

Hosp. Rawson, Serv. de Urología,
Jefe: Profesor Dr. B. MARAINI

Por el Doctor
ARMANDO TRABUCCO

CONSIDERACIONES SOBRE UN CASO DE SARCOMA DE VAGINAL EN UN NIÑO DE 5 AÑOS

EN este trabajo relataremos la historia de un niño de 5 años, que se presentó al Servicio de Urología del Hospital Rawson con un tumor endoesrotal cuyas características eran las del seminoma, pero que el estudio anatómopatológico reveló ser un sarcoma con todas las probabilidades de haberse originado en la vaginal del testículo.

Este tipo de tumor, y sobre todo su nacimiento, constituyen una de las rarezas de la patología humana. Los casos relatados en literatura mundial, así como en la argentina, pueden contarse en número muy limitado. No entraremos a hacer consideraciones de fondo y comentarios sobre los casos publicados, puesto que con una sola historia clínica no es posible pretender tener experiencia como para sentar nuestra manera de ver sobre esta clase de tumores que pueden presentar o no síntomas especiales. Por otra parte, el año pasado los doctores Grimaldi y Berardi publicaron un caso de tumor paratesticular cuyo origen posiblemente haya sido la vaginal también, relatando en dicho trabajo los casos y comentarios ya publicados anteriormente, haciendo una síntesis y una revista general de esta clase de neoformaciones. Con este preliminar entraremos directamente en la descripción del caso que nos interesa.

Se trata de J. C. G., de 5 años de edad, argentino. Entra en la sala 13 del Hospital Rawson el 7 de marzo de 1936 y se registra en la Historia Clínica CXXII-14, del Archivo del Servicio.

Los antecedentes hereditarios de este enfermito no revelan nada digno de mención, ni tampoco los antecedentes personales. Niño nacido a término después de un embarazo perfectamente normal, pero de un parto distósico, siendo necesario extraerlo por cesárea abdominal.

Al finalizar su 4^o año de edad tuvo fiebre urliana.

Enfermedad actual: Después de la defervescencia de la fiebra urliana, notó la madre que el pequeñuelo se quejaba de dolor en el testículo izquierdo. Notó además una entumescencia marcada de este testículo que al tocarla despertaba dolores agudos teniendo intranquilo al niño. La madre consultó a un facultativo que, razonando lógicamente, interpreta este proceso como una orquitis urliana sometiendo al niño a reposo y a hielo in situ. Sin embargo, el tamaño de la entumescencia no disminuyó, por el contrario, iba en aumento: del tamaño de un poroto que tenía en un principio, fué adquiriendo el de una habichuela y luego el de una nuez. Desde este momento la tumoración comenzó a invadir al funículo hasta adquirir los caracteres actuales.

Al inquirir a la madre sobre la forma en que se desarrolla el niño, nos revela que el desarrollo somático general del enfermito se mantiene de acuerdo a las reglas generales normales, aumentando bien de peso.

Estado actual: El enfermito se encuentra en buen estado general, con piel húmeda, bien coloreada.

Aparato digestivo: nada de particular.

Aparato circulatorio: nada de particular.

Aparato respiratorio: nada de particular.

Sistema nervioso: nada de particular. No hay fiebre.

Aparato urinario: En cuanto a síntomas subjetivos, el aparato urinario no revela nada de particular en sí. Orinas claras, micción sin modificaciones de proyección ni de frecuencia. No se palpan riñones ni ureteres.

El aparato genital en cambio muestra a la inspección una gran entumescencia del hemiescrotó izquierdo, siendo éste de color rojo violáceo, surcado por algunos vasos bien visibles, indicando un aumento de circulación colateral. Estos vasos cruzan en todo sentido al escroto, pero predominando el transversal; el escroto no muestra sus habituales arrugas estando tirante, presentándose liso y brillante. A la palpación, la piel excursiona libremente sobre la tumoración que se encuentra debajo, no mostrando adherencias en ninguna de sus caras. El pinzamiento de la vaginal así como del epidídimo son negativos. La palpación profunda permite diferenciar una tumoración de tamaño curioso, grande y globulosa por debajo, redondeada y en forma de cono por arriba, pero confundándose en la parte media.

Esta tumoración ocupa todo el escroto y termina francamente al llegar al agujero inguinal externo. Se deja movilizar en sentido transversal, pero se encuentra una cierta resistencia en sentido longitudinal. Es indolora a la palpación profunda. Da una sensación de peso tipo petroso; además a la palpación profunda nos encontramos con un tumor de consistencia muy dura también del tipo petroso. Se practica inmediatamente una diafanoscopia cuyo resultado es negativo. En vista de ello se intenta una punción que resulta también negativa.

Examen radiológico: nada de particular.

Examen de orina: nada de particular.

Entre los exámenes de sangre el recuento de glóbulos rojos arroja una cifra de 4.650.000 G. R. por mm³ y los glóbulos blancos 6.500 por mm³. La

fórmula leucocitaria nos da 58 % de neutrófilos, 9 % monocitos, 33 % linfó-
ticos Hemoglobina 90 %. La reacción de Wassermann y de Kahn son negativas.
Azohemia 0,24%. Marcha de la enfermedad: Con el diagnóstico de tumor de
testículo se resuelve intervenirlo.

Bajo anestesia con éter se traza una incisión en escroto llegando hasta la
ingle. Se inciden los planos y se exterioriza fácilmente la tumoración. Está muy
vascularizada, pero completamente libre de adherencias; se libera hasta límite



Figura 1.

superior, lo que obliga a abrir el conducto inguinal. Se reseca lo más alto posible
tomando 5 cms. de funículo aparentemente sano.

Se reconstruye la pared abdominal, se sutura la piel con crin; no se deja
drenaje.

El post-operatorio perfectamente normal. Cierra su herida por primera
intención. A los 10 días se da de alta enviándolo a un servicio de rayos para
que se practiquen radiaciones profundas en la herida y cadena linfática lum-
bo-aórtica.

Agregaremos inmediatamente el informe anatómopatológico:

Esta pieza presenta un interés excepcional, puesto que el caso había sido
diagnosticado clínicamente como epiteloma de testículo izquierdo y el resultado
ha sido otro.

La descripción macroscópica de esta pieza presenta una comparación difícil en cuanto a forma con los objetos y cosas corrientes que suelen tomarse como base de los tumores del organismo. Sin embargo, su parecido más próximo es al de una pera atípica formada por una parte bulbosa redonda y por una parte superior alargada. Esta parte inferior redonda es francamente procedente hacia adelante en comparación a la de atrás. En la parte media de esta masa tumoral hay una marcada escotadura de regular profundidad, como las que presentan las calabazas en la unión del cuerpo con su cuello. En cuanto

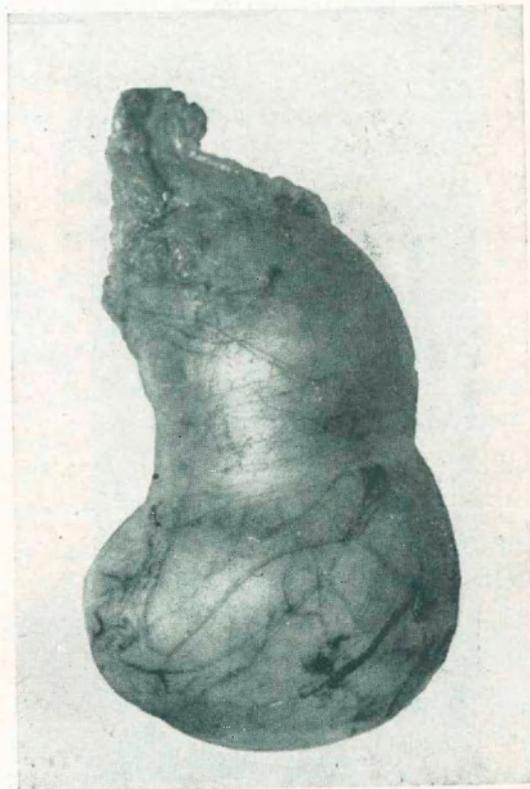


Fig. 2. — El tumor visto por su cara externa.

al tamaño esta tumoración mide 8 cms. de alto por 5 de ancho en su parte inferior y 3 cms. en la parte superior, es decir, en la coniforme. El polo superior termina en un pedículo de 3 a 4 cms. de largo, formado por los elementos del cordón que se hallan perfectamente conservados.

El color de esta tumoración es rosado con tendencia al azul. La superficie lisa, brillante y surcada por una rica red vascular, que la cruza en todo sentido, pero predominando el horizontal. Todos estos vasos parecen confundirse con las venas y arteriolas que forman el cordón.

La consistencia es más bien firme, predominando en toda la extensión del tumor, aunque hay una zona más blanda en la parte posterior de esa base.

Para estudiar el aspecto macroscópico que presenta dicha tumoración en su interior, la dividimos por un corte longitudinal de adelante hacia atrás en

dos partes iguales. Vemos en este momento con sorpresa que la tumoración se limita por arriba, por una delgada capa de tejido conjuntivo que rodea libremente el polo superior hasta la parte mediana de su base, pero de ahí hacia abajo forma cuerpo íntimamente con ella. Esta capa de tejido conjuntivo tiene las características de la vaginal testicular y apoya esta manera de ver, porque los elementos del cordón están íntimamente aplicados al lado externo de ella. Además ante nuestra sorpresa el testículo con su epidídimo se encuentra aplicado a la pared posterior dentro de la cavidad virtual que forma con el tumor y situado más o menos a la altura media de la tumoración.

Este testículo se muestra del tamaño de un poroto, libre por sus dos ca-



Fig. 3. — El tumor visto por su cara interna. Abierta la vaginal puede verse el testículo, atrofiado y achatado contra la masa tumoral.

ras principales, no así por su borde interno que se une a la vaginal mediante el pedículo diferencial y vascular.

Esta capa de tejido que forma la vaginal, por dentro es brillante y no contiene aparentemente líquido. El tumor se encuentra completamente libre por su parte superior dentro de su cavidad virtual. Esta parte libre es de superficie lisa y brillante de color rosado. En la parte posterior media presenta una muesca marcada que corresponde al pequeño testículo situado en la parte posterior. En la parte inferior en cambio está íntimamente adherido a la vaginal siendo imposible su separación. La superficie de corte de dicha tumoración es de color blancuzco rosado uniforme y muestra una trabeculación regular en fibras de todos tamaños. Estas trabéculas terminan en la periferia del tumor en una zona

más transparente y sembrada por trabéculas más pequeñas, tiene consistencia blanduzca y está surcada por pequeñísimas trabéculas que se reparten en su perifería formando dentro del tumor otra pequeña pseudocápsula.

Para el estudio microscópico cortamos varios pequeños trozos, uno que corresponde a la zona libre de la tumoración, otro correspondiente a la zona no desprendible de la vaginal: otro tomando parte de la zona de aspecto mixoide.

Son incluidos en parafina siguiendo las técnicas habituales, cortados y coloreados con hematoxilina-eosina, tricrómicro de Masson a la hematoxilina-fuchsina verde-luz y musí-carmín de Mayer. El retículo lo hemos estudiado con la coloración de Río-Ortega, modificado por Monserrat.

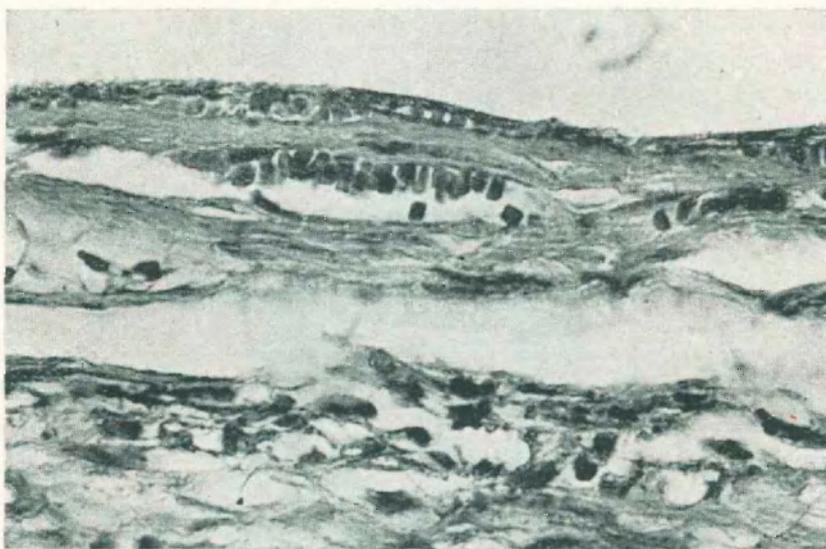


Fig. 4. — Microfotografía. Coloración hematoxilina-fuchsina verde-luz. Puede verse inmediatamente por debajo de algunas fibras conjuntivas de la vaginal, un grupo de células neoplásicas que toman origen en dicho sitio.

Para el detalle histológico, describiremos, a fin de que sea más metódico, en orden sucesivo, estas 3 diferentes clases de cortes.

El taco practicado en la parte libre de la tumoración, es decir, en el polo superior, presenta en la perifería una capa pequeña de fibras conjuntivas, que toman intensamente el verde de la coloración tricrómica, que rodean en toda la extensión a la masa tumoral: esta capa de fibras conjuntivas muy adultas tienen delimitación casi perfecta, pero en cambio en otras zonas manda trabéculas conjuntivas hacia el interior de la masa celular confundiendo al parecer con ella. En otras zonas las células tumorales se entremezclan íntimamente entre estas fibras. Por debajo en algunas partes encontramos vasos arteriales y venosos de gran tamaño. Como dijimos, de esta capa externa parten trabéculas que van a formar el estroma del tumor que estamos examinando. Por debajo de ella y en la parte céntrica este tumor está compuesto por células fusiformes que forman grandes regueros orientados en el mismo sentido, marcando zonas que con-

trastan con las vecinas, según caiga el corte longitudinal o transversal a su eje. Estas células están formadas por un núcleo más bien pequeño, claro en algunas partes, más picnótico en otras, rodeado por protoplasma alargado, filamentoso.

El tejido conjuntivo de sostén tiene en algunas partes un muy discreto infiltrado linfocitario. Cerca de la perifería estas bandas de células fusiformes se entremezclan con las bandas de tejido conjuntivo adulto mostrando en algunas partes una curiosa estratificación. En el interior de esta masa de células existen vasos de todo calibre.

Las preparaciones que corresponden a la parte inferior del tumor, aquella que está íntimamente adherida a la vaginal, muestran, cuando son vistas con el

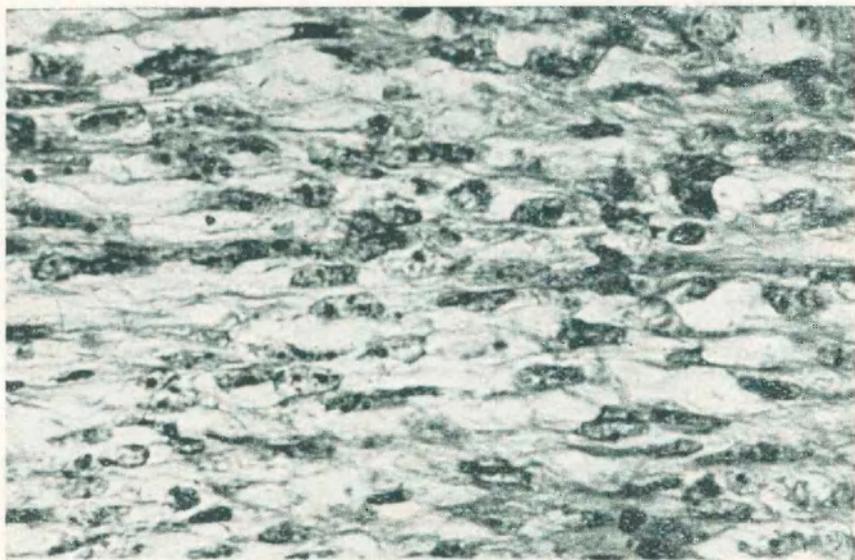


Fig. 5. — Microfotografía. Coloración hematoxilina-eosina. Aspecto sarcomatoso franco, que se observa en el centro del tumor.

tricolor de Masson, una muy interesante disposición que nos permite afirmar que el tumor ha tomado nacimiento en la vaginal misma. En efecto, estos cortes presentan una capa espesa que se tiñe selectivamente con el verde-luz, pero esta capa parietal con fibras adultas tiene entre dichas fibras un infiltrado neoplásico muy marcado que llega hasta el límite mismo con el exterior, estando separado de éste por un simple par de fibrillas conjuntivas. Las células neoplásicas que se sitúan inmediatamente por debajo del borde externo de la vaginal, toman nacimiento en estas mismas filas y pueden verse las distintas etapas de colorabilidad selectiva de estas células neoplásicas.

A medida que nos separamos de la superficie externa el predominio celular es mucho más evidente en detrimento del conectivo, llegando hasta la parte céntrica donde la riqueza celular es mucho mayor, formada por células de núcleo pequeño, más bien claro, fusiforme, agrupadas en manojos, siguiendo una orientación igual de acuerdo a la faja que corresponde.

Es de notar que dentro de este conglomerado celular siempre existen zonas difusas coloreadas en verde que se intercalan dentro de las células dando la impresión de ser el protoplasma de algunas de las células neoplásicas que va adquiriendo el estado adulto.

La 3^a zona es aquella que corresponde a la parte más clara, transparente y blanquizca que hemos descrito en la macroscopía. Los núcleos celulares se encuentran más separados, más caprichosamente dispuestos, no conservan en general la disposición en franjas; son más picnóticos y presentan un protoplasma claro pequenñísimamente esponjoso, vacuolizado, dándole a las células un aspecto más bien estrellado.



Fig. 6. — Microfotografía. Coloración mucicarmín de Mayer. Los protoplasmas celulares de la zona de aspecto mixoide toman moderadamente el carmín.

Coloreamos esta zona con mucicarmín de Mayer pudiendo comprobar que el carmín es retenido en el protoplasma de estos elementos de una manera discreta, acentuando el carácter esponjoso de la célula y evidenciando su protoplasma. La fijación del carmín por otra parte no es pareja, habiendo zonas en que se halla más intenso y zonas en que prácticamente no existe. En la preparación al mucicarmín los elementos conjuntivos están libres de colorantes.

En cuanto a la preparación microscópica que corresponde al testículo, encontramos un órgano con tejido intersticial a predominio conjuntivo. Los conductos seminíferos están formados por células germinales grandes a protoplasma claro con núcleo patológicamente obscuro. Sustentadas estas células por elementos Sertoliano abundante, que todavía no se ha establecido en sincisio, característico por otra parte de los órganos de esta edad.

El tejido intersticial a predominio conjuntivo indica una marcada atrofia del órgano.