

Por el Doctor

ARMANDO TRABUCCO

EPITELIOMA ALANTOIDANO DE VEJIGA

LOS tumores que tienen nacimiento en la pared de la vejiga constituyen la excepción en lo que a neoplasias vesicales se refiere.

Presentamos la siguiente historia clínica:

Enfermedad actual: Acude a nosotros con síntomas urinarios atenuados que datan de 2 meses atrás. Relata la enferma que siente ardores al orinar y cierta pesadez en el periné, teniendo la sensación de cuerpo extraño dentro de la vagina.

Orina cada 4 horas y durante la noche se levanta solamente una vez para evacuar su vejiga. No ha habido hematurias ni ningún otro síntoma urinario digno de mención.

Antecedentes hereditarios y familiares: Relata la enferma que en su familia ha habido varios casos de defunción por neoplasias malignas, pero no puede precisar en qué órganos han tenido origen. Ha tenido 4 hijos, todos sanos. Menarquia a los 13 años, que se viene desarrollando normalmente.

Estado actual: El aspecto físico general es de una persona delgada, de paredes flácidas, de tejido subcutáneo flácido, pálida; dícenos que esa palidez es habitual en ella. No ha rebajado de peso. Es constipada habitual, no cuidándose en ningún momento de regularizar su intestino. Bajo el punto de vista urológico no presenta signos dignos de mención en el aparato urinario superior. La vejiga, en cambio, nos revela un órgano de gran capacidad, pudiéndose hacer entrar 350 grs. de líquido sin necesidad de orinar. No hay retención. La palpación bimanual de la vejiga revela la presencia de una tumoración redonda, movable, de consistencia elástica, no dolorosa. Esta tumoración no tiene aparentemente ninguna relación con los órganos genitales y está colocada por delante del útero.

Genitales: Se palpa un útero ligeramente agrandado y en retroflexión.

Anexos: nada de particular.

Se practica una cistoscopia y nos encontramos con una mucosa vesical aparentemente sana. La pared posterior hace prociencia de una manera muy marcada, formando una tumoración del tamaño de una nuez, sesil, recubierta por la mucosa vesical ligeramente congestionada, y que en algunos puntos revela pólipos inflamatorios.

Uréteres: nada de particular.

Análisis: los análisis de orina nos muestran una orina normal, sin pus.

La *Wassermann* y *Khan* absolutamente negativas.

Las radiografías simples no muestran nada de particular. En cambio, la cistografía nos permite ver una vejiga deformada en su parte superior.

Evacuado el umbrator e inyectado aire, no se perciben tumores que hayan conservado adherida a ellos substancia radioopaca y que nos puedan indicar su relación epitelial.

No hay reflujo vésicorrenal activo ni pasivo.

Marcha de la enfermedad: Anestesia raquídea con novocaina inyectándosele 8 mgrs. disuelta en el líquido céfalorraquídeo.

Se traza una incisión infraumbilical mediana, que va desde el pubis hasta el ombligo, se incide piel, tejido celular subcutáneo y aponeurosis. Se separa pe-

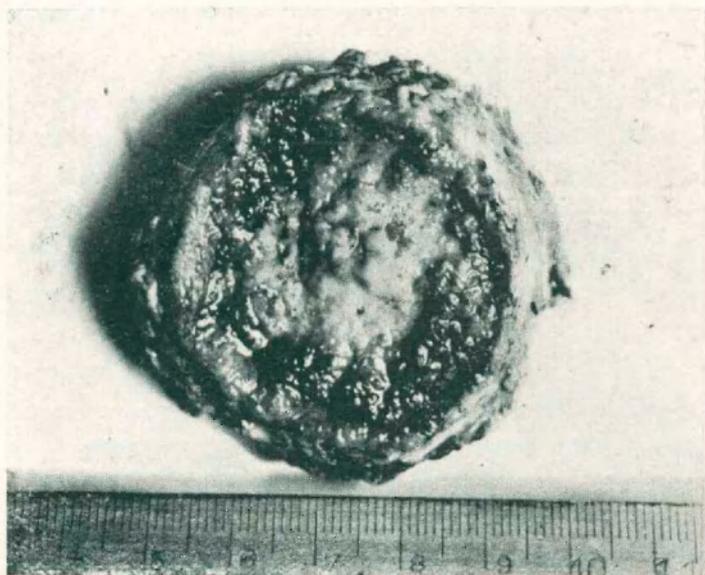


FIG. I. — Imagen macroscópica: lado vesical.

ritoneo abriéndolo entre dos pinzas. Se ven los vasos umbilicales formando dos cordones macizos que se reúnen a la altura del ombligo y partiendo de las paredes laterales de la vejiga.

Se explora anexos útero, encontrándolo ligeramente aumentado de volumen y de aspecto congestivo. Se exploran cuernos uterinos y ovarios, encontrándolos también ligeramente congestionados.

La exploración de la vejiga por vía intraperitoneal nos muestra una tumoración que ocupa la pared vesical íntimamente adherida al peritoneo que tapiza dicha pared.

El tumor se moviliza hacia todos los lados dando la impresión de libertad. En la cavidad abdominal hay una serosidad sanguinolenta que ocupa el fondo de saco de Douglas.

Se trata de separar el peritoneo de la pared posterior de la vejiga, que se consigue mediante dirección a punta roma. Una vez separado el peritoneo, se

sutura éste, cerrando y aislando la cavidad abdominal. Queda de esta manera el tumor vesical y la vejiga libre y desprendida del peritoneo.

Bien defendida la herida con gasa dobladillada, abordamos la vejiga por su cara anterior abriéndola y comprobamos que el tumor se encuentra en pleno espesor de la pared vesical, estando la mucosa prácticamente sana.

Separado el tumor se comienza su resección cortando con tijera la pared vesical a un cm. de la masa tumoral, haciendo esta operación a la izquierda a la derecha y por último en la parte inferior; se extrae de esta manera la mayor parte



FIG. 2. — Imagen fotográfica en donde puede observarse a la mucosa vesical arriba, cara peritoneal, debajo y entre los dos a la pared muscular disgregada y surcada por estrias de células tumorales que se dirigen radialmente.

de la pared vesical. Se ligan los puntos sangrantes y se sutura la pared vesical en una línea imaginaria, que va de arriba a abajo y en una línea media. Se hace una contrasutura invaginando a la anterior. Se deja dentro de la vejiga una sonda. Se coloca drenaje de goma en la pared lateral de la vejiga y otra en el espacio de Retzius.

Se sutura la pared abdominal con puntos de catgut. La piel con crin.

Se prescribe una bolsa de hielo en el vientre, 20 cc. de suero clorurado y 20 cc. de suero glucosado cada 6 horas. Analépticos cada 6 horas.

Anatomía patológica: La pieza extraída tiene forma redonda parecida a un medallón. Consta de una pared anterior, otra posterior y de un borde de 2 cms. de ancho. Tiene aproximadamente 5 cms. $\frac{1}{2}$ de diámetro y 2 de espesor.

La pared anterior está tapizada por la mucosa vesical, que se encuentra granulosa, con formaciones pseudopapilíferas, enrojecida y con numerosos puntos hemorrágicos diseminados en toda su extensión. La pared posterior es de su-

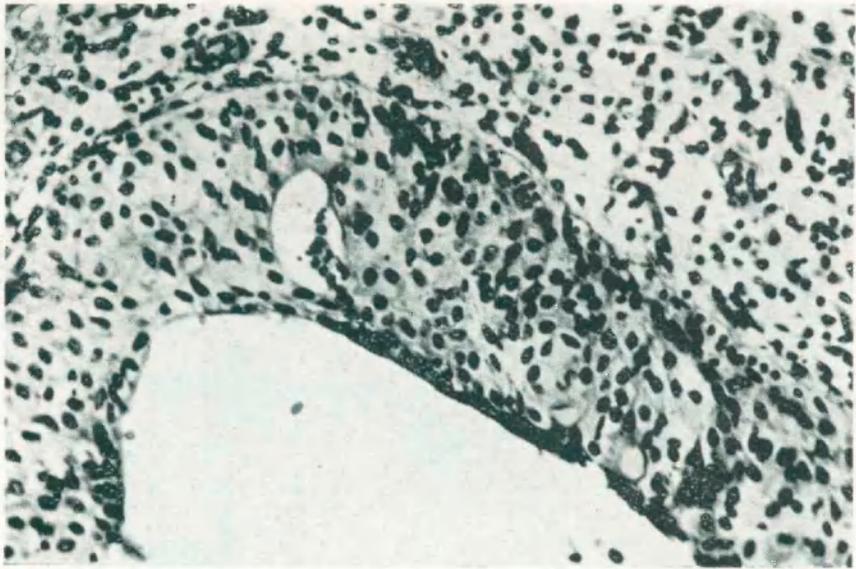


Fig. 3. — Mucosa vesical que tapiza el tumor. Esta se halla prácticamente intacta, salvo un infiltrado submucoso tipo linfocitario.

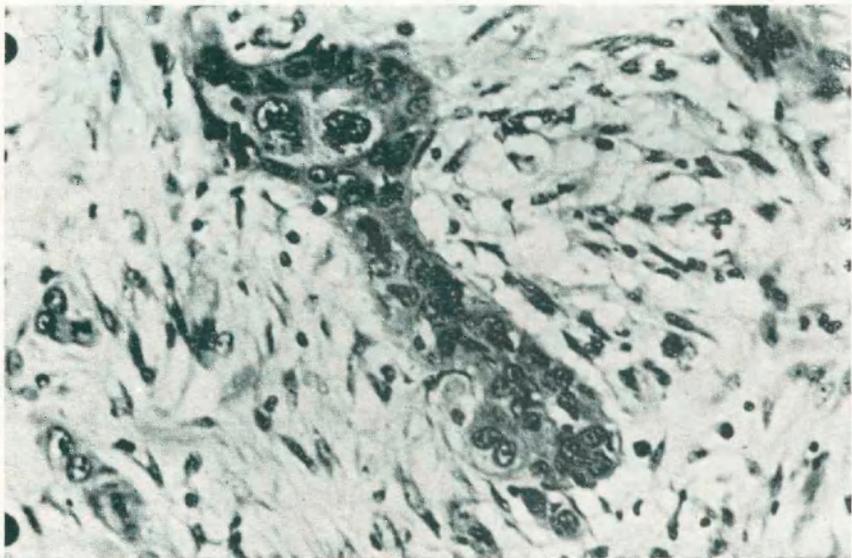


Fig. 4. — Trabécula tumoral en pleno tejido conjuntivo de la pared de la vejiga.

perficie lisa y presenta algunas zonas excavadas, así como algunas pequeñas bridas que revelan su adherencia al peritoneo. El borde externo está formado por una masa irregular que revelan masas conjuntivo-musculares que pertenecían evidentemente a la pared vesical.

Se traza una incisión por su parte media de manera a dividir este tumor en dos partes iguales. Durante el corte se puede percibir una sensación particular, parecida a la que da el útero cuando es cortado.

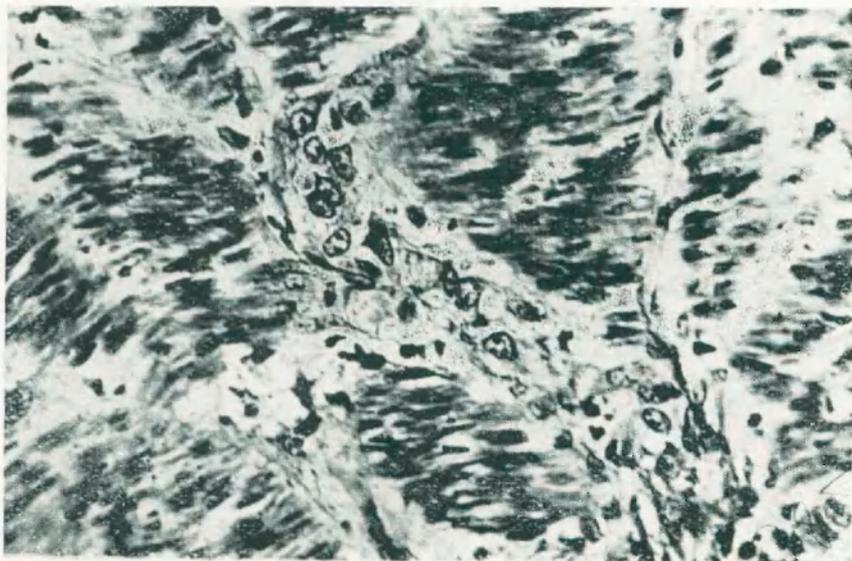


Fig. 5. — Células epiteliomatosas que disocian los elementos musculares de la vejiga.

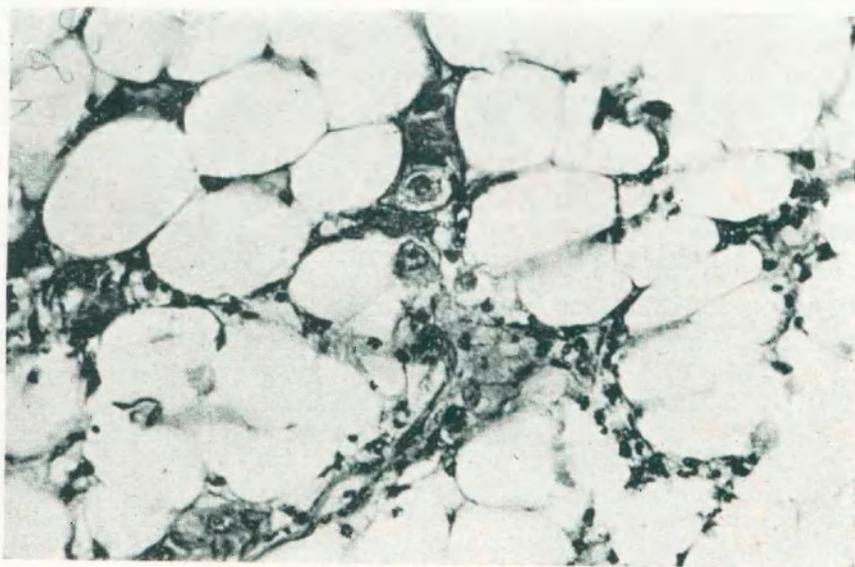


Fig. 6. — Grasa situada en la cara peritoneal de la vejiga, con una trabécula neoplásica en el centro.

La superficie del corte es de color blanco y está surcada por numerosas estrías fibrilares, que van de arriba hacia abajo. La consistencia es firme en sus bordes, pero blanduzca en su parte central, en donde podemos encontrar un pequeño foco hemorrágico.

Para el estudio microscópico se han hecho una serie de tacos de distintas partes de esta tumoración. Para su fijación, deshidratación y montaje se han empleado las técnicas habituales. En cuanto a la coloración hemos elegido la hematoxilina-eosina, el tricrómico de Masson y el mucí-carmin de Mayer. Los cortes coloreados con hematoxilina-eosina nos revelan de inmediato una serie de lesiones del tipo inflamatoria, situadas en la submucosa, caracterizados por la abundancia de linfocitos y células plasmáticas, habiendo también una reacción linfocitaria discreta con gran reacción mucosa y hemorragia en algunos otros puntos. Esta infiltración inflamatoria crónica llega a formar pequeños folículos, algunos abiertos en la superficie mucosa.

El epitelio vesical por otra parte, en las zonas en donde la infiltración no está muy acentuada, se presenta con caracteres normales, aunque ligeramente espesado. En las zonas donde mayor es la inflamación, hay verdaderas caídas de epitelio formando pequeñas úlceras, cuya base está constituida por el corión.

Aparte de estas lesiones inflamatorias, podemos observar numerosos grupos celulares caprichosamente dispuestos, que comienzan en la submucosa y se dirigen radialmente hacia atrás. Estos conglomerados celulares están formados por células epiteliales poligonales con núcleo claro, desigual tanto en tamaño como en forma, con una membrana perinuclear bien nítida con cromatina radial en algunas células nucléolos acidófilos en número de 1 o 2; hay también otras células con nucléolos más intensamente teñidos, de aspecto al parecer basófilo. El protoplasma de estas células está teñido discretamente con la eosina, siendo un tanto claro: es de tipo ligeramente esponjoso, llegando en algunas células hasta a ser homogéneo. Llama la atención especialmente que estos conglomerados celulares se dirigen desde la mucosa hacia atrás en forma trabecular, uniéndose algunas veces entre sí, pero en general a manera de rayos.

Con la coloración selectiva de hematoxilina-fuchsina y verde-luz podemos observar un evidente predominio neoplásico inmediatamente situado debajo de la mucosa. Estas trabéculas neoplásicas se encuentran disociando todos los elementos nobles encontrándose entre los haces musculares de la vejiga, disociando el tejido conjuntivo, provocando gran reacción en él, llegando hasta producir una

espesa capa de tejido conjuntivo puro cerca de la cara peritoneal del tumor.

A medida que nos acercamos a esta última cara, las trabéculas se van adelgazando disociándose hasta encontrarse en repetidas zonas una o más células aisladas. Encuéntranse también elementos iguales a los del descrito en el tejido conjuntivo grasoso próximo a la cara peritoneal.

El mucí-carmin nos permite reconocer una particular afinidad del protoplasma de estas células hacia la mucina, afinidad no generalizada y al parecer limitada hacia ciertos elementos que, por su núcleo y por el tamaño de su protoplasma, parecerían ser menos evolucionados.

Las numerosas mitosis presentes en este tumor así como la difusión de las células, nos hacen hacer un pronóstico maligno.

Como vemos, el presente caso, cuya cistoscopia nos reveló la presencia de un tumor vesical con reacción inflamatoria discreta y sin manifestación epitelial, tampoco de ninguna especie, nos inclina a pensar en el primer momento que se pudiera tratar de un tumor de órganos vecinos que hiciera procidencia en vejiga, y que se manifiesta de dicha manera. Pensamos en útero, en anexos, en ovario, etc. Pudimos descartar útero, puesto que la tumoración que se palpa por delante de él no tiene ninguna adherencia a la matriz, que se halla por otra parte en retroflexión. Nos quedaba la duda de que pudiera ser alguna tumoración de anexos, que se hubiese colocado por delante del útero y que hubiese tomado relación con vejiga. Podrían haber sido tumores inflamatorios de origen intestinal y que, por una causa cualquiera, hubiesen tomado relación con la pared vesical adhiriéndose a ella, y de esta manera deducir la presencia del tumor. También descartamos esta posibilidad, puesto que cuando un tumor se origina en el intestino, se palpa bien, sobre todo en un vientre flácido; además si se hubiese tratado de un tumor intestinal, con el tamaño que tiene y con la procidencia intravesical que manifiesta, se debería haber abierto provocando pus y neumaturias, cosas que no ha tenido nuestro caso.

Nos quedaba por pensar en un tumor de pared vesical, probablemente conjuntivo, que se hubiese desarrollado empujando la mu-

cosa vesical. Con este diagnóstico llevamos a la enferma a la mesa de operaciones.

Debemos recalcar que el primer tiempo de esta intervención fué una laparotomía exploradora. La creímos de necesidad, para eludir las dudas que la exploración semiológica de los anexos nos hubiera dejado. Dicha laparotomía tuvo también por fin el comprobar la existencia del tumor vesical, que se hallaba situado en la zona peritoneal de la vejiga, lo cual nos permitió el desprendimiento del peritoneo vesical, la oclusión de la cavidad peritoneal antes de abrir la vejiga, lo que nos permitió hacer una resección de vejiga extra-peritoneal y salvarnos de la consecuente preocupación de un peritoneo abierto durante la maniobra de resección de la pared vesical. El futuro de esta enferma no podemos asegurarlo y aunque le aconsejamos la radioterapia profunda, recién podremos tener el resultado dentro de 2 años, lapso de tiempo que creemos prudencial para descartar toda recidiva originaria de este tumor.

Como se habrá visto en la descripción macroscópica y microscópica, sintomatología y radiografías, este tumor no es un tumor epitelial común, que podamos englobarlo en la clase de tumores típicos de la vejiga. Es un tumor no papilífero, con mucosa vesical que lo tapiza en toda su extensión, siendo la parte enferma exclusivamente, al parecer, inflamatoria; fácil, por otra parte, de comprender que se establezca una inflamación en una mucosa como la vesical, habiendo una zona irritativa inmediatamente debajo. La situación de un tumor epitelial en la pared postero-superior de la vejiga nos debe hacer pensar en un tumor de origen embrionario por persistencia latente de células no evolucionadas. Las células que encontramos en este tumor nos hacen recordar mucho a las células que tapizan la alantoídes y a la cloaca embrionaria. Estas también son células a núcleo claro, con una membrana perinuclear bien nítida, con nucléolos eosinófilos, con protoplasma que toma la eosina, finamente granuloso y con una ligera afinidad hacia el carmín, por esta razón y en vista de su situación y de la persistencia de los cordones venosos de las venas umbilicales que hemos encontrado en la intervención, nos animamos a rotularlo como epiteloma alantoideano de vejiga.