

MIXOSARCOMA DE VEJIGA

Por los Dres. A. TRABUCCO, F. MARQUEZ y B. OTAMENDI

Traemos ante ustedes un caso de mixosarcoma de vejiga que por su presentación y complicaciones merece ser relatado.

El día 3-VI-1950 concurre al consultorio externo de nuestro servicio E. H., de 58 años, alemán, de profesión jardinero, que ha sido sondado en la guardia a causa de una retención completa de orina.

Interrogado, dice que desde hace dos meses presenta disuria inicial que se intensifica en breve plazo de tiempo hasta llegar a la retención completa, sonándose el mismo enfermo para conseguir evacuar su vejiga.

A los 12 días de practicar estos sondajes presenta temperatura, olor fétido en la orina, eliminando pequeños trozos de tejido necrosados.

El estado general decae rápidamente por lo cual resuelve concurrir a un hospital.

Entre sus antecedentes solamente merece citarse una uretritis tratada irregularmente hace 25 años.

Estado actual. — El enfermo se presenta disneico, semiobnubilado con fuliginosidades bucales tinte subictérico en la piel y mucosas. Piel seca sin elasticidad y con descamación furfurácea, lengua seca y descamada, pulso 150 por minuto, con irregularidades en el ritmo. Presión arterial Mx. 9, mn. 4.

El examen del abdomen revela una tumoración de forma ovoidea que ocupa todo el hipogastrio y parte de la fosa ilíaca izquierda hasta un través de dedo de una horizontal que pasa por el ombligo, indolora irregular de consistencia elástica y fuertemente adherida hacia abajo, mate a la percusión. Los riñones no se palpan.

Sondado nuevamente en nuestro servicio se extrae orina turbia lechosa de olor fétido, obstruyéndose a intervalos por grumos gruesos.

El tacto rectal nos muestra una próstata del tamaño de una castaña, no dolorosa; la mucosa rectal desliza sobre ella con bordes laterales netos, pero el borde superior se continúa con

una gran tumoración que no se puede delimitar que hace contacto con sacro, renitente indolora y cuya compresión da salida a orina por la uretra.

Se procede a la internación del enfermo y hacer un tratamiento con penicilina a altas dosis, suero glucosado, suero clorurado, plasma, etc., dejándosele una sonda en permanencia.

Se practica una uretrrocistografía con yoduro al 6%.

En la de frente nos muestra que la uretra se llena en forma total, no mostrando desviaciones ni estenosis en su parte anterior. La substancia opaca no bien entra en la parte posterior se desvia en su trayecto hacia la izquierda en forma muy marcada. A la altura de la rama horizontal del pubis en el lado izquierdo parecería verse el cuello de la vejiga porque justamente en ese punto se abren 2 vías de entrada del líquido opaco a forma semilunar, una a la derecha pequeña y filiforme y otra a la izquierda que simularía la continuación de la uretra.

El líquido que llega a la vejiga se desparrama en forma muy irregular, alcanzando la

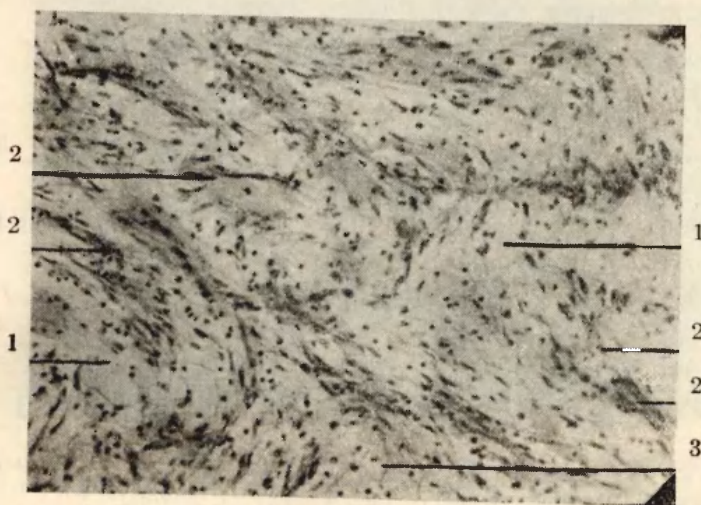


FIG. 1. — Vista panorámica. En ella se observa en (1) formación netamente conjuntiva con abundante substancia intercelular. En (2), células conjuntivas que adoptan distinta forma. (3), célula globulosa en mitosis atípica.

vejiga el tamaño aparente de una cabeza de feto, siendo el borde izquierdo hasta la línea media por arriba del contorno más bien regular, en cambio el borde derecho se marca sumamente irregular, desflecado, pudiéndose observar substancia opaca en zonas que parecerían extravesicales.

La substancia opaca se distribuye en el interior del órgano en forma muy irregular, acusando grandes lagunas de forma redondeadas unas, oblongas otras.

La radiografía de perfil nos permite comprobar que el sitio que habíamos calculado que se insinúa en el cuello es efectivamente exacto y que la difusión de la substancia opaca hacia abajo no se hace por la pared posterior sino por la pared lateral derecha. Con respecto a los otros elementos se representan de manera igual a la de frente.

Los análisis indican una disminución de glóbulos rojos: 3.000.000, y un aumento de los blancos: 60.000.

La fórmula leucocitaria es la siguiente: neutrófilos 96%, monocitos 2%, linfocitos 2%, hemoglobina 50%, valor globular 0.83.

Presenta el enfermo una azohemia de 1.50 gr. por mil y una glucemia de 1.50 gr. por mil.

La eritrosedimentación era de 138 mm. y 155 mm.

Luego del tratamiento ya indicado y habiendo mejorado el estado general del enfermo se procede hacer una laparotomía exploradora.

Incisión mediana infraumbilical. Abierta pared y músculo se localiza vejiga, que llega hasta por arriba del ombligo de consistencia dura, poco elástica, muy irrigada, con grandes troncos venosos que la surcan.

Se disea la pared lateral derecha, encontrándose con un espacio de Bogros con necrosis y pus abundante, poco defendido.

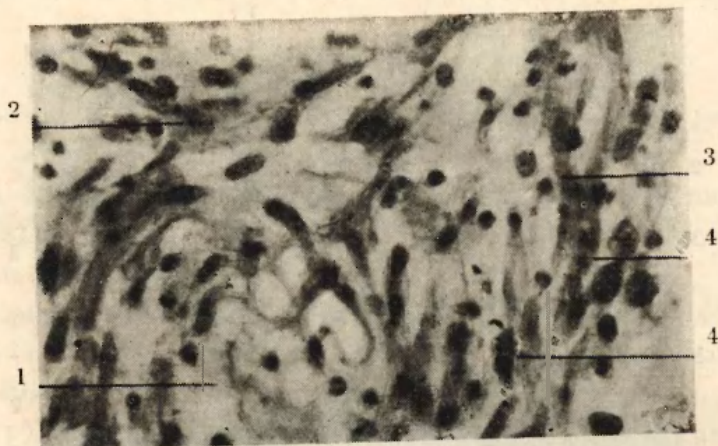


FIG. 2. — Mixosarcoma. Vista a mayor aumento: 1. Substancia intercelular muy abundante. 2. Célula conjuntiva globulosa. 3. Alargada o fusiforme. 4. Dos mitosis atípicas.

Se punza vejiga no pudiéndose extraer líquido. Se incinde la pared vesical, la que se encuentra engrosada, hallándose en su interior, grandes masas de tejido elastico compacto que se extraen como si fueran gelatina. Se sacan además 2 cálculos del tamaño de un huevo de gallina cada uno.

Pericistitis en todo alrededor de la vejiga.

Se coloca una sonda Pezzer acodada N° 34 y se sutura la vejiga en un solo plano. Cierra de la aponeurosis con puntos separados de catgut cromado N° 2, celular con catgut simple piel con algodón.

Se indica antibióticos, plasma, sueros, etc.

La diuresis durante los tres días del post-operatorio osciló entre 1500 a 2000 cc. pero con una densidad que varía entre 1004 a 1006.

Al cuarto día entra en coma y al quinto día fallece.

Practicada la necropsia se observa una vejiga del tamaño de una pelota de foot-ball N° 4 con un absceso perivesical. Las paredes de la vejiga tienen 4 a 5 cms. de espesor, con gran cantidad de fibrina adherentes a las mismas.

El contenido de la vejiga estaba formado por grandes masas de un tejido blanduzco de color rosado de superficie opaca adherido a las paredes vesicales sobre todo en la posterior y lateral derecha. Si bien se podía desprender fácilmente y extraer desgarrándolo en la zona media vesical, al llegar a las paredes donde tomaba contacto se pudo observar que dicho tumor era de nacimiento netamente vesical confundiendo con las paredes del órgano.

Microscopia. — El estudio microscópico practicado con los métodos habituales nos revela un tumor de origen conjuntivo con células alargadas anfractuosas de núcleos también alargados pero a forma irregular. La picnosis también se encuentra en forma irregular, así como el tamaño que es muy desigual.

Llama la atención que los protoplasmas celulares se encuentran algunas veces como vacuolados, separados en forma irregular a los núcleos de las células que lo forman.



FIG 3. — Mixosarcoma. Mucicarmin de Mayer. 1. Substancia intercelular que adopta una disposición reticular por el colorante. 2. Murina. 3. Células conjuntivas atípicas. 4. Mitosis.

Con respecto a su arquitectura general adopta al parecer el tipo fibrilar mesenquimatoso. Puede observarse pocos vasos y muy pocos capilares. En las masas estudiadas no existe mayor infiltración leucocitaria salvo en la zona que está en contacto con la parte supurada pericistítica.

Las coloraciones especiales hechas con mucicarmin revela la presencia de colorante dentro de las cavidades vacuoladas de las células descriptas anteriormente.

Diagnóstico anatomopatológico. — Mixosarcoma de vejiga con pericistitis necrótica en el lado derecho, pielonefritis doble ascendente.

CONSIDERACIONES

Las consideraciones de este caso pueden tomar distintos aspectos. Por de pronto el diagnóstico con que se llevó el enfermo a la mesa de operaciones si bien aparentemente erróneo con respecto a la etiología fué exacto con respecto a la terapéutica.

Se supuso en un principio que se estaba en presencia de un caso de globo

vesical con retención de orina y cuerpos extraños: coágulos, fibrina, etc., que impedían su evacuación. De la retención de orina al estallido de la vejiga con pericistitis supurada no hay más que un paso, era perfectamente lógica la interpretación, máxime que la uretrografía y la cistografía nos revela enormes masas de substancia orgánica dentro de la cavidad vesical y una vía de acceso de la substancia opaca a la parte extravesical derecha. Lo que no podíamos explicar nos satisfactoriamente era la marcada desviación de la uretra posterior hacia la izquierda y supusimos que el absceso perivesical al desparramarse por el Bogros inferior y el agujero obturador podían empujar a la uretra y desviarla.

La presencia de los cálculos era imposible diagnosticarla, por otra parte, no tienen ningún valor como comentario, puesto que se trataba de un retencionista y es justamente esta segunda parte del comentario que más interesa, pasando los fenómenos antes mencionados a segunda importancia.

Si el enfermo presentaba disuria de poco tiempo a esta parte, justo era pensar de que difícilmente podía ser un cuello vesical congénito y tampoco podía ser un obstruido por su próstata puesto que el tacto rectal no revela particularidades dignas de mención.

Hubiéramos debido pensar en otros elementos que se interpusiesen a la libre evacuación urinaria si la premura del caso debido a su gravedad no hubiera sido tanta probablemente hubiéramos llegado al diagnóstico etiológico exacto, pero debido a las circunstancias hubo que hacer prácticamente el diagnóstico de probabilidad en la mesa de operaciones cuando al colocar el dedo el cirujano encontró "grandes masas de tejido elástico compacto que se extraían del interior de la vejiga como si fuese gelatina". En ese momento se supuso que se estaba en presencia de una gran tumoración de origen probablemente conjuntivo por la falta de bellosidades y por la consistencia tan blanda. El diagnóstico de certeza fué dado por la anatomía patológica.