

LEIOMIOFIBROMA DE VEJIGA

Dres. MARTIN MENDOZA *, VICTOR LEVIN, RICARDO NOVOA ROMERO
y JOSE LO MORO

Por tratarse de un tumor vesical, poco común, por su estructura histológica y la terapéutica realizada en forma obligada, decidimos aportar un caso más que se suma a la escasa Casuística Nacional y Extranjera.

El motivo de esta presentación es hacer resaltar, no solamente su origen conjuntivo-muscular, cuya escasa observación según las estadísticas con respecto a los Tumores Malignos, es conocido no sólo por su ubicación endovesical que englobaba meato ureterico derecho, por aspecto pseudosésil, y la ulceración del mismo que hacían suponer por los estudios realizados: exámenes radiográficos, examen endoscópico y su evolución clínica (disuria, polaquiuria y hematuria) estar en presencia de un tumor maligno.

Zaforini, en 1954, después de un estudio muy exhaustivo sobre todo los registrados en la literatura mundial hasta ese año, los clasificó por su ubicación en: 63 % formas endovesicales, 7 % formas intersticiales y 30 % de formas extravesciales.

Puede observarse en todas las edades: niños, jóvenes y mujeres, siendo su mayor frecuencia según Harris, 62 % en mujeres contra un 38 % en el hombre.

En 1870, Jacson hizo su primera observación y siguieron en 1875 Grussen Bauer, en 1876 Wolkmaun, y en 1892 Albarrán reporta 21 observaciones tomadas de la literatura mundial, en 1931 Garafallo reporta 40 observaciones. Otros autores publicaron algunos más. En 1953 Campbel y Gisslasson aportaron 193 tumores conjuntivos benignos, de ellos, 51 eran angiomas, 18 mixomas, 16 fibromas y osteomas y 106 *miomas*; de éstos 68 eran leiomiomas, 16 *rabdomiomas* y 22 *leiomiofibroma* (como el caso que aportamos).

Entre nosotros publicaron:

1936: Iacaprano (1 caso) y Buzzi, otro caso.

1944: Monserrat y Rebaudi.

1945: Castaño, E. y colaboradores.

1951: Tetemdi, C.

1962: Brea y colaboradores.

1968: Alonso, A., Solari, J. y Gómez, D.

HISTORIA CLÍNICA DEL CASO OBSERVADO:

Se trata de: F. C., 38 años, sexo masculino. Enero 1970.

Antecedentes: Hereditario - Familiares y personales: S/P.

Enfermedad actual: Manifiesta el paciente que desde hace 1 año comienza su afección con: disuria, polaquiuria y que tratado en varias oportunidades había mejorado.

Hace dos meses la polaquiuria se hace más intensa agregándose al final de su micción ardor y hematuria. Tres días antes de consultarnos, nos mani-

fiesta que al realizar su primera micción matinal, la orina es de color rojo (hematuria total). Es examinado por su médico de cabecera, quien lo medica, le realiza una radiografía y nos lo envía, para completar el estudio.

Estado actual: Paciente con aparente buen estado general.

Aparato urogenital: Riñón - Ureteres - Próstata - Uretra: S/P.

Genitales: S/P.

Orina: Micción espontánea, color lavado de sangre.

Exámenes de laboratorio: S/P., excepto leve leucocitosis.

Examen radiográfico: Urografía excretora: muestra buena eliminación renal bilateral; en hemivejiga derecha muestra una imagen lacunar por falta de relleno: redondeada, bien limitada y casi homogénea, el resto S/P. Ambos ureteres S/P.

Citoscopia: Buena capacidad, medio ligeramente turbio. Se visualiza en hemivejiga derecha entre horas 7 a 9 imagen tumoral, sésil ulcerada de casi dos campos cistoscópicos de tamaño, rodeada de mucosa muy congestiva y edematosa; no se visualiza meato ureteral derecho, el resto S/P. y se ve eyacular el meato ureteral izquierdo. Se realiza toma para biopsia, la que debido a la insuficiente cantidad de tejido, sólo pueden diagnosticar cistitis hipertrófica con áreas de tejidos necrosados.

Se decide intervenir quirúrgicamente, pues la ubicación, extensión y aspecto de la lesión nos hizo dudar de su etiología.

Intervención quirúrgica: Incisión mediana infraumbilical, sección de piel hasta músculo recto anterior, se localiza vejiga. Se libera ésta de pubis por sección del ligamento visicopubiano y se disecciona la misma por vía subperitoneal despegándola de la misma, excepto en la porción de la cúpula, donde se sacrifica la parte de peritoneo adherida, luego se sutura ésta y se continúa la disección hasta su pared posteroinferior, se consigue palpar una tumoración a través de hemivejiga derecha en su porción posteroinferior. Se realiza cistostomía y se comprueba en su interior una tumoración del tamaño de una ciruela, de base ancha sésil, de superficie irregular y esfacelada, de consistencia semileñosa que englobaba el meato ureteral derecho. Se procede a realizar cistectomía parcial exéresis del tumor con meato incluido con incisión de pared vesical a $\frac{1}{2}$ cm. del límite periférico tumoral. Previamente se había seccionado el uréter a casi 1 cm. de pared vesical. Se cierra parte de brecha vesical lateroposterior. Se realiza reimplantación ureteral anti-reflujo, con la técnica de Politano en un trayecto submucoso de 3 cms., sutura con catgut cromado 000, cierre total del resto de vejiga en dos planos. Se suturan planos musculares-aponeurosis y piel previo drenaje en espacio de Retzius. Se deja sonda doble corriente por uretra.

Informe anatomopatológico: Dr. O. Eguía.

Protocolo N° 10.316: El material remitido consta de dos fragmentos de 2 x 3 cms. cada uno, blanquecinos, blandos. En el examen microscópico se observa que el tumor está constituido por fibras musculares lisas entrelazadas con tejido fibroso. Se observan zonas angiomatosas, esfaceladas y necrosadas. No existen signos de malignidad, siendo su diagnóstico histopatológico: leiomiofibroma con zonas angiomatosas.

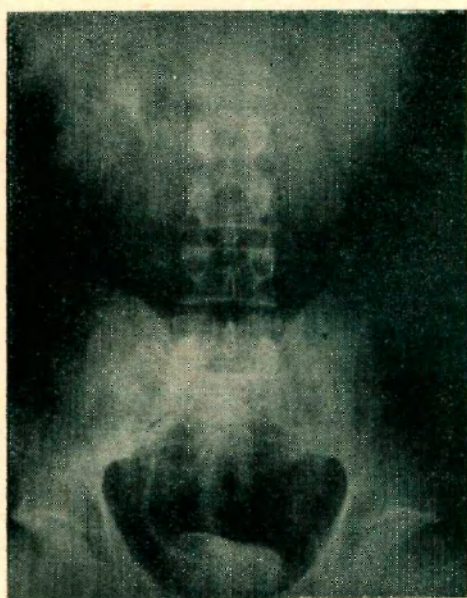
Postoperatorio: Al tercer día se extrae drenaje suprapubino y a los 12 días se retira sonda uretral. Tres meses después el paciente se encuentra en buen estado general, con orinas claras y sus micciones las realiza cada 3 horas. A los cuatro meses se realiza una urografía de control, mostrando buena eliminación renal, capacidad vesical normal y dilatación de la porción uretral reimplantada.

Conclusiones: Teniendo en cuenta su rareza como tumor benigno, pues su aspecto macroscópico nos hizo dudar, no debemos olvidar que no siempre son bien limitados con plano de clivaje y revestidos de mucosa vesical normal

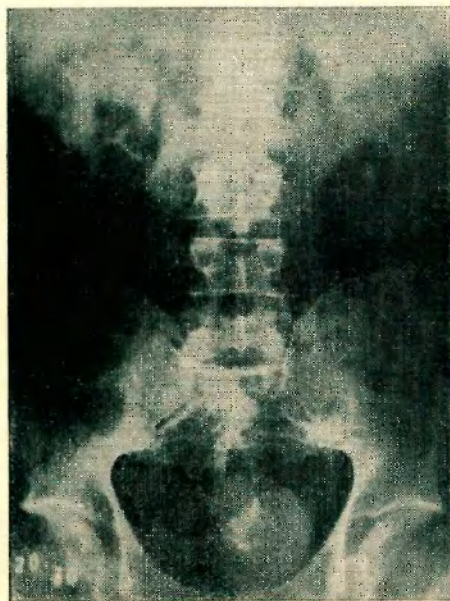
según hacen referencia en su reciente trabajo: Alonso, A., Solari, J. y Gómez, D. No obstante éstos pueden sufrir transformaciones evolutivas que en algunas ocasiones pueden hacer equivocar el diagnóstico como el caso que aportamos, ya que endoscópicamente se visualizaba como un tumor maligno, infectado y con localización meática, que luego en el acto quirúrgico obligó a sacrificar su implantación normal por un reimplante previa cistectomía parcial.

Por último recordamos, que según Boyer por su clasificación aclara la evolución:

1º) Forma en que el tumor conjuntivo se desarrolla al exterior, hacia *cavidad abdominal*, y la otra variedad es la *cavitaria*, donde el tumor asienta y avanza hacia la cavidad vesical, rechazando primero la mucosa, para luego erosionarla y por consiguiente destruyéndola confundiendo la imagen con las otras etiopías comunes del reservorio vesical. Nuestro caso se incluye en *ésta segunda variedad*.



Urografía excretora. Imagen lacunar en hemivejiga derecha. Falta de relleno con dilatación de tercio inferior de uréter.



Urografía excretora (pos-operatoria)
Cistectomía parcial con reimplante ureteral derecho.



Examen Histopatológico de Vejiga.
Hipertrofia de tejido conjuntivo con
predominio de tejido muscular con
zonas angiomatosas.

Se ven fascículos de fibras muscula-
res entremezclados con bandas de te-
jido fibroso orientados en ejes dis-
pares.

B I B L I O G R A F I A

1. *Buzzi O.*: Fibroma y miofibroma de vejiga. R.A.U., 563, vol. 5, 1936.
2. *Montserrat J., Rebaudi L.*: Leiomioma de cuello vesical. R.A.U. 147, vol. 13, 1944.
3. *Castañó E. y colab.*: Dos casos de tumores de vejiga. R.A.U. 175, vol. 14, 1945.
4. *Tetamanti C.*: Fibroma de pared vesical. R.A.U. 51, vol. 20, 1951.
5. *Brea y colab.*: Fibromioma vesical. R.A.U. 87, vol. 31, 1962.
6. *Alonso A., Solari J., Gómez D.*: Leiomioma de vejiga. R.A.U. Vol. 36, pág. 77, 1968
7. *Cukier y Beneraman*: Journal Urologie y nephrologie. Tomo 76 N° 1-2, pág. 61-67, 1970
8. *Caby y Desmots*: Tres casos de fibromiomas de vejigas. Anat. Path., 1939, 654-656.
9. *Blum y Batzenschlager*: Leiomioma de vejiga. Acta chir., 1967, 21, 3-4-203.