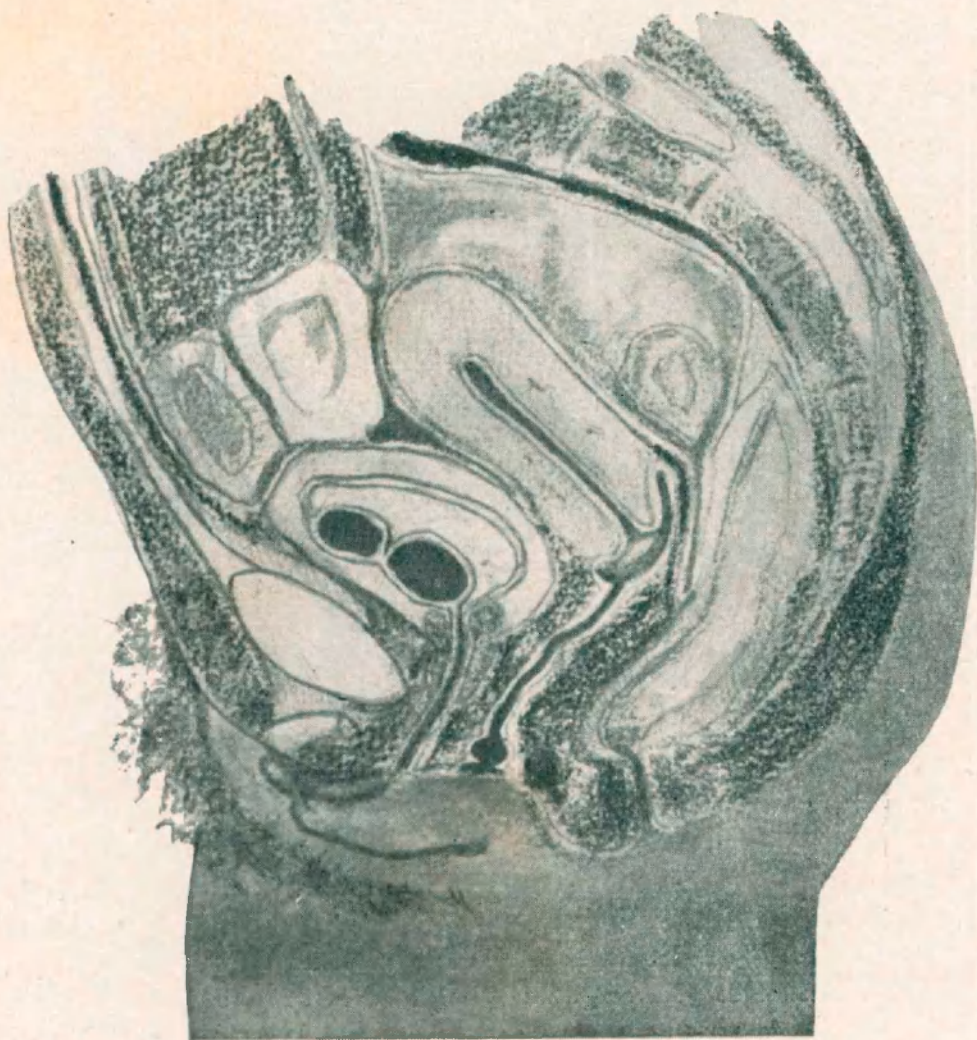


Por el Doctor
OSCAR BUZZI

FIBROMA Y FIBROMIOMA DE LA VEJIGA

M. F., 25 años. Operada el 3 de enero de 1925.

Esta enferma, que me ha sido enviada por mi colega y amigo el doctor An-



tonio G. Bacigalupó, sufre un padecimiento vesical desde hace muchos años. Recuerda que desde pequeña tiene polaquiuria y disuria que algunas veces llega a la

retención completa de orina; nunca fué sondada y las crisis de retención ceden espontáneamente. En general consigue orinar en decúbito horizontal.

En los últimos tiempos aparecen hematurias a predominio francamente terminal, se repiten a menudo siempre de poca intensidad. La enferma no les concede ninguna importancia por haberse familiarizado con esta situación.

Desde hace tres años durante los esfuerzos de la micción aparece en la vulva



Fig. No. 1 - Tumor submucoso situado en la parte alta de la pared antero inferior de la vejiga.

una tumoración que siempre se reduce espontáneamente o mediante pequeñas maniobras de presión.

En esa fecha un especialista comienza la destrucción de un tumor de la vejiga pero sin conseguir mejoría.

Estado actual. — Examen general normal, genitales externos nada de particular. Meato uretral de gran amplitud permitiendo la salida durante los esfuerzos de expulsión, de un tumor cuyo aspecto recuerda la mucosa de la vejiga; consistencia firme, renitente como un trozo de goma. El tumor se reduce en cuanto cesa el esfuerzo que lo mantenía exteriorizado.

La amplitud de la uretra permite practicar el tacto intravesical. En la cara antero-inferior de la vejiga se toca un tumor esferoidal del tamaño de un huevo

de gallina, que se circunscribe perfectamente; el tumor tiene una base de implantación amplia cerca del cuello vesical. Se moviliza sobre el plano muscular y no existe infiltración en ningún punto.

A la cistoscopia se ve un tumor cubierto por la mucosa vesical que conservado todos sus caracteres; circunscripto por un surco no muy profundo y a

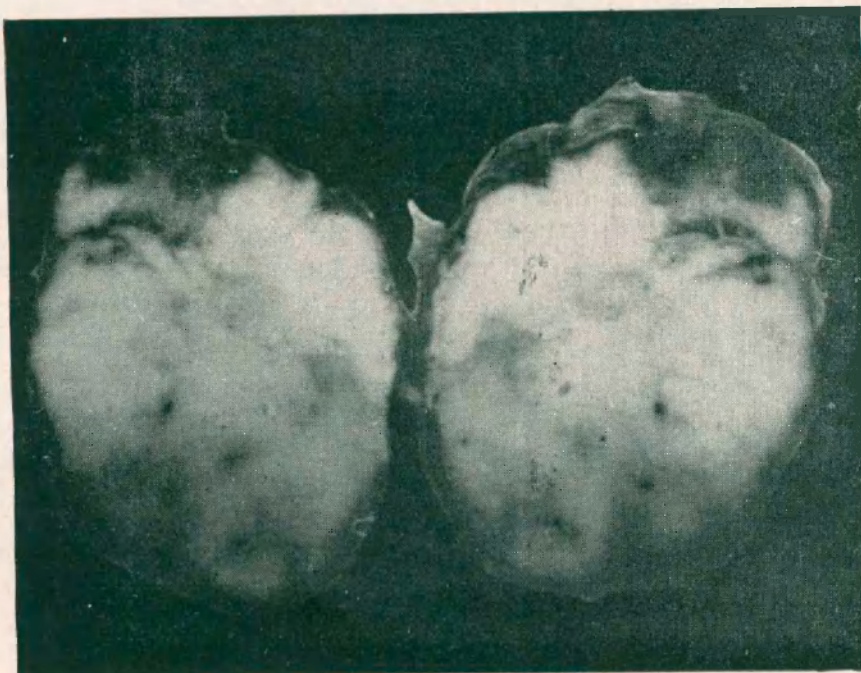


Fig. No. 2 - Corte del tumor, puede verse perfectamente la cápsula.

ese nivel parece que la mucosa fuera exuberante, que el pedículo se realiza a expensas de esta mucosa que es arrastrada por el tumor en su excursión.

Los datos que se recogen del examen nos inducen a pensar que se trata de un tumor benigno no sólo pediculizado sino también encapsulado.

La enferma acepta la intervención que se precipita porque el tumor sufre un prolapso irreductible con una hemorragia intensa. En estas condiciones fué necesario urgentemente hacer una ligadura del pedículo que es muy grueso. Después de esta ligadura el tacto intravesical reconoce la existencia de otro tumor situado por encima y alojado también en la cara antero-inferior de la vejiga. Tiene aproximadamente el mismo tamaño que el tumor exteriorizado y se com-

prueba que su base de implantación es muy amplia. francamente sesil. Juega gran movilidad sobre el plano muscular y a su vez la mucosa vesical se desplaza fácilmente sobre el tumor.

Fué intervenida por talla hipogástrica, enucleando a expensas de un clivaje perfecto el tumor superior y en su loge se encuentra otro pequeño núcleo aislado y encapsulado. La enucleación de estos tumores no provoca ninguna hemorragia



Fig. No. 3 - Tumor exteriorizado y estrangulado a través de la uretra.

por lo que se cierra la vejiga en dos planos y la pared, dejando un pequeño drenaje en el espacio de Retzius. Antes de la extirpación de este tumor se comprueba que a pesar de tener gran base es tan móvil dentro de los planos que lo alojan que lo hacen en cierta forma pediculizable. El tumor prolapsado se extirpa seccionando su pedícula al ras del meato de la uretra; sonda Pezzer en permanencia. El post-operatorio transcurre normalmente y la enferma cura en 15 días; la observación prolongada durante 11 años ha permitido comprobar la eficacia del tratamiento.

El diagnóstico de tumor benigno de la vejiga puede deducirse del examen endoscópico y la feliz coincidencia de practicar holgadamente el tacto intravesical realiza uno de los preceptos establecidos por Guyon, quien decía que la indicación operatoria de los tumores de la vejiga se deduce del resultado del tacto intravesical. Así se ex-

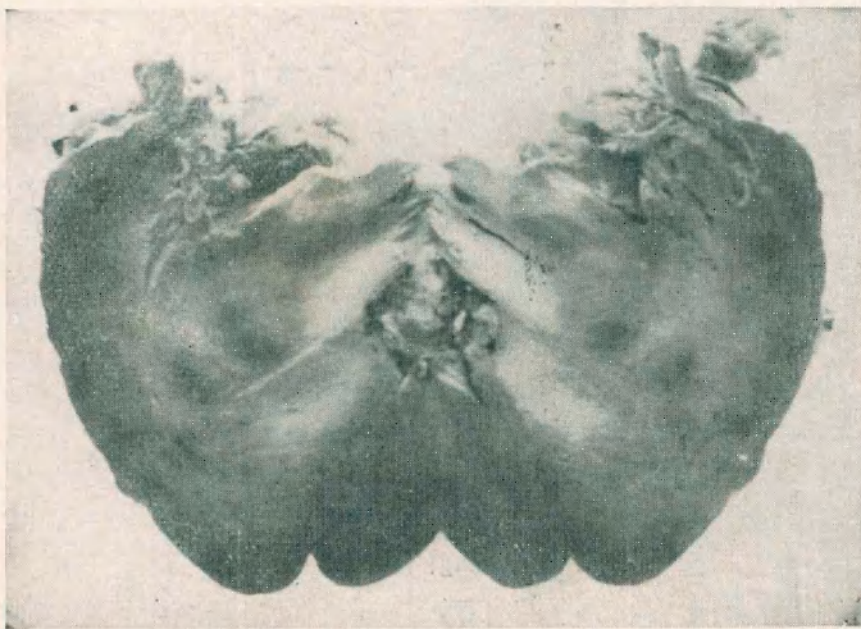


Fig. No. 4 - Corte del mismo tumor. .

plica que haya estado en boga la talla perineal e hipogástrica exploradora.

La particularidad de los tumores intracavitarios de adquirir un pedículo se ve realizada en esta observación.

Clado concede importancia a la contracción del músculo vesical que produce la expulsión del tumor del mismo modo que la corriente de orina hacia la uretra; sostiene que este efecto mecánico se realiza más fácilmente en los tumores más próximos al cuello vesical donde estos factores mecánicos obran al máximo. Estos dos tumores pueden ser considerados como dos etapas distintas dentro del proceso de pediculización, presunción que se justifica, recordando la

tendencia que tenía el tumor superior a hacer su pedículo mediante la tracción.

El esquema tiene por objeto demostrar la ubicación de los tumores en la pared vesical.

La fotografía N° 1, muestra el tumor alto y la fotografía N° 2 un corte del mismo, donde puede observarse el encapsulamiento per-



Fig. No. 5 - Pequeño núcleo encapsulado, situado en la loge del tumor No. 1

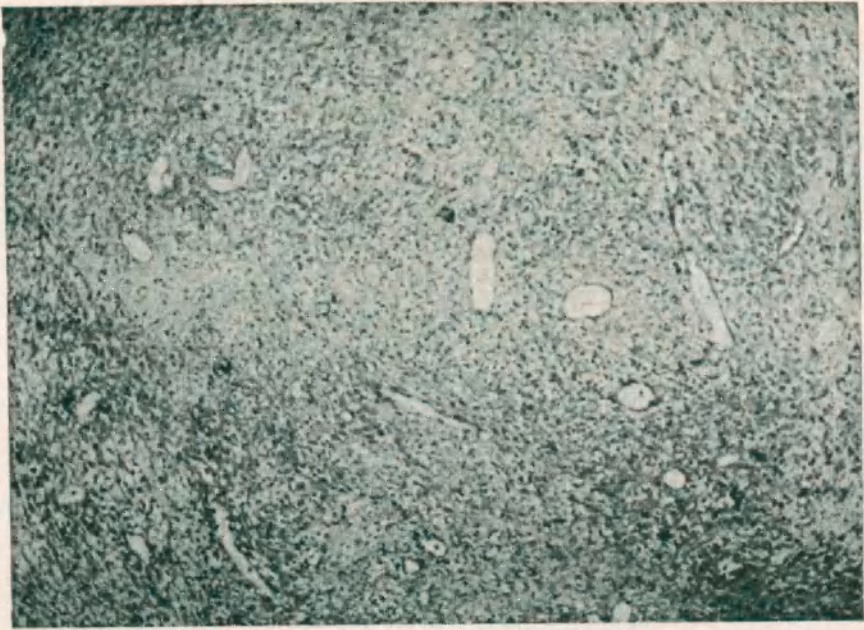
fecto. Las fotografías N° 3 y 4 corresponden al tumor prolapsado y la N° 5 el pequeño núcleo situado en la loge del tumor superior.

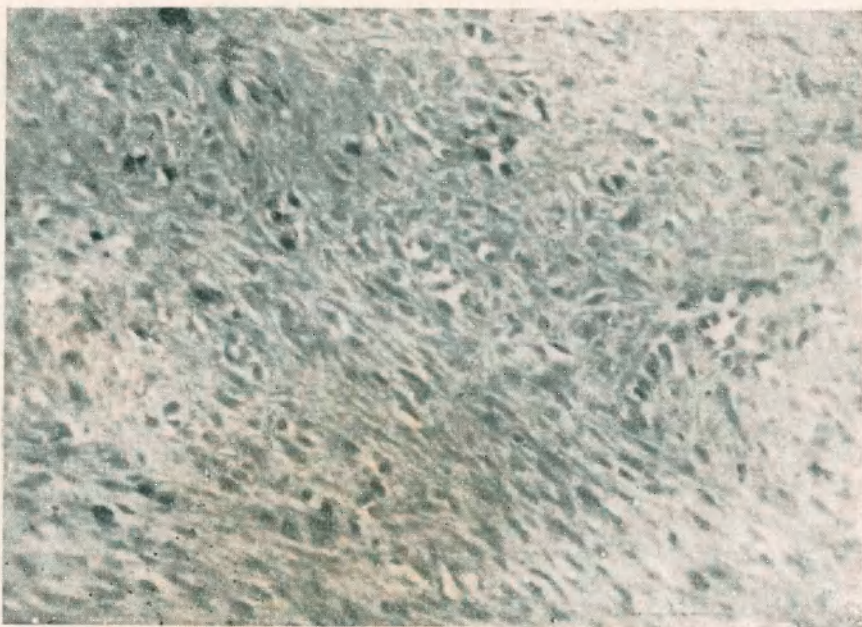
El Dr. Vivoli informa que estos tumores considerados en un primer momento como fibromiomas son en realidad fibromas puros y a continuación transcribimos el informe anatomo-patológico; "se han hecho múltiples preparados de los tres tumores, observando una igualdad característica en cuanto a su estructura. Los cortes de la zona central presentan un tejido compacto, fasciculado, formado por largas fibrillas de núcleo alargado, que se agrupan en gruesos manojos orientados en diversos sentidos (microfotografías números 1, 2 y 3), con el Van Gieson estas fibrillas se tiñen de rojo.

Microfotografía No. 2 - Zona central.

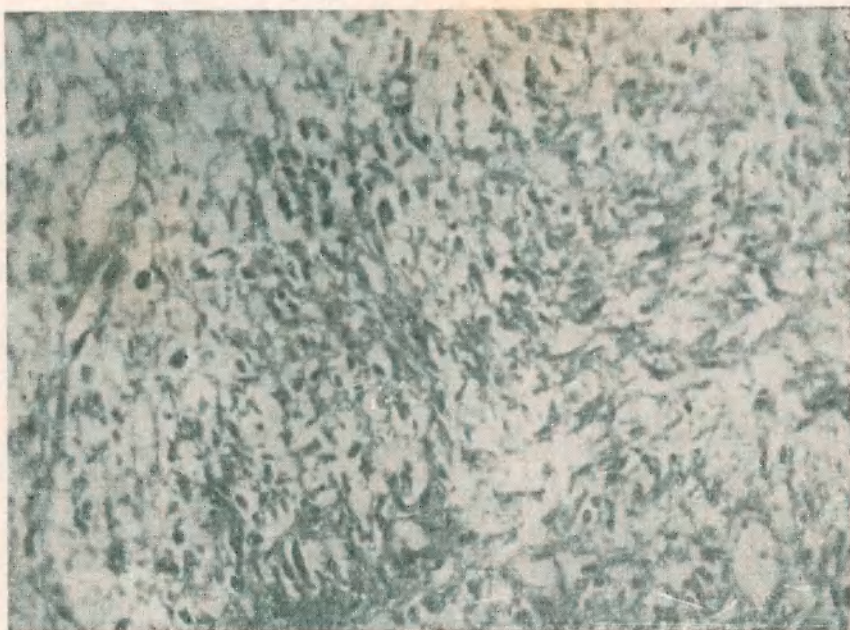


Microfotografía No. 1 - Zona central.



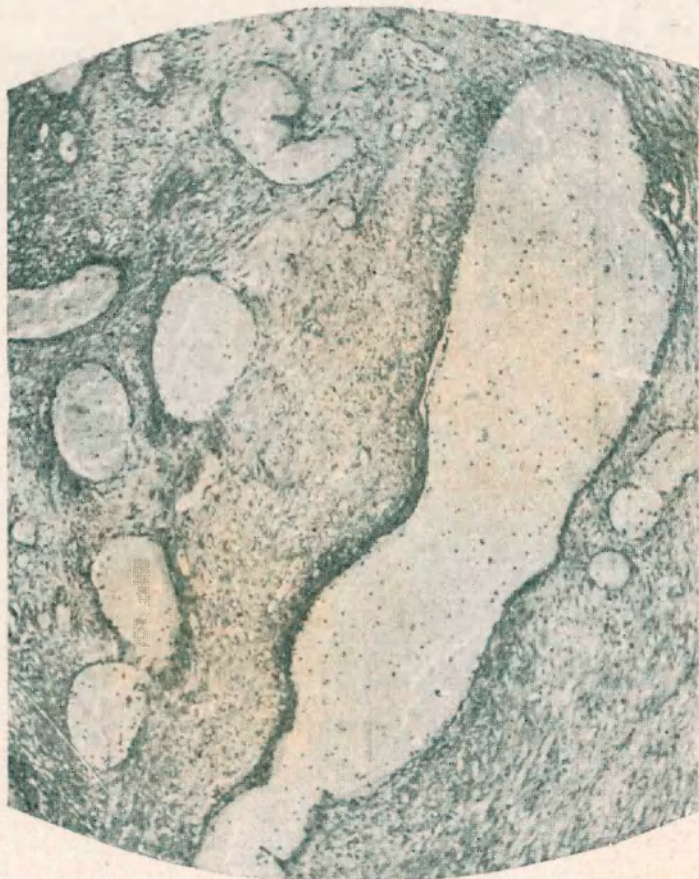


Microfotografía No. 3 - Zona central.



Microfotografía No. 4 - Periferia.

Hay una buena cantidad de vasos sanguíneos con sangre en su interior, regular cantidad de células mononucleadas y plasma-células. A medida que nos aproximamos a la periferia ese aspecto en empalizada de la zona central, va desapareciendo dando lugar a un tejido

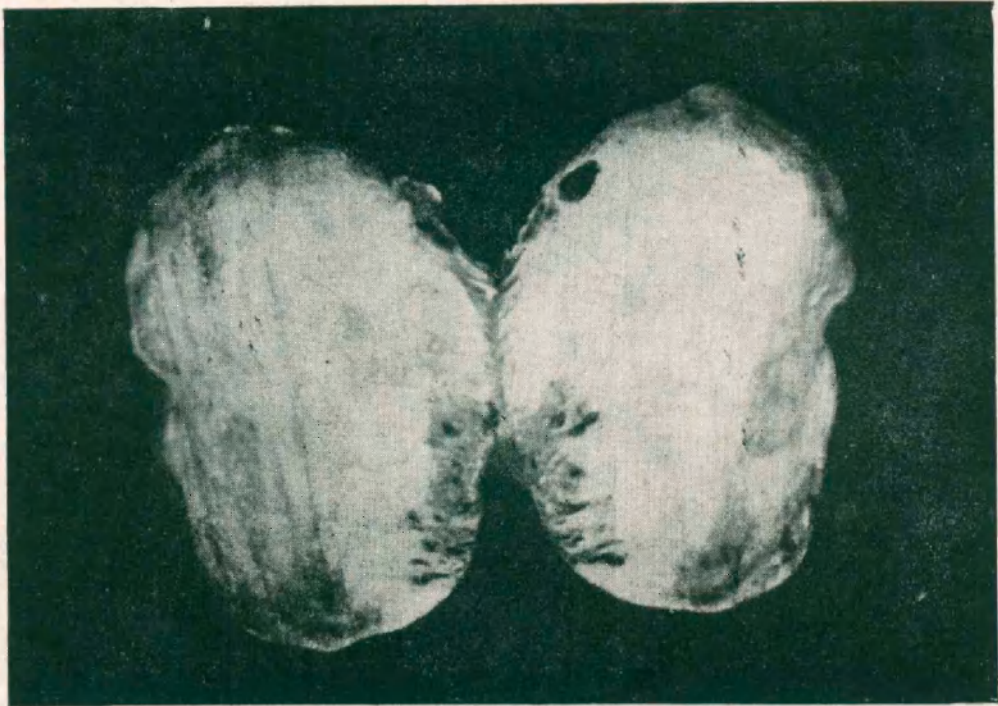


Microfotografía No. 5 - Vasos neoformados.

más laxo y con disposición plexiforme) (microfotografía N° 4); además hay una gran cantidad de vasos de neo formación de todos tamaños con paredes ligeramente esbozadas (microfotografía N° 5).

En síntesis, son tumores formados por largas fibrillas conjuntivas que por sus caracteres tintoriales y manera de agruparse recuerdan al fibroma".

Observación N° 2. — Se refiere al enfermo A. Castillo, operado por mí en el Servicio del Dr. Gilberto Elizalde hace 4 años. Los signos cistoscópicos eran típicos y la operación se realizó por talla



A. C. Operado en el año 1932. - Tamaño natural.

hipogástrica. La evolución posterior fué muy buena como he podido comprobar al examinar recientemente al enfermo. La fotografía muestra la pieza extirpada de tamaño natural.

El examen anatomopatológico corresponde a un fibromioma.