 8 y 20 mm. OC: turbia, hematíes y piocitos abundantes. D 1024. Rastros de albúmina. R. y F. 4.600.000 y 10.000 blancos. T. coag. y sangría normales. Glucemia: 1.10 g.

Cistoscopia: 26-10-65. Dr. Alonso.

Buena capacidad vesical. Meatos normales en ubicación y forma. Cuello prociende con ángulo diedro formado por 2 lóbulos laterales prostáticos. En zona posterior en hora 9 se visualiza formación del tamaño de una "pasa de uva", blanquecina, sesil, con signos de infiltración mucosa, no sangrante. Mucosa vecina radiada y congestiva convergiendo hacia la neoformación. Resto de mucosa sin particularidades.

Operación: 1-11-65. Dr. Alonso. Incisión mediana infraumbilical. Se abre por planos. Se libera bien caras laterales de vejiga. Se extraperitoniza cúpula y cara posterior de la misma, previa apertura del peritoneo. Se explora cavidad abdominal no obteniéndose datos positivos.

Se abre vejiga en forma longitudinal. Se constata neoformación que infiltra toda la muscular llegando hasta la adventicia, del tamaño de una nuez. Se procede a realizar cistectomía parcial completa en una extensión de 7x7 cm. aproximadamente que involucra el tumor. No se hallan adenopatías. Cervicotomía. Cierre por planos dejando Pezzer en hipogastrio 3 días y Foley por uretra. Alta a los diez días.

Anatomía Patológica: (Dra. Baron Lis): Leiomioma vesical.

Controles posoperatorios: se realizaron 3 controles cistoscópicos siendo todos ellos normales (10 de febrero, 8 de mayo y 6 de julio de 1966).

El paciente trabaja normalmente, orina con menos disuria cada 2 horas, y 2 veces de noche. Orinas límpidas. Ha engordado 5 kilos desde la operación a la fecha. Análisis de rutina dentro de los límites normales. No se hizo radioterapia.

COMENTARIOS

La anatomía patológica de los sarcomas vesicales es poco precisa según se desprende de los trabajos consultados. Llama la atención en los trabajos norteamericanos, la frecuencia de los rbdomiosarcomas o sarcomas botriodes en los adultos. Evans y Bell (9) que presentan tres casos, afirman que muchos casos de mixomas, mixosarcomas o fibrosarcomas, son en realidad rbdomiosarcomas, en los cuales los rbdomioblastos están poco diferenciados. Con este criterio cualquier sarcoma de vejiga puede ser un rbdomiosarcoma. Nosotros pensamos que para serlo, el tumor debe mostrar aunque sólo sea en un sector, los correspondientes elementos musculares estriados.

Otro posible factor de confusión es que los tumores epiteliales anaplásicos pueden simular un sarcoma de células redondas pequeñas y aún un linfosarcoma, sobre todo si son primitivamente infiltrantes o mesofíticos, sino parente relación con el epitelio de revestimiento.

Finalmente, como observara Verhoogen (16), se han diagnosticado sarcomas fusocelulares o fibrosarcomas, por el estudio de pequeños trozos de tumor vesical emitidos por micción, cuando en realidad eran epitelomas papilíferos cuyas células epiteliales basales adaptaban la disposición fusocelular. Esta observación histológica la ha demostrado Trabucco (7) con preparados indiscutibles, en epitelomas papilíferos de rápido crecimiento, en los cuales se ve a las células basales disponerse y adaptarse como verdaderos fibroblastos, para servir de sostén a las masas epiteliales que crecen más rápidamente que su talle conjuntivo nutricio.

En los casos que presentamos no hay ninguna duda en cuanto a la histología tumoral: uno de ellos es un sarcoma globocelular y el otro un leiomioma. Clínicamente no hay ningún elemento que permita afirmar la naturaleza íntima del tumor, que se comporta en todo como sus congéneres epiteliales y sólo el estudio microscópico de las piezas operatorias permitió el diagnóstico acertado, verdadera sorpresa por su ya mencionada rareza.

Vale la pena recordar la diferente evolución de ambos tumores, tal vez relacionada a su distinta madurez histológica: El sarcoma globocelular, indiferenciado, tuvo un desenlace fatal a corto plazo, a pesar de la cistectomía total.

El leiomioma vive, sin signos de recidiva, casi un año después de su exéresis parcial completa.

RESUMEN

Se presentan dos casos de sarcoma vesical en adultos de sexo masculino: uno de células redondas y un leiomioma, de diferente tratamiento y evolución. Se revisa la literatura nacional sobre el tema.

BIBLIOGRAFIA

A) Nacional:

- (1) Bernardi R. y Polak M. - Adenocarcinoma prostático y sarcoma gigantocelular de vejiga en un mismo paciente. Rev. Arg. Urol. XX: mayo-junio 1951. p. 122.
- (2) Brea L. M., Sfaricich F. y Fortunato J. C. - Tumor de vejiga en el niño. Rev. Arg. Urol. XXXI: abril-junio 1962. p. 87.
- (3) Carreño O. - Linfosarcoma de la vejiga. Rev. Arg. Urol. XXV: sept.-dic. 1956. p. 220.
- (4) Dotta J. S. y Delporte T. - Acerca de una observación de fibroleiomioma vesical. Rev. Arg. Urol. XXVIII: enero-junio 1959. p. 6.
- (5) Trabucco A. E., Márquez F. J. y Otamendi B. A. - Mixosarcoma de vejiga. Rev. Arg. Urol. XIX: septiembre-diciembre 1950. p. 234.
- (6) Trabucco A. E. y Otamendi B. A. - Mixosarcoma de vejiga en una mujer de 80 años. Rev. Arg. Urol. XX: julio-agosto 1951. p. 233.
- (7) Trabucco A. E. - Morfogénesis de los tumores de vejiga. B. Aires. "El Ateneo". 1948.

B) Extranjera:

- (8) Bhansali S. K. - Sarcoma Bothryoides of Bladder in Infancy and Childhood. J. Urol. 87: june 1962. p. 871.
- (9) Evans A. T. & Bell T. E. - Rhabdomyosarcoma of Bladder in Adult Patients; Report of 3 cases. J. Urol. 94: november 1965. p. 573.
- (10) Jones C. B. Jr. & Oberman H. A. - Rhabdomyosarcoma of Bladder. Occurrence in Childhood and in Advanced Age. J. Urol. 91: may 1964. p. 533.
- (11) Katzen P. - Leiomyosarcoma of Bladder. J. Urol. 67: april 1852. p. 518.
- (12) Lev M. & Bell W. E. - Leiomyosarcoma of Bladder. J. Urol. 57: febrero 1947. p. 251.
- (13) Thomas E. M. & Abernathy E. L. - Leiomyosarcoma in a Diverticulum of Bladder. J. Urol. 68: August 1952. p. 470.
- (14) Thompson I. M. & Coppridge A. J. - A Study of Sarcoma Bothryoides. J. Urol. 82: november 1959. p. 590.
- (15) Uehling D. & Frable W. J. - Myosarcoma of Bladder. J. Urol. 91: april 1964. p. 354.
- (16) Verhoogen J. - Neoplasies de la Vessie. Encycl. Franc. d' Urologie. T. IV. p. 447. Paris. Doin. 1921.

Reglamentación Editorial

(Con las modificaciones aprobadas en la Asamblea Extraordinaria del 26 de Junio de 1952).

- a) El trabajo presentado debe ser original.
- b) Los originales deben ser escritos a máquina, con doble interlínea, sobre un solo lado de las hojas, numerando las páginas, evitando errores de ortografía, sobre todo en idiomas extranjeros.
- c) Título breve (con aclaración en párrafo aparte).
- d) Las citas bibliográficas deben mencionar:
1°. Apellido del autor. 2°. Iniciales de sus nombres.
3°. Título del trabajo. 4°. Título de la revista (abreviado). Año. Volumen. Página.
- e) Los trabajos de casuística deben constar exclusivamente con una historia clínica sucinta con las radiografías o dibujos del caso presentado.
- f) Los socios designados Relatores en jornadas, como así también los que fueren invitados a pronunciar conferencias en nuestra Sociedad, gozarán con respecto a la publicación de la impresión de 10 páginas y 3 sitios para elisís o dibujos. Lo que exceda queda a cargo del autor.
- g) Todo miembro titular o adherente que presente trabajos en nuestra Sociedad queda sujeto al compromiso del pago que demande el texto, elisís y dibujos.
- h) Los apartados de la Revista estarán a cargo de los autores y deberán ser solicitados al hacer entrega de los originales del trabajo (modificación art. 14. - Regl. Revista - Asamblea 22 Julio 1948).
- i) La Comisión de la Revista tiene amplias facultades para publicar o no un trabajo científico. Tendrá en cuenta para resolver en esta materia el valor científico de dicho trabajo.

Estas resoluciones se tomarán después de oír la opinión de todos sus miembros.

Dr. A. Sergio Rebaudi
Billinghurst 1547
Buenos Aires
83-4565



Impreso en Talleres Gráficos "TIPo"
25 de Mayo 197 - Quilmes

C I C A S
S. R. L.

Distribución y Venta de
Instrumental, Accesorios y todo lo
relativo a Urologia

* + + + +

TALLER PROPIO PARA SERVICE
Y ATENCION DE INSTRUMENTAL
DE LA ESPECIALIDAD

MONTEVIDEO 462

46-7508

Registro Nacional de la Propiedad
Intelectual Nº 149.617

Correo Argentino Central (B)	FRANQUEO PAGADO Concesión 726
	TARIFA REDUCIDA Concesión Nº 1707

**Cientos de
casos publicados*
confirman el
amplio espectro de la actividad de
Keflin**

EXTRAORDINARIAMENTE EFECTIVO CONTRA UNA GRAN
VARIEDAD DE CEPAS GRAM-NEGATIVAS Y GRAM-POSITIVAS

* Antimicrob. Agents & Chemother., p. 724, 1962./ J.A.M.A., 189:823, 1964./ Antimicrob.
Agents & Chemother., p. 261, 1963./ Clin. Pharmacol. & Therap., 4: 709, 1963./
Am. J.M. Sc., 248:52, 1964./ Antimicrob. Agents & Chemother., p. 267, 1963.
Antimicrob. Agents & Chemother., p. 254, 1963./ Antimicrob. Agents &
Chemother., p. 247, 1963./ J.A.M.A., 189:829, 1964./ Arch. Int.
Med., 112:21, 1963.

● **LOS RESULTADOS CLINICOS SON PREDECIBLES**

Llega rápidamente al sitio de la infección y su acción bactericida produce una rápida respuesta clínica.

● **AUN EN INFECCIONES GRAVES**

Las concentraciones sanguíneas son notablemente altas e inocuas.

● **ALTAS CONCENTRACIONES EN SUERO Y ORINA
CON BUENA DIFUSION EN EL TEJIDO**

No exhibe resistencia cruzada con ningún antibiótico habiendo sido administrado hasta en pacientes alérgicos a la penicilina.

● **SIN CONTRAINDICACION EN INSUFICIENCIA RENAL**

Aun aplicado a pacientes con insuficiencia renal no se observan fenómenos de toxicidad.

● **SIN DOSIS MAXIMAS**

Proporcionando flexibilidad posológica de acuerdo con la gravedad de la infección.

KEFLIN (Cefalotina, Lilly) Frasco Ampolla de 1 g

ELI LILLY AND COMPANY OF ARGENTINA

