

LEIOMIOMA DE VEJIGA

Dres. GOLDSCHMIDT JORGE, LEONARDELLI CESAR

La compleja estructura histológica de la vejiga, en cuya formación intervienen las distintas hojas blastodérmicas es la causa de que ésta puede ser asiento de una gran variedad de tumores, dentro de los cuales, los originados a expensas del tejido conjuntivo son de escasa incidencia.

En nuestro medio han sido publicadas las observaciones de Buzzi, Iacapraro y Fernández, Monserrat y Rebaudi, Brea y Tettamanti.

Recientemente Alonso, Solari y Gómez publican un caso de leiomioma de vejiga.

Se clasifican anatomopatológicamente como tumores conjuntivos musculares, considerándose éstos como monoblastomas homotípicos, siguiendo la clasificación del Dr. Trabucco.

Dos teorías patogénicas han sido invocadas para explicar su formación, la de Conheim según la cual derivan de los conductos de Müller y de Wolff, y la de Claise, que los atribuye a una inflamación perivascular. Elizalde, anatomopatólogo del Instituto de Urología del Hospital de Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona, los ubica como tumores de origen mesodérmico, puesto que localiza su origen en el segmento muscular de la pared arterial. Son pues, según él, neoformaciones con características de benignidad originadas en restos embrionarios de ese tejido.

Estos tumores, a la inversa de los otros, son de más frecuente observación en la mujer que en el hombre.

Chabrut, Sari y Caloni, en un trabajo muy bien documentado, cita las distintas variedades que han sido observadas por los diversos autores. Nombra así a Kaske y Figuroff, que publican un caso de infiltración muscular difusa, no enucleable; a Samenius, que describe un tumor encapsulado; a Albarran, que cita casos de miosarcomas, miocarcinomas y miosarcocarcinomas, dividiéndolos en cavitarios y excéntricos. Nombra también a Hartmann, que hace referencia a un caso múltiple, una de las raras oportunidades en que hubo recidiva, y un caso en que hubo transformación sarcomatosa.

En cuanto al tamaño, hace presentes las observaciones de Polaillon y Ltgrand; de Casanello y de Koutznetzky, que consignan tumores de 3.200 gr., de 2.200 gr. y de 9.500 gr. respectivamente.

En este estudio se hacen también interesantes consideraciones sobre las modificaciones evolutivas de la estructura, la ulceración, la incrustación. Por este motivo pueden ser confundidos con tumores malignos durante el examen endoscópico. Este es el caso de Iacapraro y Fernández, que simuló clínica y cistoscópicamente un tumor maligno.

Es de hacer notar la observación única, que sobre un caso de localización en el espacio pelviano láterovesical hacen A. Vega Sala y F. Sole Ballcels en una paciente en la cual este tumor provocaba una ectasia ureteropielocalicilar izquierda por compresión ureteral.

Dada la escasa aparición de esta patología en nuestro medio creemos interesante agregar a la casuística esta observación, cuya repercusión radiológica es característica y por demás curiosa.

El caso que nos ocupa es el del paciente J. P.

Antecedentes personales y familiares sin importancia.

Enfermedad actual: comienza hace varios meses con polaquiuria, ardor miccional y tenesmo.

El examen clínico revela como dato positivo sólo una muy pequeña hipertrofia de la próstata.

Urografía excretora: ambos riñones conservan su función.

El trayecto ureteropielocalicilar no demuestra alteraciones. La vejiga muestra una falta de relleno en su parte superior, lisa, redondeada y convexa.

Cistoscopia: mucosa color rosado pálido en toda su extensión, capacidad vesical discretamente disminuida. Se observa una protrusión del fondo vesical, de gran tamaño, que rechaza los orificios ureterales que presentan características normales.

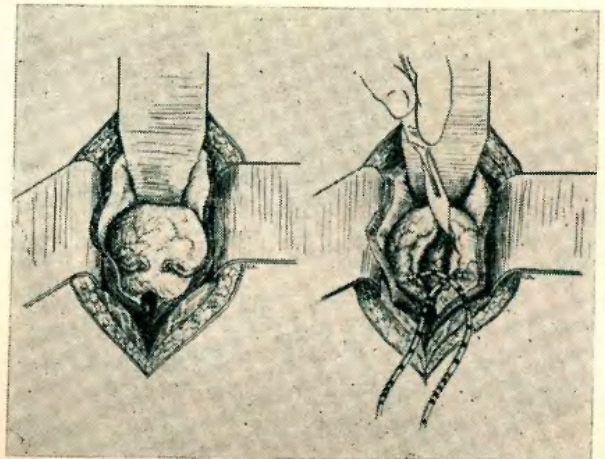
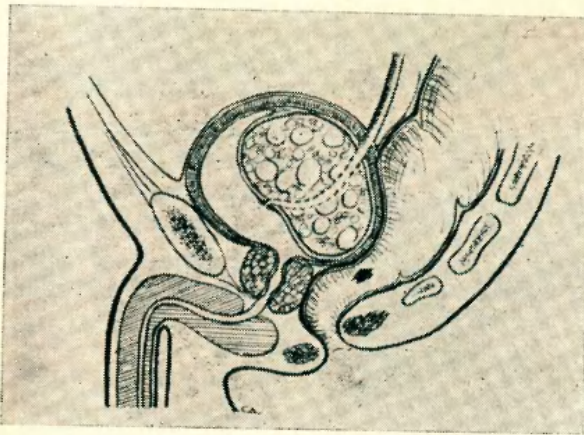
Los exámenes de laboratorio son normales.

El tratamiento es quirúrgico. Abierta vejiga, se visualiza una gran prociencia de la mucosa vesical, que cubre una formación esférica, al tacto de consistencia uniformemente elástica. Ambos orificios ureterales se hallan sobre dicha formación. Se efectúa una incisión de la mucosa, en sentido vertical, pasando entre ambos meatos, y se encuentra un fácil plano de clivaje, que se aprovecha, extirpándose así una tumoración del tamaño y forma de una mandarina.

Cierre de la mucosa y de los demás elementos por planos.

El enfermo evoluciona sin complicaciones, y es controlado durante dos años, al cabo de los cuales se le efectúa una urografía excretora que no revela alteración alguna salvo la impronta vesical de un pequeño adenoma de la próstata. El paciente está asintomático.

La anatomía patológica nos informa que se trata de un leiomioma de la vejiga.



BIBLIOGRAFIA

- Alonso A., Solari J. J., Gómez D.:* Leiomioma de Vejiga. Rev. Arg. Urol. 37: 77, 1968.
Buzzi O.: Fibroma y Fibromioma de Vejiga. Rev. Arg. Urol. 5: 563, 1936.
Cibert J., Meuser H., Tjong-Ayong F.: Myome Vesical. J d Urologie 56: 897, 1950.
Chabrut R., Sari M., Caloni M.: Myomes et Fibromyomes Vesicaux. J d Urologie 65: 442, 1959.
Gouverneur R., Motz Ch.: Un Cas de Leyomiome Vesical. J d Urologie 53: 444, 1946.
Jacapraro G., Fernández J.: Fibromioma Vesical. Rev. Arg. Urol. 5: 516, 1936.
Monserat J., Rebaudi L.: Leiomioma de cuello de vejiga. Rev. Arg. Urol. 13: 157, 1944.
Tettamanti C.: Fibroma de Pared de Vejiga. Rev. Arg. Urol. 20: 51, 1951.
Trabucco A.: Morfogénesis de los Tumores de la Vejiga, El Ateneo, Buenos Aires, 1948.

DISCUSION

Sr. PRESIDENTE (*Dr. Rocchi*). — Quisiera hacer el aporte de un enfermo que operamos hace 3 años.

Tenia 58 años de edad y un tumor que asentaba en el interior de un divertículo existente casi en el cuello de la vejiga. Al practicar la disección, nos llamó la atención el grosor de la pared y la adherencia a los planos profundos de la pelvis.

El examen anatomopatológico mostró que el tumor que estaba cerca del cuello era maligno y en el fondo, había un leiomioma. El caso no está publicado.