

R. DE SURRA CANARD,  
JORGE SAN MIGUEL y  
J. M. LASCANO GONZALEZ

## PROLAPSO DE UN POLIPO FIBROMATOSO DE VEJIGA, POR LA URETRA

**P**RESENTAMOS al seno de esta Sociedad, una observación más de urología de urgencia, agregando la narración del post-operatorio tardío, pues juzgamos que éste motiva comentarios de interés.

El accidente que llevó esta enferma a la sala de guardia del hospital, es poco frecuente, y la índole anátomo-patológica de la afección causal, entra dentro de los porcentajes bajos en materia de tumores de vejiga.

La historia clínica del caso que relatamos, se divide en dos partes: la primera refiérese al accidente agudo, y la segunda concierne al aparato urinario superior.

La señora F. B. de S., de 62 años, uruguaya, ingresa en el Servicio de Guardia del Hospital Ramos Mejía, el día 13 de junio de 1937, y refiere que la víspera, durante una micción, siente que algo sale de la vejiga, en forma brusca, percibiendo, con la exploración táctil, que a nivel de la vulva hay una entumescencia, que no logra reducir con maniobras digitales. Da como antecedentes, que desde hace seis u ocho meses sufre perturbaciones miccionales, que consisten en polaquiuria, diurna y nocturna, y dificultad para retener la micción, sin existir incontinencia franca. Agrega la paciente, que en varias oportunidades, desde hace dos meses, ha tenido la sensación, al orinar, "que algo quería salir de su vejiga"; pero que "... al sentarse o al ejercer presión con la mano en la vulva, esa sensación desaparecía". No agrega antecedentes urinarios de otra naturaleza.

Al examen se comprueba: anciana en buen estado de nutrición. Observada en posición ginecológica, verificase que la vulva, en su totalidad, está ocupada por un tumor del tamaño de una mandarina, de forma redondeada, de color rojovinoso, de superficie lisa, con algunos flecos de esfacelo. Separados los grandes y pequeños labios, se ve que el tumor sale por el meato uretral, y que la porción intrauretral es pedunculada, siendo su dimensión comparable al grosor del dedo

índice. El meato uretral y la uretra, muy dilatados, permiten la introducción de dos dedos. Pierde orina en forma continuada.

Aprovechando la distensión uretral, se hace una exploración táctil del cuello de la vejiga, siguiendo el pedúnculo y, en la cara posterior de la vejiga, se lo-



Figura Nº 1

caliza el sitio de implantación del mismo. No sangra. El resto del examen clínico es negativo.

Antes de intervenir quirúrgicamente a la enferma, se obtienen las placas fotográficas que muestran las figuras Nos. 1, 2 y 3.

*Operación.* — Anestesia epidural con 60 c. c. de novocaína. Se busca el tumor y, cuando se lo tiene a la vista, se ejerce tracción sobre él para exteriorizar la mayor porción posible del pedúnculo. Se liga la base de éste con un catgut

fuerte y se hace su sección con tijera. Colócase una sonda de Pezzer y se lava la vejiga con suero.

A partir del día siguiente, efectúanse curaciones vesicales con nitrato de plata al 1 %.

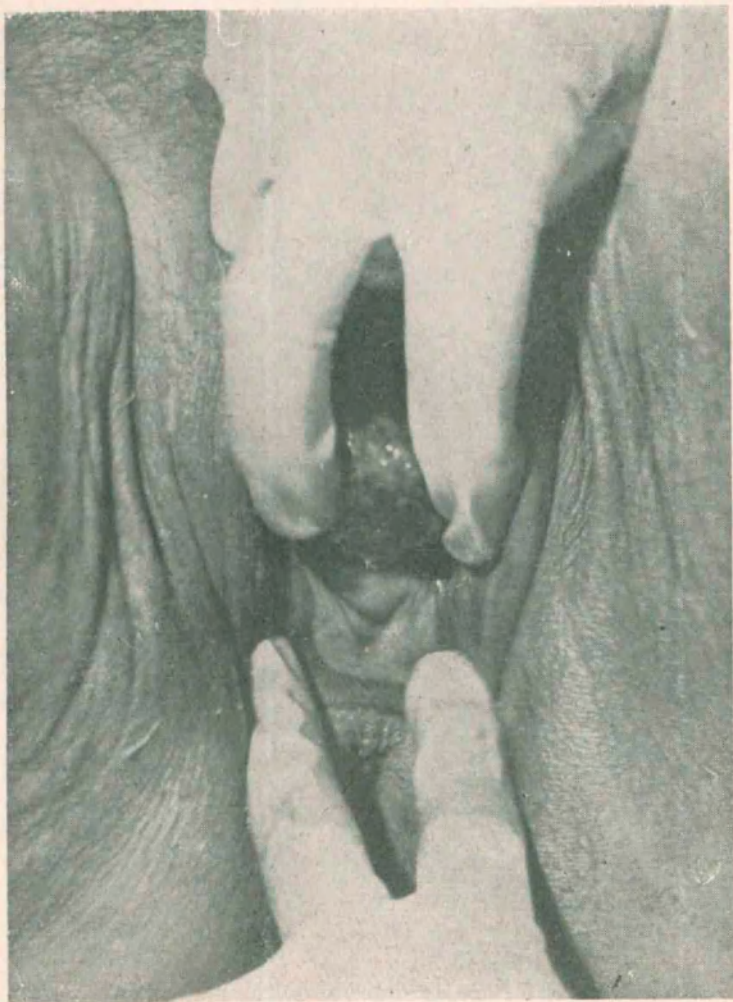


Figura N° 2.

Excelente post-operatorio; al octavo día se retira la sonda vesical.

A los diez días practícase una endoscopia de control (con instrumento de Buerger). Orina: algo opalescente; capacidad vesical: satisfactoria; mucosa vesical: sana, con algunas columnas en su cara posterior; meato ureteral izquierdo: ligeramente edematoso, con peristáltica excelente. Eyacula orina límpida. A nivel del sitio correspondiente al orificio ureteral derecho, existe una superficie re-

dondeada. del tamaño de una lenteja grande, de color blanco, que recuerda, por su aspecto, el tejido esfacelado; sus bordes salientes están desprendidos y rodeados por una zona de mucosa vesical, a cuyo nivel las lesiones inflamatorias adquieren el máximo de intensidad. En el centro de esa zona — sitio probable de

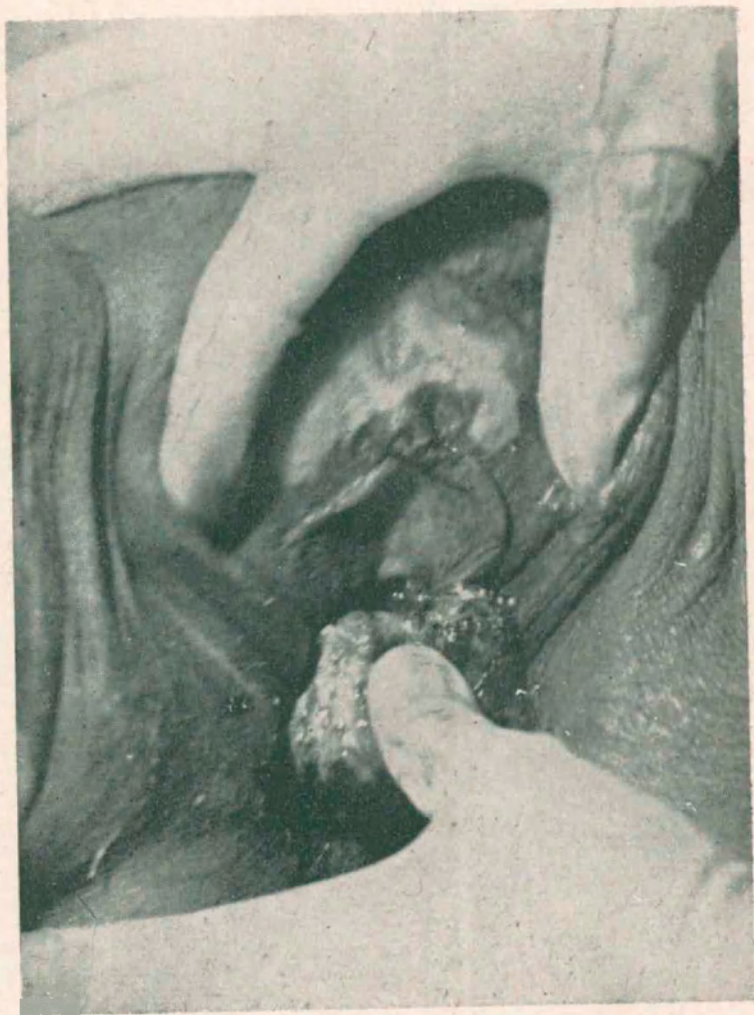


Figura N° 3

implantación del tumor — existe un orificio pequeño, que se supone sea el meato ureteral, pero no se consigue distinguir a través de él la emisión de orina y carece de movimientos peristálticos. El cuello vesical está deformado por edema.

Se continuaron las curaciones vesicales. Al mes se repite la endoscopía y se comprueba: orina algo turbia; capacidad excelente; edema de cuello. Sobre la vertiente externa del orificio ureteral derecho, obsérvase una pequeña superficie micro-

lenticular, de color blancuzco, resto de la escara (por ligadura del pedúnculo tumoral); el meato está modificado en su aspecto morfológico; recuerda una cicatriz estrellada, limitada por el orificio meático, en forma de media luna. Paresia absoluta de los movimientos peristálticos.

Se pide una pielografía para apreciar el grado de constipación renoureteral existente. (Película extraviada).

*Examen macroscópico.* — El tumor tiene la forma de un elipsoide irregular, algo aplanado, que mide 45 x 30 x 18 mm. después de la retracción deter-

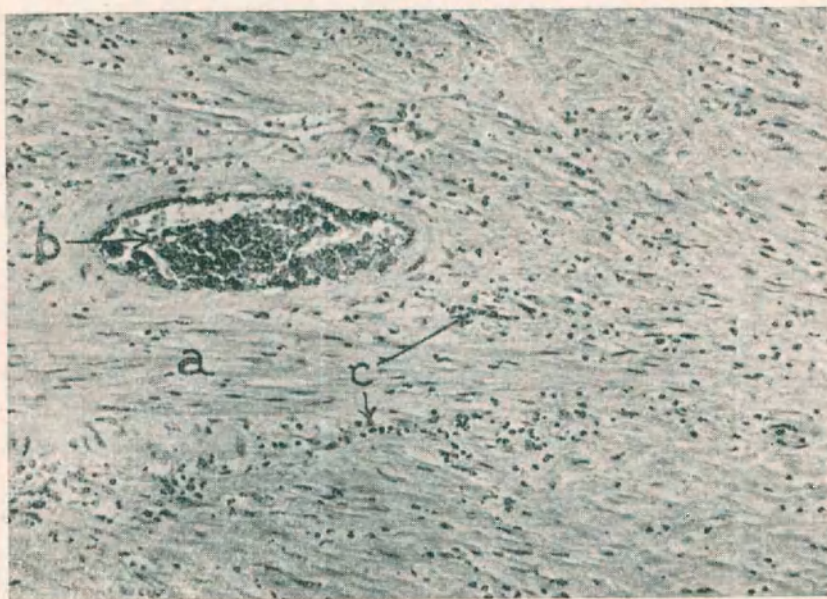


Figura N° 4

Tejido mio-fibromatoso ligeramente infiltrado por elementos leucocitarios, de la zona central del pólipo. — Coloración: Hemalumbre y eosina. Aumento: 148x (Zeiss, Obj. apocr. 10x, Homal I).

minada por su permanencia en formol. Es de consistencia firme y compacta, comparable a la del caucho macizo (la pieza llegó a nuestras manos ya fijada). La superficie externa, de color gris-rosado sucio, es ligeramente mamelonada y rugosa; algunos surcos, poco profundos, esbozan una lobulación. La zona de implantación del pedículo se halla sobre una de las caras más amplias de la formación y tiene 8 a 9 mm. de diámetro.

Las secciones comprueban la estructura compacta del tumor y permiten apreciar la disposición fasciculada de los elementos que lo constituyen; en la perifería existe una capa de espesor irregular que oscila alrededor de los 8 mm., ricamente vascularizada.

*Examen microscópico.* — El estudio se hizo en cortes que comprenden tanto las zonas superficiales como las profundas. Es en estas últimas donde se encuentra más pura la disposición histológica primitiva del tumor; a su nivel se observan fascículos musculares lisos (Fig. 1, a) diversamente orientados y vasos sanguíneos (b). La trama colágena intersticial es poco densa y se halla levemente infiltrada por leucocitos (c) Esta infiltración aumenta a medida que uno se aproxima a la superficie libre, donde el exudado fibrino-leucocitario

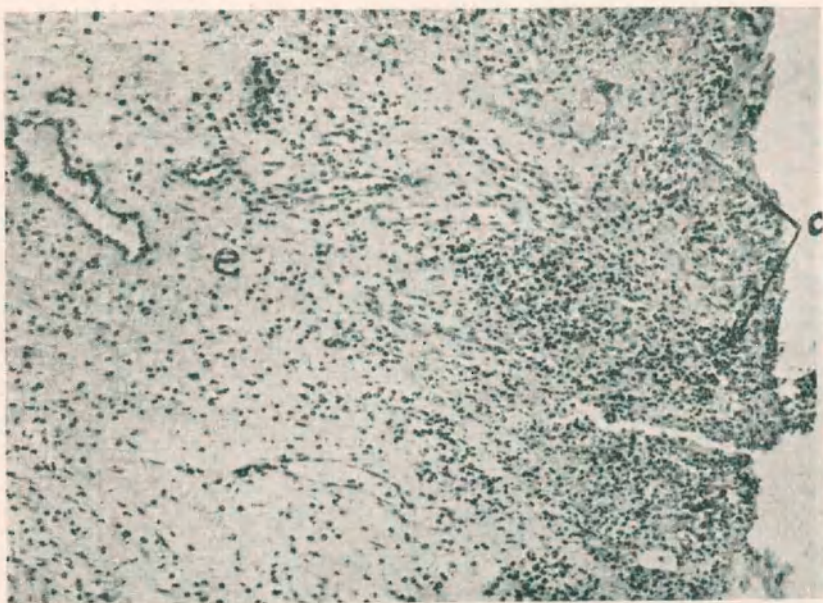


Figura N° 2

Periferia del tumor con la delgada costra fibrino-leucocitaria superficial. — Coloración: Hemalumbre y eosina. Aumento: 135x (Zeiss. Obj. apocr. 10x, Homal I)

constituye una delgada costra (Fig. 2, d); por debajo de ella los tejidos se muestran edematosos (e) y ricamente vascularizados. De trecho en trecho se observan, a pequeña distancia de la superficie e incluídas en pleno tejido tumoral, modificados por la reacción inflamatoria periférica, islotes de mucosa de tipo vesical más o menos alterada por los mismos agentes irritativos (Fig. 3) que sirven de testimonio acerca del primitivo asiento del pólipo.

*Diagnóstico.* — Pólipo mio-fibromatoso vesical con lesiones inflamatorias crónicas no específicas en toda la periferia y sin signos de evolución neoplásica maligna.

Nuestra observación coincide, desde el punto de vista patológico, con las ya publicadas (si bien se diferencia desde el punto de vista histológico). En

efecto: el accidente ocurre en el sexo femenino (brevedad de la uretra) y en paciente de edad avanzada; el pedúnculo es largo de varios centímetros; el tumor asienta en la región trigonal (sitio de elección de los fibromas), próxima al orificio ureteral, y los prodromos del accidente los constituyen perturbaciones miccionales por irritación del infundíbulo vesical, interrupción de la micción, desaparición parcial de los síntomas en el decúbito o con maniobras de presión, de abajo arriba. Por último, hecho el prolapso completo, él se torna irreductible,

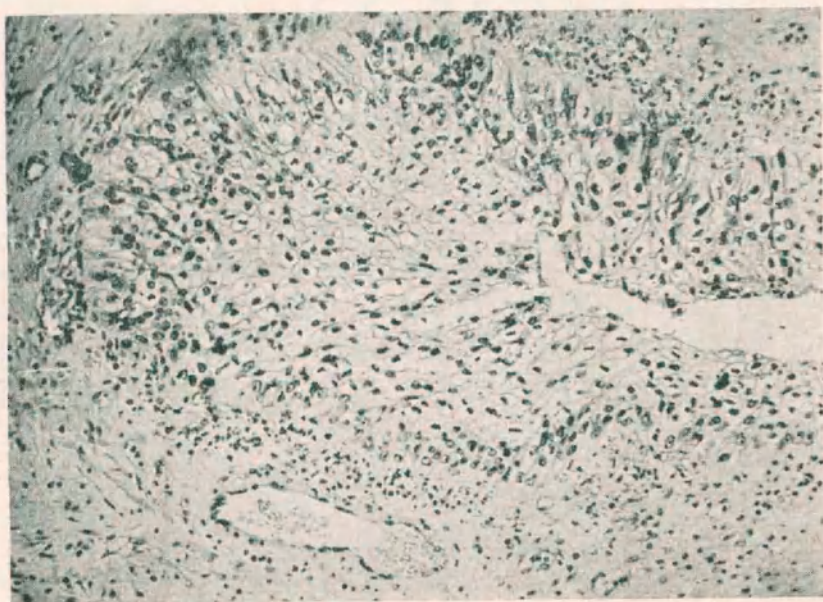


Figura N° 6.

Restos de mucosa de tipo vesical incluidos en la periferia del tumor.  
Coloración: Hemalumbre y eosina. Aumento: 145x (Zeiss, Obj.  
apocr. 10x, Homal I)

por un mecanismo de ingurgitación, comparable en parte a una estrangulación herniaria o hemorroidal.

La segunda fase de la historia clínica, refiérese al post-operatorio tardío (35 días después).

La enferma, dada de alta a los veinticinco días de su operación, concurre al C. E., diez días más tarde, siendo su estado general bueno. Manifiesta que la orina deposita en el fondo del recipiente gran cantidad de pus (?) y dice sentir un poco de dolor en el flanco derecho. Un examen endoscópico muestra: la necesidad de repetidos enjuagues para aclarar el medio; mucosa vesical ligeramente congestiva; trigono con edema; el orificio ureteral izquierdo presenta la misma imagen que en los exámenes anteriores; en la zona correspondiente al meato ure-

teral derecho, hay un grueso grumo de pus, que dificulta su localización; la atonía eyaculatoria de ese meato es absoluta; pero comprimiendo el flanco derecho se ve salir, a nivel de la zona correspondiente al orificio meático, pus denso, cremoso (como de un tubo dentífrico). La purulencia existente en el aparato excretor renal derecho, se interpreta como una infección sobrevenida en un órgano constipado (hidronefrosis). Se logra colocar un catéter delgado, que se deja en permanencia, lavando el riñón frecuentes veces por día, con suero fisiológico.

La paciente, febril ( $38\frac{1}{2}^{\circ}$ ) a su reingreso, se hace apirética una vez reprimida la retención renal.

El catéter, que ha sido bien tolerado durante dos semanas, es retirado; pero la enferma sufre una elevación inmediata de temperatura. Se la drena nuevamente y se explora el riñón del lado izquierdo, con fines quirúrgicos.

Uremia: normal. Valores funcionales de la orina vesical (lado sano): normales. Prueba de índigo-carmín: negativa para el riñón enfermo; de 3' 10" para el riñón sano (izquierdo).

Se interviene el día 18 de agosto, con anestesia general (éter, aparato de Ombrédanne). Incisión de Israel. Rechazado el peritoneo se procede a la liberación de un riñón grande, con perinefritis discreta; "toilette" laboriosa del pedículo; ligadura del mismo sobre clamp; ligadura y sección del uréter dilatado (del tamaño de un dedo pulgar); drenaje de la "loge" renal. Cierre de la pared del modo habitual; crin en la piel.

Post-operatorio excelente; se retiran, el drenaje al quinto día, y los puntos al noveno. En ningún momento ha habido "shock"; curva térmica: ideal. La enferma es dada de alta a las tres semanas.

Seguida la paciente hasta la actualidad, su estado general es inmejorable, sus orinas son límpidas y en la vejiga no hay recidiva.

Esta primera fase de la historia clínica, constituye un accidente raro en materia de tumores de vejiga. Requiere para su producción la existencia de un tumor pedunculado y que el pedúnculo sea lo suficientemente largo como para permitirle encajarse en la uretra y recorrer — en la mujer — los pocos centímetros de este órgano.

Revisando la bibliografía, no hemos encontrado sino dos observaciones semejantes a la nuestra. En una (publicación de Ottow), se trataba de un papiloma pediculado de la vejiga, y en la otra (de Truc), era un mioma pediculado.

El examen anátomo-patológico de nuestro caso, reveló tratarse de un pólipo fibromatoso, como lo demuestra el informe del doctor J. M. Lascano González, que sigue:



Lo sucedido a nuestra enferma en la segunda fase de su historia clínica, es simplemente la infección de una vía excretora constipada, y su mecanismo pudo ser descendente o ascendente. Pero el problema etiológico de la constipación renoureteral derecha, nos sugiere comentarios de interés. En efecto: cuatro mecanismos pueden dar razón de la dilatación hidronefrótica: 1º, una afección congénita; 2º, un proceso adquirido en la edad juvenil, cuyo mecanismo nos escapa; 3º, la implantación del pólipo en la vecindad del orificio ureteral, que ha perturbado la peristáltica, actuando como obstáculo mecánico o como fenómeno inhibitor, y 4º, la distensión del árbol urinario es imputable al acto quirúrgico realizado (ligadura del pedúnculo tumoral).

Comentar estos mecanismos equivale a discutir el problema de la constipación renal, y ello estaría fuera de lugar. Pero sí tenemos argumentos para descartar la relación de causa a efecto entre el accidente inicial y la intervención quirúrgica que le siguió. Expresado ha sido que el primer post-operatorio fué excelente y que en ningún momento la enferma aquejó molestia alguna capaz de hacer sospechar la interrupción de la peristáltica pieloureteral y, además, desde la primera endoscopia se pudo observar la atonía absoluta de la vía excretora renal derecha. Los dolores iniciales y la fiebre de retención, se manifestaron recién cuando la piuria adquirió marcada intensidad.