

Instituto de Medicina Experimental
Director: Profesor ROFFO

Por los Doctores
GUILLERMO IACAPRARO
y JORGE S. FERNANDEZ

FIBROMIOMA VESICAL

LOS tumores vesicales de origen muscular, mejor dicho fibromusculares, son excepcionales, escasos son, los relatados en la literatura mundial.

Como bien dice Marión, fuera de los papilomas y del cáncer epitelial, las neoformaciones vesicales deben considerarse como tumores raros de la vejiga y es así como él los llama.

Habiendo tenido la oportunidad de observar un caso de fibromioma, hemos creído interesante relatar la observación, máxime tratándose de un tumor esencialmente benigno desde el punto de vista histológico, y que simuló clínica y cistoscópicamente una neoplasia maligna.

El minucioso examen histológico ha sido realizado, como es costumbre en todos los casos, por el Profesor Roffo.

HISTORIA CLINICA:

L. F., italiano de 67 años de edad, casado, herrero de profesión. Ingresa al Instituto el 9 de mayo del corriente año.

Sin *antecedentes hereditarios* ni *personales* de importancia, ni dignos de mención. Relata desde el punto de vista urinario desde hace 5 o 6 meses hematurias abundantes, totales, caprichosas, indoloras y con coágulos.

Hematuria que en un principio dura 20 días y desaparece con medicación sintomática, reapareciendo luego en forma caprichosa, agregándose a ella frecuencia de micciones con dolor violento al final de la misma. La hematuria a veces total, en ocasiones solamente terminal aparece y desaparece caprichosamente, no influenciada por el reposo ni el movimiento; pero persistiendo sí la polaquiuria diurna y nocturna y el dolor miccional al final.

El estado general decae, pérdida de peso y como en el último mes sufre realmente de su vejiga, decide consultarnos.

Orinas turbias, piúricas y hematúricas, diuresis diaria de 1500 a 2000 c. c., orina cada 25 a 30 minutos, con dolor. El examen del aparato urinario no



Fig. N° 1

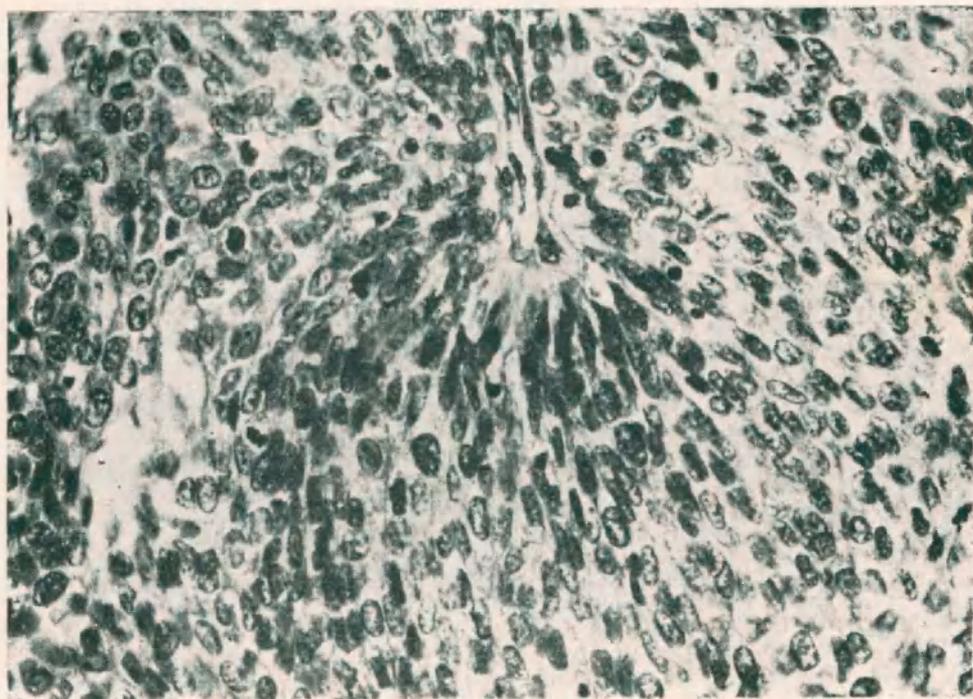


Fig. N° 2

muestra nada de anormal en lo que respecta a los riñones, la región hipogástrica nada de particular a la inspección, la capacidad vesical disminuida, escasamente 80 c. c., vejiga sumamente sensible al contacto y a la distensión: sin retención. El tacto rectal nos demuestra una próstata de caracteres normales, por encima de ella y asociando al tacto la palpación hipogástrica se percibe en la región que corresponde a la vejiga, un tumor que forma cuerpo con ella, del tamaño de una mandarina, duro y poco móvil, dando la impresión que se tratara de un tumor infiltrado.

Se practica una cistoscopia cuyo resultado es el siguiente: con escasa ca-



Fotografía del tumor.

En el centro puede observarse la base de la implantación. Resto de la superficie es lisa y brillante.

pacidad vesical (80 c. c.) orinas turbias y sanguinolenta, el lavaje vesical exige tiempo y se consigue apenas aclarar el medio. Se constata ocupando prácticamente toda la vejiga sobre todo pared antero-superior y ambas laterales, una masa tumoral, de bordes irregulares, en parte esfacelada, en otras ulcerada, sangrante, haciendo gran prominencia en la vejiga, sin arrojar sombras, el conjunto de la neoplasia es de color blanquecino. Resto de vejiga lesiones de cistitis banal.

La cistoscopia dificultada por la sangre, la escasa capacidad y el dolor, imposibilita realizarla cuidadosamente.

Los datos recogidos del enfermo, más los síntomas vesicales, el resultado del tacto rectal y la palpación hipogástrica combinada, la cistitis concomitante y el examen cistoscópico todo ello impone el diagnóstico de cáncer vesical. Casi

afirmaríamos como proverbio: todo tumor sesil de vejiga con cistitis agregada es un cáncer.

Se opera el enfermo el 4 de junio del corriente año. Anestesia general con éter, talla hipogástrica. Abierta la vejiga se constata la presencia de un tumor grande, del tamaño de una mandarina que llena prácticamente toda la cavidad vesical. Se abre ampliamente la vejiga, tumor de superficie lisa redondeada, dando la impresión de un gran lóbulo prostático intravesical y que el dedo sería capaz de enuclearlo fácilmente. El tumor liso y brillante únicamente se halla es-



Fotografía del tumor.
Cara inferior, visible por cistoscopia
francamente ulcerada y necrosada.

facelado y ulcerado a nivel de la cara inferior que mira hacia el cuello vesical, precisamente la porción de tumor visible, por cistoscopia. Recorrida la superficie del mismo con ayuda del dedo, se reconoce que tiene una base de implantación relativamente pequeña en relación a su volumen y que corresponde dicha implantación a la pared superior mejor dicho al "dome" vesical.

El tumor no es pediculado pero sí pediculizable, y es por ello que se consigue con dificultad pasar un clamp a su nivel, se secciona con bisturí eléctrico, se retira íntegramente el tumor y se electrocoagula la base del mismo. Se deja un pequeño taponamiento con coaguleno en vejiga y drenaje hipogástrico habitual. Post-operatorio normal en lo que respecta al árbol urinario, proceso congestivo pulmonar que cura con la medicación corriente. A los 20 días el enfermo tiene su vejiga completamente cerrada y la micción se realiza normalmente.

Al poco tiempo realizamos un nuevo examen cistoscópico que nos dice lo siguiente:

Capacidad vesical 250 grs., vejiga en columnas, mucosa apenas congestiva, se observa la cicatriz de la talla y pequeña zona blanquecina francamente cicatricial en el sitio de la diatermocoagulación. Por dentro del meato ureteral izquierdo se observa el orificio de un divertículo antes oculto por el tumor.

El estado general del enfermo es perfecto, la micción se realiza cada 3 o 4 horas sin dolor, orinas claras, el enfermo es dado de alta curado.

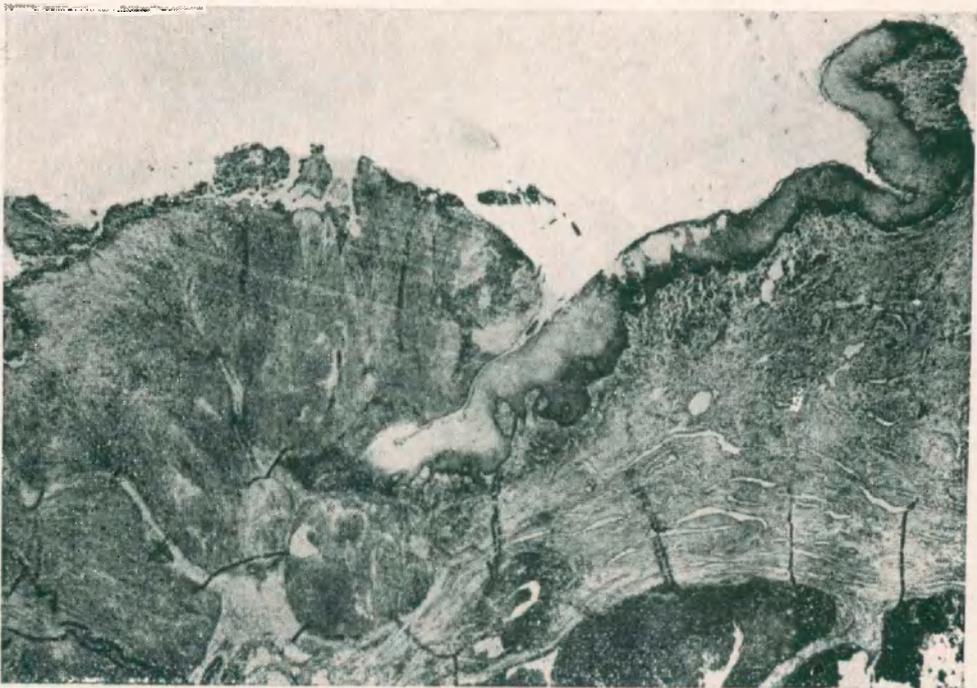


Figura N° 3.

Del resultado del examen histológico practicado por el Dr. Roffo deducimos que se trata de un fibromioma típico (1). Esta observación, interesante por su rareza, tiene para nosotros la enseñanza que aunque excepcionalmente, a veces el cuadro clínico y cistoscópico de un tumor maligno, cáncer vesical en una palabra,

(1) El examen histológico realizado con fragmentos obtenidos de distintas partes del tumor, dice lo siguiente: Todos los campos observados están compuestos de hacesillos de células fusiformes que se entrecruzan, cuyos elementos son de configuración alargada y un núcleo central ovoideo. De trecho en trecho se observa entre esos hacesillos de fibras musculares, lisas zonas constituídas por tejido conjuntivo fibroso. Fig. N° 1, N° 2, N° 3.

puede ser dado por un tumor histológicamente benigno, en nuestro caso un fibromioma.

La malignidad clínica fué sospechada por la cistitis intensa; la malignidad cistoscópica por el aspecto esfacelado, ulcerado y sangrante de la porción visible del tumor.

Piquand en un excelente trabajo estudia las alteraciones que pueden sufrir los fibromiomas y reconoce dos tipos de ellas: 1º, alteraciones superficiales consistentes en lesiones de esfacelo y ulceración; y al respecto cita los casos relatados por Gibbons, Parker, Terrier y Hartmann, Ramsay, Nicolich, Blun.

En esos casos la ulceración sienta en la parte prominente del tumor, y su mecanismo es el siguiente: un órgano móvil y en continua contracción como la vejiga, determina en la parte saliente y superficial del tumor por los frotos sucesivos, primero simple destrucción del epitelio que recubre el tumor (no olvidemos que estos tumores fibromiomas hacen saliencia en la cavidad vesical recubiertos por la mucosa) y luego ulceración cada vez más intensa del mismo invadiendo ya el tumor propiamente dicho.

2º Alteraciones intersticiales que pueden sufrir estos tumores y que constituyen la degeneración o transformación maligna hacia la forma sarcomatosa.

La degeneración epitelial presupone un proceso agregado y concomitante y no simple transformación ya que se trata de una neoplasia conjuntivo muscular.

En el caso relatado por nosotros interpretamos la frecuencia de micciones (polaquiuria cada 20 ó 30 minutos) por un doble mecanismo: 1º, trastorno mecánico, debido a la irritación causada por la saliencia tumoral dentro de la vejiga, haciendo las veces de cuerpo extraño y tratando el órgano constantemente de expulsarlo; 2º, por la cistitis banal coexistente.

El relato tiene su interés casuístico indiscutible por la extrema rareza del fibromioma vesical y por otro lado tiene su importancia en el hecho de ser una neoplasia benigna cuya sintomatología subjetiva, evolución clínica y examen cistoscópico afirmaban la existencia de un cáncer.

El tratamiento practicado, extirpación del tumor, curó al enfermo.

Discusión:

Dr. Surra Canard. — Yo no sé si el Dr. Buzzi habrá publicado un caso de miomía vesical, observado en su clínica privada, pero yo he tenido oportunidad de observarla y quiero mencionarla brevemente. Se trataba de una tumoración del tamaño de un huevo, situada en la superficie externa de la vejiga, perfectamente encapsulada, en forma tal que fué posible encontrar un plano de clivaje tan neto, que pudo enuclearse con la misma facilidad que un bocio. El examen histopatológico demostró que se trataba de un mioma.
