

HOSPITAL INFANTIL DOCENTE "ELISEO NOEL CAAMAÑO"
MATANZAS

Sarcoma botrioide. Reporte de un caso

Por los Dres.:

MANUEL GARCIA SUAREZ*, MIGUEL URBIZO CAÑON**
ELOY MONTES DE OCA RODRIGUEZ***, FRANCISCO FONG ALDAMA****
y EPIFANIA LUZARDO ALMEIDA*****

García Suárez, M. y otros: *Sarcoma botrioide. Reporte de un caso*. Rev Cub Ped 55: 2, 1983.

Se presenta un caso de sarcoma botrioide, diagnosticado por examen radiológico y confirmado en el acto quirúrgico. Se realiza una breve discusión acerca de los aspectos más significativos de la entidad.

INTRODUCCION

Se han descrito al menos tres tipos diferentes de rhabdomyosarcomas, pero la distinción de los mismos no siempre es evidente y algunas neoplasias comprenden caracteres morfológicos de más de un tipo.¹

El rhabdomyosarcoma pleomórfico es predominantemente una lesión de las extremidades en el adulto.

El alveolar suele presentarse a una edad más precoz que el tipo pleomórfico.

El rhabdomyosarcoma embrionario, objeto de nuestro trabajo, era poco reconocido antes de 1950 cuando fue descrito por *Stobbe* y *Dargeon*.²

Reporte del caso

Paciente: L. M. R. H.C.: 99869.
Sexo: Masculino. Raza: Blanca.
Fecha de Ingreso: 19-12-78. Edad: 4 años.

* Profesor auxiliar. Especialista de II grado en radiología. Jefe del departamento de radiología del hospital infantil docente "Eliseo Noel Caamaño", Matanzas.

** Especialista de I grado en radiología. Aspirante a Candidato a Doctor en Ciencias. Radiólogo del hospital infantil docente "Eliseo Noel Caamaño", Matanzas.

*** Especialista de I grado en Radiología. Radiólogo del hospital infantil docente "Eliseo Noel Caamaño", Matanzas.

**** Especialista de I grado en urología. Urólogo del hospital infantil docente "Eliseo Noel Caamaño", Matanzas.

***** Residente de 2do. año de radiología. Hospital clínicoquirúrgico "José R. López Tabrane", Matanzas.

Paciente que hace aproximadamente dos meses comienza con dificultad para orinar, pues realizaba la micción algunas veces gota a gota. Ha sido visto por varios facultativos en distintas ocasiones, últimamente se le indica urograma descendente y se le aprecia ureteropielocaliectasia izquierda, e irregularidad y defectos de lleno vesical (figura 1).

Es remitido e ingresado en nuestro hospital; al examen físico se palpa en el hipogastrio un tumor liso, de bordes redondeados, no muy bien definidos, ligeramente doloroso, que parece corresponder a la vejiga. Adenopatías inguinales bilaterales.



Figura 1

Tacto bimanual:

El tumor está circunscrito a la vejiga, no existe localización extravesical.

Uretrocistografía

Se realiza uretrocistografía, y se observan múltiples imágenes redondeadas radiotransparentes que toman toda la mitad inferior de la vejiga, e irregularidad en su contorno inferior. La imagen radiológica sugiere el diagnóstico de sarcoma botrioides (figuras 2, 3, y 4).

Cistoscopia

Uretra permeable; se toma muestra para realizar la coloración de Papanicolaou, vejiga con gran cantidad de esfacelos y gran tumor de aspecto polipoideo que abarca todo el trigono.

Laparoscopia

Descripción. Hígado y vesícula de caracteres normales. Todo el hemiabdomen inferior está ocupado por una gran formación globulosa con un tamaño de más de 20 cm.



Figura 2



Figura 3



Figura 4

que emerge de la pelvis y se moviliza p6bremente. La superficie es lisa, con algunos vasos venosos que le surcan. El color es blanquecino azulado y de consistencia dura. No hay alteraci6n en el resto de la cavidad. En conclusi6n, la formaci6n descrita parece corresponder a la vejiga aumentada de tama6o por posible tumor intraluminal.

Papanicolaou en orina. Negativo de c6lulas neopl6sicas.

Hallazgos del acto operatorio

Descripci6n. Incisi6n paramedia izquierda infra y supraumbilical, apertura por planos hasta llegar a la vejiga, apertura de 6sta y se comprueba tumor (10 a 15 cm) que abarca todo el cuello y el tr6gono vesical as6 como el resto de la regi6n posterior de 6sta. Cierre de la vejiga y se realiza cistectom6a total con ureterosigmoidostom6a bilateral; extraperitonizaci6n amplia de la vejiga. Se realiza la reimplantaci6n del ur6ter al sigmoides mediante la t6cnica de Goffey y se deja un colgajo ureteral de 1 cm dentro del sigmoides.

Anatom6a patol6gica

Se recibe vejiga previamente abierta que muestra la pared de la misma engrosada; presenta en uno de sus extremos m6ltiples formaciones de tejido de color pardo claro de aspecto fungoso y sobre la misma se observan m6ltiples formaciones de aspecto gelatinoso amarillento, blanda, que recuerda a los racimos de uvas.

Diagn6stico. Rabdmi6sarcoma embrionario (sarcoma botri6ide).

DISCUSION

Es la neoplasia m6s frecuente de las que se originan en la vejiga o en la pr6stata en la fase inicial de la vida; aparece en su mayor6a antes de los cinco a6os de edad y en algunos ya existe en el momento del nacimiento.¹

En cuanto a los sitios de origen en pacientes menores de 15 a6os el orden es el siguiente: tejidos blandos de cabeza y cuello 43,2%, tractos genitourinario 28,6% puede asentar en vejiga, vagina (m6s frecuente en

la vagina que en la vejiga, en las niñas), próstata y tejido paratesticular,³ tronco 16% y extremidades 12,2%; las extremidades superiores se afectan 2,6% más a menudo que las extremidades inferiores.²

El rhabdiosarcoma botriode es un rhabdiosarcoma embrionario que por su localización inmediata por debajo de la mucosa de una víscera hueca o de la superficie serosa de una cavidad orgánica, se manifiesta como formaciones múltiples de configuración polipoidea arracimadas. Este aspecto da origen al calificativo de botriode (parecido a un racimo de uvas. Estas formaciones son blandas, translúcidas, adheridas por una amplia base y hacen protrusión en la luz vesical e invaden así mismo su pared.

La configuración botriode no es adoptada por las neoformaciones que quedan confinadas en la próstata y tejidos circundantes donde generalmente se manifiestan como masas voluminosas nodulares y algo gelatinosas.¹

El primer signo, como en la mayoría de los sarcomas, es habitualmente la presencia de una masa anormal, en este caso en abdomen inferior; el desarrollo de estos tumores ocasiona irritación vesical, disuria, incontinencia o enuresis y posteriormente aparecen ulceraciones y hematuria.

Existe dolor localizado o referido y en las niñas algunas veces la tumoración protruye el meato ureteral y llena el introito, lo que conduce a un diagnóstico erróneo de ureterocele prolapsado.

El daño renal, si el tumor no mata al paciente, sobreviene por presión retrógrada, lo cual determina obstrucción e infección renal.⁴

Los sarcomas de la próstata comprimen la base de la vejiga e infiltran el cuello vesical y producen síntomas obstructivos semejantes a los sarcomas de la vejiga.

Estos tumores son altamente malignos, se diseminan ampliamente, en poco tiempo rellenan la cavidad (vejiga, vagina); las metástasis aparecen en los nódulos linfáticos, pulmones, médula ósea, huesos e hígado.

A la sección, ellos presentan macroscópicamente un color rosado brillante, rosado pardusco o apariencia carnosa y en la variedad mixomatosa, puede extraerse el raspado material mucoide de su superficie transparente.

El diagnóstico diferencial se establece fundamentalmente con el ureterocele ectópico gigante, que se presenta con gran defecto de lleno intravesical, con la presencia de coágulos sanguíneos y menos frecuentemente con los cálculos vesicales radiotranslúcidos.

SUMMARY

García Suárez, M. et al. *Botryoid sarcoma. Report of a case.* Rev Cub Ped 55: 2, 1983.

A case of botryoid sarcoma diagnosed by radiological examination and proved by surgery is presented. A briefly discussion about the most significant aspects of the entity is carried out.

RÉSUMÉ

García Suárez, M. et al. *Sarcome bothryoid. Rapport d'un cas.* Rev Cub Ped 55: 2, 1983.

Il s'agit d'un patient porteur d'un sarcome bothryoïde, diagnostiqué par examen radiologique et confirmé pendant l'acte chirurgical. Il est réalisé une brève discussion à propos des aspects les plus significatifs de l'entité.

BIBLIOGRAFIA

1. *Nelson, W. E.; V. C. Vaughan et al.*: Tratado de pediatría. 6 a ed. Tomo II. Barcelona, Salvat Editores, S. A. 1976. P. 1500.
2. *Mark, M. R. et al.*: Pediatric Surgery. 3a. ed. Tomo II. Chicago, Year Book Medical Publishers, I.N.C. 1979. P 1500.
3. *Caffey, J. et al.*: Pediatric X-Ray Diagnosis 5th ed. Chicago, Year Book Medical Publishers. I.N.C. 1967. Pp. 678-683.
4. *Meredith, F.; M. S. Campbell et al.*: Urología III. 2a. ed. La Habana, Edición Revolucionaria. Pp 2075-2076.

Recibido: 27 de julio de 1982.

Aprobado: 22 de agosto de 1982.

Dr. Manuel García Suárez

Maceo No. 50 entre Ayuntamiento y Jovellanos.
Matanzas.