

CONDROSARCOMA DE LA VEJIGA*

Dr. González Martín, G. - Dr. Romano, S. V. - Dr. García, J. C. - Dr. Grippo, L. - Dr. Zeida, R.

Resumen

El caso que nos ocupa se ubica entre los tumores malignos no epiteliales de la vejiga, es decir los sarcomas, los cuales son muy infrecuentes de por sí, siendo el condrosarcoma puro, como el que presentamos, excepcional.

Los tumores malignos no epiteliales de la vejiga son de muy baja frecuencia de presentación comparados con los epiteliales, y según amplias estadísticas no alcanzan al 1 % de los tumores vesicales.

Son muy agresivos, tanto localmente como por sus metástasis; se localizan con mayor frecuencia en el trigono y se observan en general en el hombre de edad avanzada.

Entre los sarcomas se registran diversos tipos histológicos, dependiendo esto del tejido que participe en la neoformación; pueden presentarse en forma pura o más frecuentemente asociados, recibiendo entonces el nombre genérico de mixosarcomas, o bien la denominación de acuerdo con sus componentes, como por ejemplo, fibroleiomiosarcoma, osteocondrosarcoma, etc.

Cuando los sarcomas se asocian en un mismo tumor a un carcinoma, se los denomina carcinosarcoma o tumor mixto.

La variedad osteocondrosarcomatosa es muy infrecuente y es importante en el estudio histopatológico la investigación de otros componentes, sean sarcomatosos o carcinomatosos, a los que suele estar asociada.

Si entre los tumores de la vejiga las formas histopatológicas antes mencionadas son raras, la variedad condrosarcomatosa pura es absolutamente excepcional.

En la extensa bibliografía consultada hemos recogido algunos casos de sarcoma de la vejiga con componente condrosarcomatoso, y a pesar de que los autores rotulan a sus casos en alguno de ellos, como condrosarcoma o sarcoma condroide, de la descripción histopatológica de los mismos surge que en realidad se trataba de tumores mixtos o de lo contrario de mixosarcomas, es decir, no de condrosarcomas puros.

La primera descripción de estos tumores es quizá la de Ordóñez (1856), quien describe un tumor constituido por "una trama fibrosa que contenía gran cantidad de células cartilaginosa". Suceden a esta publicación la de otros autores como Schattock (1877): "Tumor sarcomatoso de células fusiformes y mixtas con tejido cartilaginoso"; Benecke (1899): "Sarcoma condroide", en el cual se describe "abundante tejido óseo bien diferenciado". Posteriores comunicaciones a principio de este siglo, como las de Reislér, Fischer, Ried, entre otros, describen tumores similares de la vejiga pero denominándolos más correctamente, osteocondrosarcoma, fibrocondrosarcoma y sarcoma osteógeno, respectivamente.

En nuestro país se han publicado más de 14 casos de sarcomas vesicales, pero sólo uno de ellos está descrito como condrosarcoma, es el perteneciente a Arrues y Di Pietro (1946) y dicen en el resumen histopatológico: "Estamos en presencia de un tumor conjuntivo maligno en el que predomina el elemento celular redondo en su mayor parte y con diferenciación fusocelular en los menos; lo interesante lo constituye la formación por la masa tumoral de zonas de cartilago adulto, encontrándose todas las etapas desde el tejido indiferenciado hasta la formación de tejido cartilaginoso adulto, y podemos interpretar este tumor como la proliferación y diferenciación de restos mesenquimáticos embrionarios". Como se comprende, es difícil encuadrar a este tumor como un condrosarcoma puro.

Por lo comentado anteriormente encontramos justificada la presentación de nuestro caso, ya que se trata de un condrosarcoma puro, y en la compulsa bibliográfica realizada no encontramos otro similar.

Se trata de A. S., Historia Clínica Nº 4646, varón de 66 años de edad. Consultó por hematuria total con coágulos, acompañada de ligeros síntomas bajos (polaquiuria y disuria). Al examen físico se consigna hipertrofia adenomatosa de próstata, siendo el resto del examen sin particularidades.

El urograma excretor demostró aparato superior normal, imagen de falta de relleno de cara lateral derecha y cúpula vesical.

En la endoscopia (que resultó muy dificultosa por la hematuria) se comprueban masas tumorales que llenan la cavidad vesical sin poder topografiar su localización.

El 7 de junio de 1978, con diagnóstico de tumor vesical se interviene al paciente a cielo abierto, hallando a la cavidad vesical llena de fragmentos tumorales libres, los que al ser evacuados, permiten observar un tumor proliferativo y pediculado de la cara lateral derecha. Se realiza cistectomía parcial y adenomecтомía prostática, siendo el posoperatorio inmediato de evolución satisfactoria.

El estudio histopatológico de la pieza fue el siguiente:

Macroscoπia. Múltiples formaciones parduscas, algunas de ellas duroelásticas, de superficie rugosa. Al corte se observan centralmente blanco grisáceas y periféricamente parduscas.

Microscopía. Se observan estructuras celulares con moderada anaplasia, visualizándose en sectores diferenciación condroblástica ricamente nucleada limitada por densa sustancia basófila, no observándose en los sucesivos cortes realizados otros componentes conjuntivos o epiteliales.

Se realizó coloración para descartar proliferación conjuntiva, siendo ésta negativa.

Asimismo se realizó tinción para fibras reticulares, siendo también negativa.

Por lo antes descrito y al hallar elementos condroblásticos y ningún otro elemento conjuntivo o epitelial, llegamos al diagnóstico de condrosarcoma puro. Estadio II.

Dada la estirpe sarcomatosa del tumor enviamos al paciente a Cobalto y Quimioterapia complementarias, negándose éste a someterse a ninguno de dichos métodos terapéuticos.

Hemos seguido a este enfermo por Consultorio Externo y la endoscopia realizada a los 3 meses no reveló recidiva tumoral, encontrándose el paciente asintomático.

Hace pocos días vuelve a la consulta (5 meses después de la operación) con hematuria, y en la endoscopia realizada se observa una recidiva tumoral en la cara anterior de la vejiga, sobre la cicatriz operatoria.

Comentario

La aparición de tejido óseo y cartilaginoso en la histopatología de algunos tumores de la vejiga es de hecho conocido, aunque infrecuente, y se argumenta a manera de explicación que estos tejidos devendrían de la metaplasia de proliferaciones mesodérmicas o bien del propio urotelio. Es interesante la experiencia realizada y publicada al respecto por Huggins (1930-1968), quien demostró que el urotelio trasplantado a la cavidad peritoneal del animal de experimentación es capaz de inducir al desarrollo de hueso y cartilago. Otra teoría trata de explicar la formación sarcomatosa de restos mesenquimáticos embrionarios con diferenciación posterior hacia tejido óseo y cartilaginoso.

* Trabajo presentado en la Reunión Científica de la Sociedad Argentina de Urología, correspondiente al mes de noviembre de 1978.

Bibliografía

- Ordóñez, E. E.: "Transformación secundaria de la vejiga en un tumor cartilaginoso en un anciano". M. C. de Par, serie 3, tomo II, 824-825, 1856.
- Shottok, S. G.: "Sarcoma condroide resecaado junto con papilomas multiples de la vejiga de un hombre". Tr. Path. Soc., 38:183-186, Londres, 1887.
- Benecke: "Sarcoma condroide de la vejiga". Virch. Arch., 161-70, 114, julio 1900.
- Arrues y di Pietro: "Tumor disembríoplastico de vejiga. Condrosarcoma". Rev. Arg Urol., 15, 137, 1946.
- Trabucco, A.: "Sarcoma de vejiga". Rev. Arg. Urol. y Nefrol., 35, 119, 1966.
- Grillo, L.; Solari, J. J.: "Sarcoma de la vejiga". Rev. Arg. Urol. y Nefrol., 44, 67 1974.
- Koss, L. G.: "Tumores de la vejiga" (Atlas de Patología Tumoral, 2ª serie, fasc. 11) Instituto de Patología de las FF. AA. Washington, 1975.