

HEMOANGIO FIBROMA DE VEJIGA

Por los Dres. J. L. MONSERRAT y L. REBAUDI

Traemos hoy a la consideración de ustedes, el caso de un tumor cuyas características clínicas y anatómo patológicas nos han parecido interesantes tanto como para justificar su publicación.

Se trata de un enfermo joven sin antecedentes, con las características sintomatológicas del cuerpo extraño vesical, tanto que nos indujo antes de su examen urológico a un diagnóstico de presunción equivocada.

La localización del tumor en la parte media del trigono, no dando síntomas disúricos y produciendo sólo la detención del chorro urinario en el momento en que por su volumen puede hacer los efectos de válvulas; la característica cistoscópica de tumor liso pediculado y su constitución anatómo patológica, son las que le confieren un interés especial.

Hospital Teodoro Alvarez. Sala VIII. Servicio del Dr. Pedro Wallace. Cama 29. L. IV. 1942. Pág. 125.

N. N., 36 años, albañil.

A. H.: Sin importancia. (Padre fallece de adenoma de próstata).

A. P.: Enfermedades de la infancia. Difteria a los 29 años. Niega venéreas.

Enfermedad actual: Comienza hace aproximadamente un año por la interrupción brusca e indolora de la micción. Poco a poco este síntoma se repite con más frecuencia, siendo entonces acompañado de dolor en el glándula. No tuvo nunca retención completa. No hay disuria ni aún disuria de comienzo. No hubo hematurias. No eliminó nunca cálculos.

Hace 5 meses consulta a un médico, el cual le receta Mictasol y Rubiasol, mejorando momentáneamente para aparecer luego los síntomas con la misma intensidad.

Hace 10 días consulta a otro facultativo, el cual lo envía a este servicio.

Con fuertes deseos de orinar y en retención se practica una cistoscopia la cual resulta difícil por el sufrimiento del enfermo. De este examen se sacan las siguientes conclusiones: vejiga de escasa capacidad, en columnas. El enfermo hace fuerza, se orina y en ese momento se ven dos tumores que se proyectan sobre la óptica. Estos tumores parecen asentar en el trigono o por encima de él, su mucosa es lisa no ulcerada y no se alcanzan a ver varicosidades. No se visualizan los ureteres.

En estas condiciones el enfermo es internado.

Estado actual: Cabeza, cuello y tórax normales. Corazón y pulmones normales. Abdomen normal. Hígado dentro de sus límites, bazo no se palpa.

Aparato urogenital: Se palpa riñón derecho grande no doloroso, izquierdo normal. El resto del examen es normal.

Ingresado al hospital, tiene una retención aguda, hecho por el cual se le coloca una sonda a permanencia, aparece entonces por primera vez *hematuria* que persiste.

28 agosto: Con el tubo del cistoureteroscopio se evacúan coágulos y se efectúa una cistoscopia con la que se comprueba lo siguiente: capacidad disminuida, se observa un gran tumor cuya zona de implantación es difícil de apreciar, es por otra parte de superficie lisa sin vari-

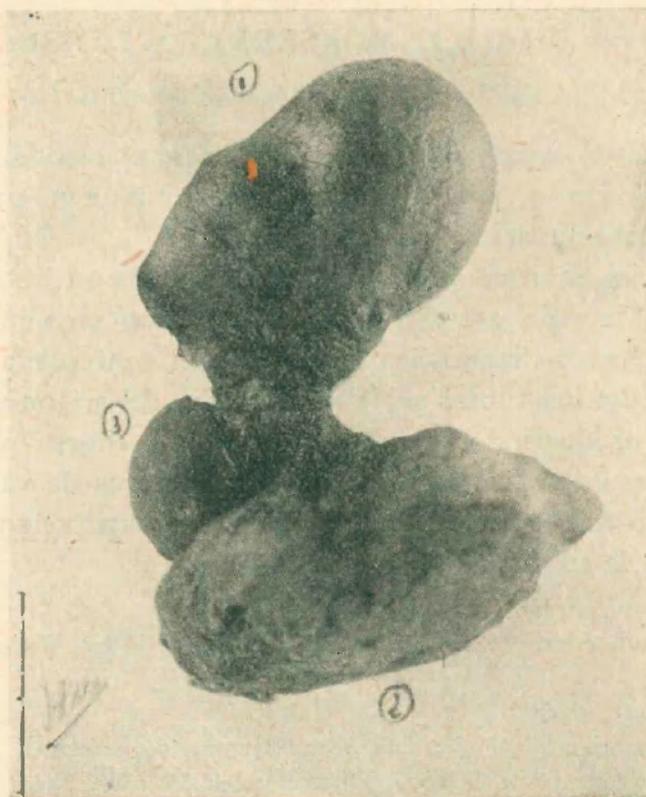


Fig. I. — Negativo N° 1925.

Aspecto de la tumoración mostrando las 3 lobulaciones que la forman.

cosidades y por la forma de proyectarse se deduce que es el que hace de válvula y tapona al cuello, éste es aparentemente normal y no se aprecia adenoma de próstata.

Tacto de próstata: se palpa el órgano normal, por encima el bajo fondo vesical está ocupado.

Radiografía de árbol urinario superior negativa.

Se coloca una sonda Pezzer el día 28 por la noche, evacuando abundante cantidad de orina sanguinolenta y para cohibir la hemorragia se efectúa un lavado con solución de antipirina caliente, pero dos horas después es necesario eliminar la sonda porque se tapa con coágulos.

El día 29 por la mañana se evacúan coágulos con el tubo de cistoscopio, quedando

el enfermo tranquilo. Se indica Coaguleno, bebida de cloruro de calcio y bolsa de hielo sobre región vesical.

Por la tarde la hematuria continúa y con 120 pulsaciones por minuto y ligera hipotensión se resuelve la operación.

Cirujano Dr. Rebaudi, ayudante.

Anestesia General.

Operación Talla vesical hipogástrica; al incidir la pared vesical salen abundantes coá-

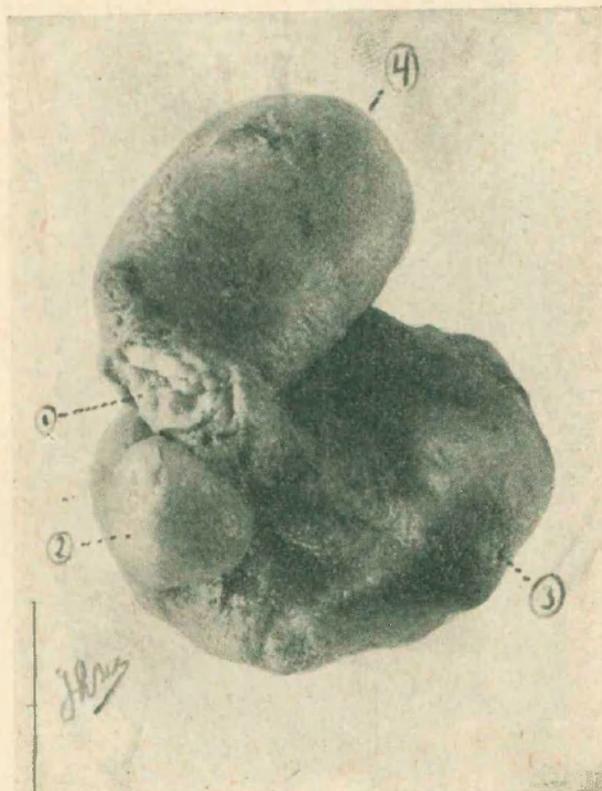


Fig. 2. — Negativo N° 1927.

Otro aspecto de la tumoración. 1) Zona del pedículo de implantación; 2) Nódulo pequeño; 3) Nódulo con zona ulcerada y hemorrágica; 4) Nódulo de superficie lisa.

gulos, se coloca el separador de vejiga y hace prociencia un gran tumor constituido por tres lóbulos, dos grandes y uno pequeño, uno de ellos está ulcerado. El tamaño total del tumor es el de una mandarina pequeña y es muy movable. El resto no ulcerado con mucosa lisa vascular.

Al tacto: la neoformación es elástica y uno de los lóbulos parece contener líquido.

El tumor tiene un pedículo del grosor de un lápiz, el que asienta en la parte media del trigono entre ambos uréteres.

La neoformación es traccionada y después de ligar el pedículo en su base se le secciona

y por tres puntos de vejiga se disminuye la superficie cruenta de la misma. Se coloca drenaje vesical.

500 cc. de suero fisiológico subcutáneo, suero glucosado hipertónico al 25 por ciento, 20 cc. por vía endovenosa.

Postoperatorio normal.

Alta a los 15 días.

El enfermo ha sido visto dos meses después con vejiga cicatrizada.

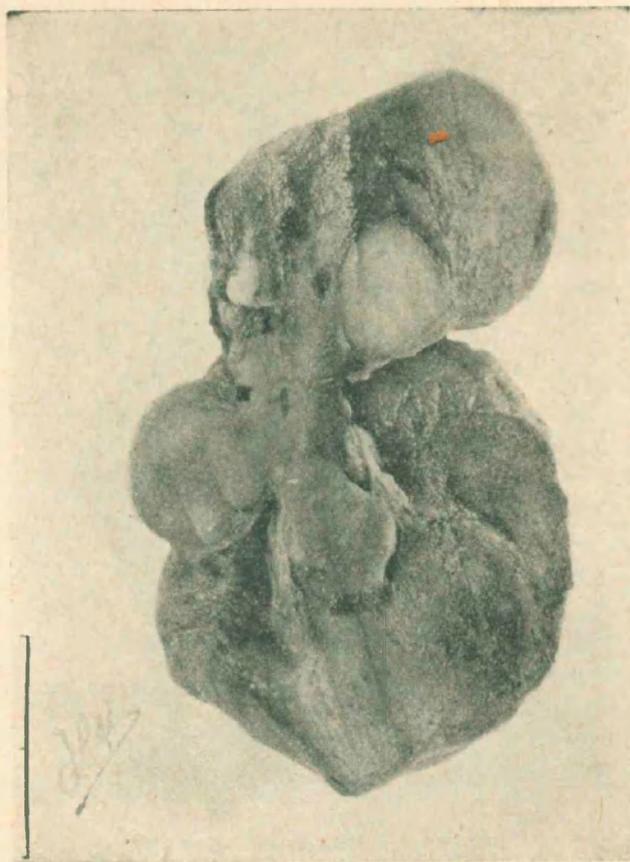


Fig. 3. — Negativo N° 1926.

Corte medio, mostrando la confluencia y presión de las lobulaciones en la zona del pedículo (1).

MACROSCOPIA.

El tumor se presenta como una neoformación trilobulada, en la cual 2 de los lóbulos tienen cada uno una medida aproximada de 4 y 1/2 cms. x 3 1/2 cms. en sus ejes mayores; la tercera lobulación es redondeada, midiendo 2 cms. aproximadamente (Figs. 1 y 2)

Estos tres lóbulos se reúnen para formar la zona de implantación del tumor.

La superficie es lisa, brillante, húmeda, de coloración rojiza.

La consistencia es blanda, elástica.

Practicando un corte medio (Fig. N° 3) se observa en la zona de fusión de los lóbulos un tejido compacto, duro, blancogrisáceo y por fuera de estos núcleos el tejido es esponjoso, jugoso, rojizo y de menor consistencia.

TECNICA HISTOLOGICA.

Inclusión en parafina y coloración de los cortes con: Hemalumbre-entosina; Mallory; Tricomicos de Masson; Mucicarmin, impregnaciones argénticas al carbonato de plata (Río Hortega).

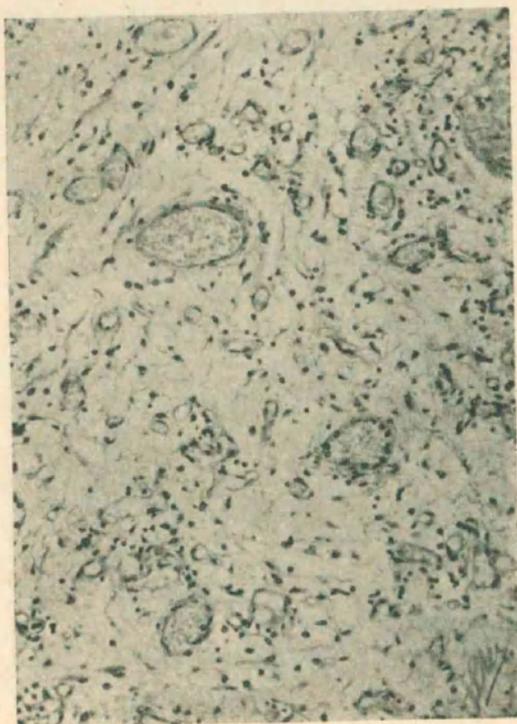


Fig. 4. — Negativo N° 2197.

Con aumento mediano se observa la riqueza de formaciones vasculares de mediano y de muy pequeño tamaño.

MICROSCOPIA.

La observación panorámica de los preparados demuestra que se trata de una proliferación con caracteres aproximadamente semejantes en todos los campos.

En la superficie se observa una mucosa adelgazada, en parte ulcerada, con ligera infección sobreañadida.

Por debajo un tejido laxo y más profundamente un crecimiento tisural formado por colágeno en mallas laxas, células con múltiples prolongaciones y numerosos vasos sanguíneos de neoformación.

Este carácter se repite en todos los campos variando ligeramente la proporción entre sus componentes.

Zonas hay en que la abundancia del edema intersticial al disociar a los elementos celu-

lares le confiere un aspecto de células mixomatosas, y en otras en cambio la densidad y homogeneización da un carácter de colágeno hialinizado.

Esta última eventualidad es la que se observa sobre todo en los núcleos de la zona de implantación.

Las coloraciones electivas nos muestran que la red colágena y reticulínica, es de mallas laxas, destacándose su vinculación con los numerosos vasos sanguíneos de neoformación.

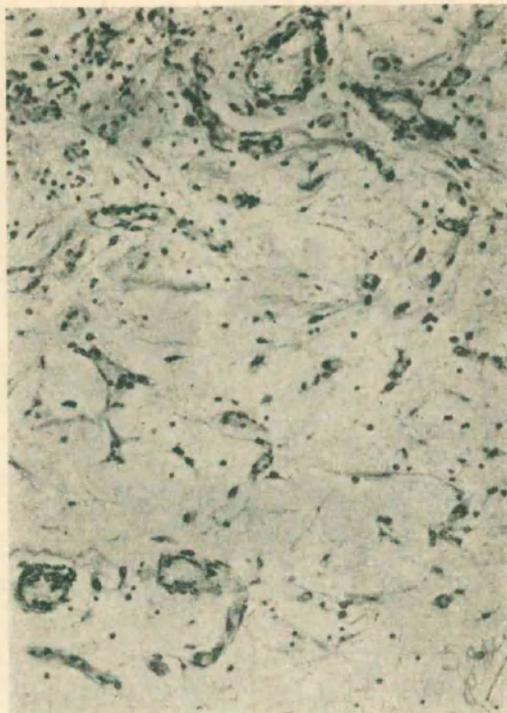


Fig. 5. — Negativo N° 2196.

Otro aspecto del tumor con vasos capilares pequeños y edema intercelular que da al tejido una apariencia de mixomatoso.

El estudio de la bibliografía médica nos demuestra la extrema rareza de estas formaciones tumorales.

En nuestra sociedad es ésta el primer aporte de esta variedad oncológica, de la cual reunieron Hymy y Silberblatt en 1941, 20 casos hasta entonces publicados.

La información bibliográfica condice con nuestra experiencia, por cuanto si nos referimos a las necropsias realizadas en el Instituto "Télemaco Susini", que dirige el Prof. P. I. Elizaide, en el período 1900-1941, se realizaron: 23.000 autopsias, encontrándose que sobre un total de 10.888 necropsias por blastomas, 32 casos correspondían a tumores vesicales, pero no se identifica ninguno de la variedad angiomatosa.

En el Servicio de Patología del Hospital Español, sobre un total de 72 tumores estudiados histológicamente en el período 1930-1943, se identifican de la serie mesenquimática 5 casos (7 por ciento mesenquimáticos 93 por ciento epiteliales).

Los tumores mesenquimáticos se clasifican de la siguiente manera: 2 de la serie muscular, publicados en colaboración con los doctores Astraldi y Gar-

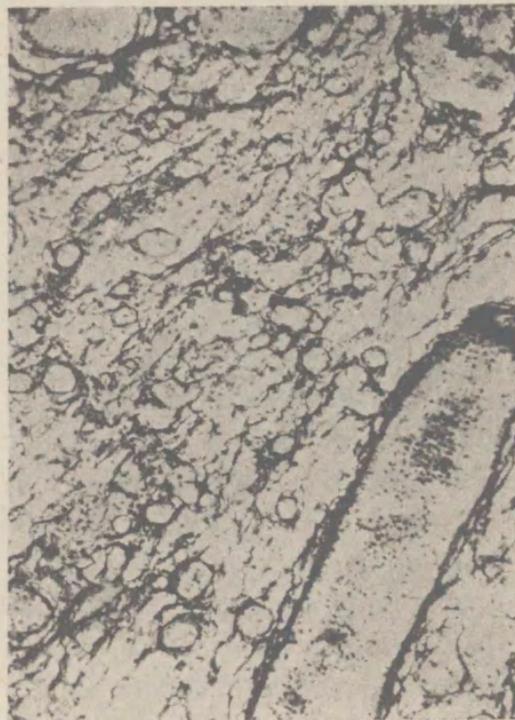


Fig. 6. — Negativo N° 2194.

Impregnación argéntica con carbonato de plata, que muestra la distribución del retículo.

cía, 2 de la serie vascular; uno el de la comunicación actual, y otro de la variedad cavernosa, inédita aún, estudiado por A. García. Y finalmente un fibromioma, que será objeto de una próxima comunicación.

La descripción histológica, demuestra claramente el tipo predominante vascular, sobre la fibromatosa, por ello la denominación adoptada.

El tipo celular, y su modalidad de crecimiento es lo suficientemente característico para asignarle un carácter de benignidad, derivándose toda su exteriorización clínica de su ubicación y de los fenómenos obstructivos ya señalados.

Pero ajeno a su mismo calificativo de benignidad histológica, es de considerar que en estos tumores, el crecimiento progresivo, la fácil posibilidad de

ulcerarse ya espontáneamente, ya como consecuencia de ultrajes endovesicales, exponen al portador al peligro de hemorragias de tan extrema gravedad que pueden ser causa de muerte inmediata.

De lo que antecede surge la indicación operatoria destacando que en la casuística reunida por Hyams y Silberbiatt de los 17 casos intervenidos, 7 son cauterizados, de los cuales curan 3 casos. De uno no se hace referencias. De los tres restantes dos fallecen, uno por hemorragias profusas y el otro fallece sin referencia de causas.

Los 10 restantes son operados: de tres de los cuales no se hace referencia; los siete restantes curan.

DISCUSIÓN

Dr. Mathis. — Quiero referir un caso que por el hecho de no tener el control anatomopatológico no fué motivo de publicación.

Se trataba de un enfermo que nos llegó con una estrechez filiforme de uretra; a raíz de ello le hicimos una uretrotomía interna. Contrariando el concepto común de que la uretrotomía interna era una operación de cirugía menor, en cuanto se hizo la uretrotomía por un médico que recién empezaba a hacer urología a quien se le dejó la parte final de colocar la sonda, empezó a salir sangre rutilante del mismo modo que si se hubiera colocado la sonda en un vaso. Se hicieron lavajes, etc., con lo que no se consiguió yugular la hemorragia, lo que obligó a hacer una talla de urgencia. Abierta la vejiga y puesto un separador a pesar de la gran hemorragia que se producía conseguimos ver de lo que se trataba. La guillotina del uretrótomo había cortado por el medio un tumor con todas las características macroscópicas del angioma. La urgencia del caso pensando en la vida del enfermo, nos hizo olvidar el sacar un trozo para hacer el examen anatomopatológico, pero todos los caracteres eran de un angioma de vejiga, corroborando precisamente lo que acaba de decir el Dr. Rebaudi sobre la importancia de las hemorragias. Se trataba de una hemorragia, que si no hubiéramos estado en un lugar adecuado, disponiendo de todos los instrumentos necesarios, ese enfermo seguramente hubiera tenido un mal fin.

Dr. Rebaudi. — Agradezco la contribución del Dr. Mathis.