

## RESUMEN

En gran parte de las mujeres jóvenes se observan zonas de epitelio más blanquecino en el vértice anterior del trigono. El examen microscópico demuestra un epitelio aplanado estratificado, con células muy claras, que contienen glucógeno, muy semejante al epitelio vaginal, y muy distinto del típico epitelio de transición. Estas zonas de epitelio atípico no se han observado en los hombres.

## SUMMARY

In a large proportion of young women there are observed zones of white epithelium in the forward vertex of the trigon. Microscopic examination shows a flat stratified epithelium with very light coloured cells which contain glycogen, very like the vaginal epithelium and very different from the transitional type of epithelium. These zones of unusual epithelium have not been observed in men or old women.

## ZUSAMMENFASSUNG

Bei einer grossen Anzahl junger Frauen findet man am vorderen Scheitel des Trigonums Zonen mit sehr hellem Epithel. Die mikroskopische Untersuchung zeigt ein mehrschichtiges Plattenepithel mit ganz hellen Zellen, das ähnlich wie das Scheidenepithel Glykogen enthält und ganz anders aussieht als das typische Übergangsepithel. Diese atypischen Epithelzonen wurden weder bei Männern noch bei alten Frauen beobachtet.

## R É S U M É

Chez une grande partie de jeunes femmes on observe des zones d'épithélium plus blanchâtre sur le sommet antérieur du trigone. L'examen microscopique montre un épithélium aplati, stratifié, avec des cellules très claires qui contiennent du glucogène, très semblable à l'épithélium vaginal, et très différent de l'épithélium typique de transition. Ces zones d'épithélium atypique n'ont été observées ni chez les hommes, ni chez les femmes âgées.

## NOTAS CLINICAS

## HEMANGIO-ENDOTELIOMA CAPILAR DE ESTOMAGO

I. GARCÍA RECIO y M. MORALES PLEGUEZUELO

De Málaga

Del Instituto de Investigaciones Médicas, Madrid

Hoy día, los tumores benignos del estómago van conociéndose bien en cuanto a su frecuencia (un 1 por 100 de los tumores malignos, sin contar los miomitos, casi microscópicos, más numerosos), sus síntomas, que, naturalmente, variarán según la localización y el sentido intra o extragástrico del crecimiento y la integridad de la mucosa (si están próximos a ella) y a su imagen radiológica. Existen trabajos de conjunto, entre los que citaremos el de BOCKUS<sup>1</sup>, o el que entre nosotros HERNANDO<sup>2</sup> ha publicado, y que se acompaña de abundantes notas bibliográficas.

Si sacamos a la luz este caso, es porque se trata de una forma tumoral en sí rara, de la que en el estómago no hemos encontrado referencia en la literatura que a propósito de este caso se repasó.

**HISTORIA CLÍNICA.**—C. C. S., de cincuenta y cinco años de edad, estudiado por el DR. SALAS NAVARRETE, que lo remitió para su intervención.

**Antecedentes familiares y personales,** sin importancia.

**Enfermedad actual.**—Nunca padeció del estómago hasta seis meses antes, que notó falta de apetito y sensación de pesadez.

**Exploración clínica.**—El aspecto del enfermo, salvo ligera palidez de los tegumentos, es el de un hombre en buena salud y bien nutrido. La palpación abdominal es negativa. Aparatos respiratorio y circulatorio, normales. Presión arterial, 14/7. El examen cualitativo de la orina no acusa nada anormal.

**Análisis de jugo gástrico** (DR. SALAS).—En ayunas, sólo se extraen 5 c. c. sin acidez libre ni combinada; a los quince minutos de inyectar 1 mg. de histamina subcutánea se extraen 200 c. c. de jugo con acidez libre 1,4 y acidez total 2,3; a los treinta minutos, 19 c. c. acidez libre 2,4, acidez total 2,8; a los cuarenta y cinco minutos, 10 c. c. acidez libre 1,1, acidez total 2,2; a los sesenta minutos, 12 c. c. acidez libre 1,6, acidez total, 2,4.

**Intervención quirúrgica.**—Una ampolla de escofedal cuarenta y cinco minutos antes de la operación. Anestesia local de pared con solución de novocaína el 1/2 por 100 adrenalina. Laparatomía media supra-umbilical. A la exploración se aprecia en curvatura mayor, y próximo al píloro, una tumoración intraparietal del tamaño y forma de un huevo de gallina, cuyo diámetro mayor es paralelo a la curvatura (fig. 1). Gastrectomía REICHEL-POLYA. Sutura de la pared en un plano con

crin trenzada. Curso postoperatorio: normal, levantándose el enfermo desde el día siguiente al de la operación, cicatrizando la herida por primera intención, y siendo dado de alta a los quince días.

**Estudio de la pieza patológica.**—La abertura de la pieza a lo largo de la curvadura menor demuestra una tumoración encapsulada de forma ovoidea, de  $59 \times 43$  milímetros de tamaño, incluida en la pared gástrica, de contornos lisos y consistencia blanda. Por su cara gástrica, recubierta de mucosa sana.

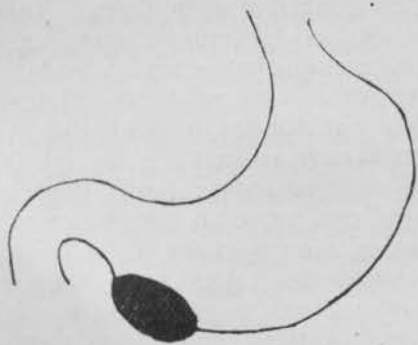


Fig. 1.—Esquema que indica la localización y forma del tumor.

**ESTUDIO HISTOLÓGICO.**—Recibido por uno de nosotros un pedazo de la pieza P. 3897, de superficie algo irregular (fig. 2), medianamente blanda. A la sección, la superficie del corte es blanquecina, maciza, a simple vista, con puntitos más claros y estrías y puntos oscuros que corresponden a sangre.

Al microscopio apareció la superficie de la tumoración rodeada de una cápsula conectiva bastante ancha. Los fibroblastos que en ella se encuentran tienen sus caracteres habituales. Esta cubierta, que aísla perfectamente la neoplasia por todas partes, no emite tabiques al interior.

La masa tumoral aparece provista de multitud de vasos sanguíneos, no uniformemente repartidos. Algunos, de ancha sección y llenos de glóbulos rojos, tienen la apariencia de venitas, y no presentan alteraciones apreciables. Los más, son capilares de endotelio grueso y luz variable, más bien pequeña, que en muchos se ocluyó. Sus células endoteliales, en una o varias capas, pueden, al proliferar concéntricamente, borrar la cavidad



Fig. 2.—Fotografía de la superficie externa de un trozo de pieza.

transformando el vaso en un cordón macizo de distinto aspecto, según fuera cortado.

Por fuera de los vasos pequeños, y con frecuencia sin poder morfológicamente distinguirse de las células que los limitan, se ven multitud de tales con núcleo ovalado, pero rechoncho, de unas  $12$  a  $15 \mu$  de diámetro mayor, fina membrana, cromatina pulverulenta y homogéneamente repartida y nucleolo en general único y pequeño. Todos los núcleos son muy parecidos unos a otros, no apreciándose atipias y viéndose escasísimas mitosis. No es posible evidenciar el protoplasma ni con una hematoxilina aluminica ni con la ferruginosa de WEIGERT. Mas con algunas variantes del método del carbonato argéntico, se le impregna muy

bien, apareciendo de mediano tamaño, más bien fusiforme que estrellado (y entonces con escasos apéndices de prolongaciones cortas).

Estas células tienen distintos modos de disponerse, sin guardar entre sí un contacto muy íntimo. Entre ellas existe una sustancia intersticial, en la que es posible teñir fibrillas argentófilas (como es lógico, más evidentes alrededor de los capilares y venitas); pero en pequeña cantidad. Se aglomeran alrededor de los vasos, con cuyas células limitantes muchas veces llegan a confundirse, ocurriendo que, si la luz se ocluyó, el aspecto al corte transversal es el de un torbellino, recordando a los llamados globos (fig. 3). Otras veces engruesan grandemente, por su aposición, la pared vascular. Existen zonas donde esta relación con las vías hemáticas es menos clara, y hasta se las puede observar independientes de ellas, formando placas, nunca muy grandes, o en ristras, como tendiendo a limitar cavidades esbozadas, o por fin sin orden preferente (fig. 4).

De trecho en trecho, unas veces dentro de los vasos

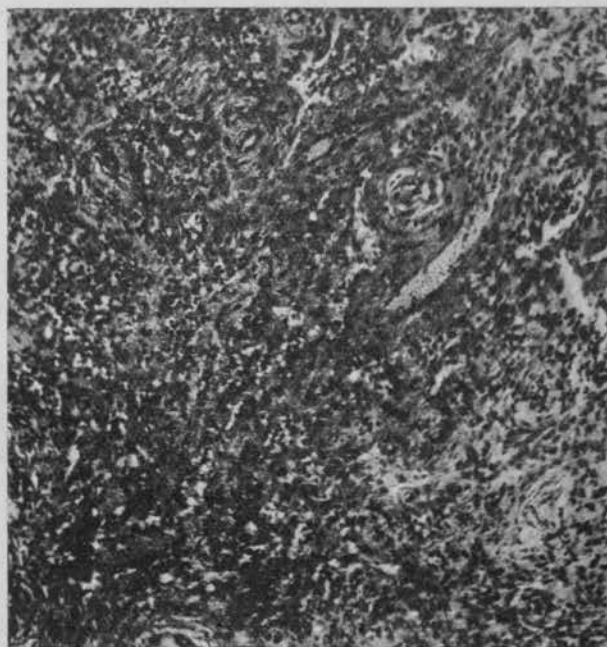


Fig. 3.—Múltiples vasos. Uno de ellos con la luz ocluida. (VAN GIESON.) Micro a pequeño aumento.

y otras fuera, se encuentran acúmulos linfoides, nunca muy grandes. Tampoco faltan los linfocitos esparcidos que en todos los campos se hallan (fig. 5).

Verdadero estroma, puede decirse que la neoformación no lo tiene.

Granulocitos o células plasmáticas son rarísimos de ver.

El diagnóstico histológico que se hizo fué el de hemangio-endotelioma capilar, histológicamente benigno.

**COMENTARIOS.**—Al publicar este caso no nos parece que huelgue precisar qué es lo que debemos entender por endotelioma, puesto que se trata de uno de los conceptos más discutidos en Oncología, ya que derivan de distintas formaciones constituidas por células aplanadas en función limitante, que todavía suelen reunirse bajo el nombre genérico de endotelios. Como su origen y su capacidad evolutiva es diferente, al englobar sus tumores en un grupo único resulta un maremagnum, en el que, en abigarrada mezcolanza, se confunden tumores dispares. Si a



todo esto se añadieran algunas neoplasias que la mayor parte de los autores consideran como epiteliales (tales como los disembrionomas de glándulas salivales o ciertas linitis plásticas), por lo menos en algunos de sus componentes, resulta un conjunto confuso de distinta amplitud, según el criterio de quien lo estudia, al que se puede hasta cierto punto aplicar la frase de RIB-

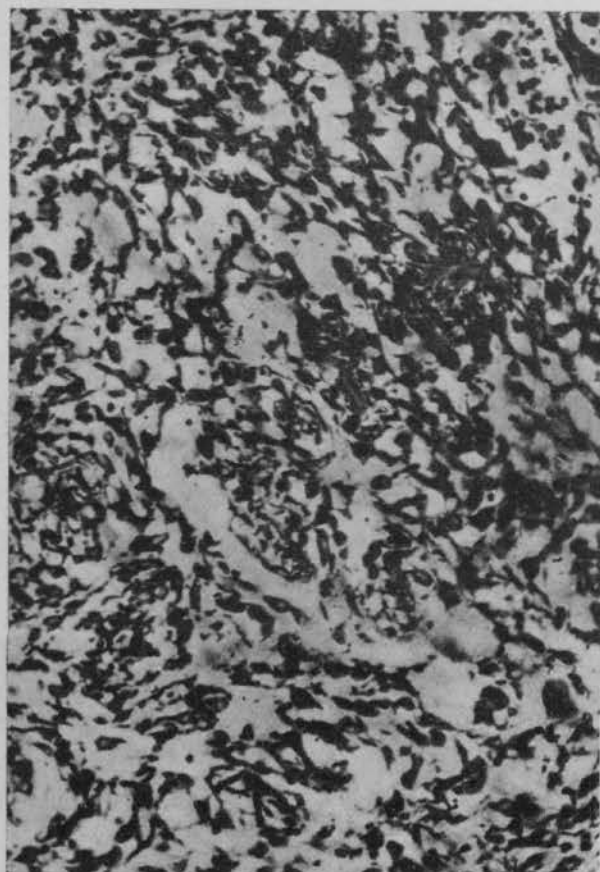


Fig. 4.—Paredes de cavidades vasculares con células que no pueden diferenciarse de las restantes tumorales que crecen de modo difuso. Tinción argéntica protoplasmática; los núcleos aparecen en claro. Mediano aumento.

BERT: "todavía no está probado que un endotelioma tenga origen endotelial".

Pero si de acuerdo con su origen (que tanta importancia tiene en los fenómenos de desdiferenciación) y con su función, separamos del amorfo complejo ciertas formas que pueden individualizarse bien, haremos su estudio más comprensible. Así creemos que deben clasificarse aparte y que son diferentes:

Los tumores del exotelio meníngeo.

Los tumores celómicos.

Los tumores de los vasos con predominio de la proliferación de su endotelio.

Los tumores reticulares en los que el abolen-go vascular no sea claro.

Los tumores de las vainas tendinosas y sinoviales.

Todas estas neoplasias están formadas por células distintas, y deben estudiarse y clasificarse por separado, dándoles la designación propia

y precisa, siempre que su origen pueda ser determinado.

Para los tumores de origen vascular, que son los que ahora nos interesan, es bueno conservar casi siempre la denominación de angiomas, con sus subgrupos.

Pero hay ciertas formas de las que URTUBEY duda (bien es verdad que es en un libro elemental dirigido a estudiantes) cuando dice: "los angiotelios contribuyen a formar tumores (?) distintos de los angiomas", que, sin embargo, es muy seguro que proceden del endotelio de los vasos, porque aún conservan la tendencia a formar tubos y cavidades de indudable origen vascular con sangre o linfa, en los que el endotelio crece excesivamente hacia dentro o fuera de la pared con mayor o menor desorden. A estos tumores, muy seguros, es a los que se les aplica justamente el nombre de hemangio o linfangio endotelioma o quizá mejor aún angiotelioma. De linfangio-endotelioma, uno de nosotros ha visto y publicado uno en el útero<sup>7</sup>, y tiene en estudio otro de un ganglio. El único he-



Fig. 5.—Muchos vasos y células linfoides. Tinción argéntica protoplasmática. Mediano aumento.

mangio-endotelioma que hemos observado es el caso que se presenta.

Existirán también tumores derivados del endotelio vascular tan diferenciados, que no se podrá hacer el diagnóstico de su origen.

Si a la rareza de los angio-endoteliomas se

une la de la localización en el estómago, se comprende que presentamos una neoplasia gástrica que casi nos atreveríamos a aventurar que puede que nunca haya sido vista.

Sabido es que los más frecuentes tumores del estómago son los adenomas, leio-miomas y los corrientemente llamados neuro-fibromas. Cosa curiosa es que los tres tienden a experimentar la transformación maligna, que hace aconsejable la gastrectomía amplia. Esta transformación maligna ya se comprobó en el caso de mioma gástrico, que uno de nosotros publicó con JIMÉNEZ-DÍAZ y con LARA<sup>6</sup>.

En los estudios de conjunto, otros tumores benignos son mucho más raros en el estómago, y los angiomas, que por cierto pueden ocasionar hemorragias mortales, cosa que se comprende, son excepciones extraordinarias. BOREMANN<sup>2</sup>, en 1926, habla sólo de dos casos seguros. BOKKUS<sup>1</sup>, refiriéndose a la serie de EUSTERMANN, de 176 casos sólo encuentra 6, el mismo número que de fibromas puros. Repasados los últimos tomos, hasta 1943 inclusive, del "Quarterly Accumulative Index Medicus", no se ha encontrado ninguna referencia buscando en endoteliomas y hemangio-endoteliomas de estómago. En los "Kongress und Zentralblatt für Innere Medizin" de los diez últimos años, sólo hay escasos angiomas gástricos, que no llegan a 10 (algunos con calcoforitos que dan imágenes características a los rayos X. Hemangio-endoteliomas, ninguno. Como curiosidad, diremos que en esta última revista hemos hallado referencia de un reticuloma (de los 7 únicos casos conocidos), tres plasmocitomas observados por el mismo autor (PELAGATTI) en el mismo año y un simpático-blastoma. Todos gástricos.

#### RESUMEN

Se presenta, por su rareza extrema, un caso de hemangio-endotelioma de estómago, operado con éxito, y el estudio de la pieza, señalando la conveniencia de que se generalice la desmembración del caótico grupo de los endoteliomas, estudiando por separado y con especial nomenclatura la biología y estructura de cada uno de sus componentes.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 BOKKUS.—Gastro-Enterology. T. 1, Edit. W. B. Saunders Co., Filadelfia, 1943.
- 2 BOREMANN, R.—Handbuch der spez. Path. Anat. und Histol., Henke Lubarsch. T. IV, 1.ª parte, Edit. J. Springer, Berlin, 1926.
- 3 BOYD, W.—The Pathology of Internal Diseases, 3.ª ed., Edit. Lea & Febiger, Filadelfia, 1943.
- 4 LUBARSCH, O.—Handbuch der spez. Path. Anat. und Histol., Henke Lubarsch. T. IV, 1.ª parte, 1925.
- 5 HERNANDO, T.—Rev. esp. enf. Ap. Dig. y Nutr., 1, 1945.
- 6 JIMÉNEZ DÍAZ, C. MORALES PLEGUEZUELO, M. y LARA, L. DE. Rev. Clin. Esp., 13, 346, 1934.
- 7 MORALES PLEGUEZUELO, M.—Medicina, 5, 10, 1933.
- 8 MUIR, —Text-Book of Path., 5.ª ed. Edit. E. Arnold & Co., Londres, 1941.
- 9 URTUBAY, —Los tumores, Edit. Cientif. Med. Barcelona, 1936.

## SOBRE UN CASO DE EMBARAZO EN UTERO Y VAGINA DOBLES TERMINADO POR CESAREA Y EXTIRPACION DEL HEMIUTERO GESTANTE

P. SANTISTEBAN

(Bilbao)

Presentamos un caso que, más que por su enseñanza, tiene interés por su curiosidad y rareza:

Se trata de una primigesta de veintisiete años, que ingresa con dolores de parto a las seis de la tarde del 8 de agosto; han empezado los dolores al mediodía, siendo más fuertes desde las tres de la tarde. Última regla, 29 de noviembre, tipo 3/30; cantidad moderada y sin dolores. Presenta unas contracciones muy dolorosas y continuas, y hay, a unos tres traveses de dedo por debajo del ombligo, un relieve, que es el anillo de BANDL contraído.

Por palpación se observa: Embarazo a término; presentación de nalgas completa con dorso a la izquierda; nalgas enclavadas. La auscultación es negativa. La pelvis es normal, siendo sus diámetros externos 23, 27, 31, 19,5 cm. Por tacto, que resulta doloroso, se encuentra un cuello muy alto, apenas asequible, y todavía sin terminar de borrar, sale líquido amniótico por vulva.

Los dolores continúan muy seguidos y sin que la pausa entre ellos sea completa. El anillo de BANDL continúa distendido, y la parturiente muy intranquila y molesta, por lo que se administran 2 cm. de morfina; pero los dolores y las molestias de la paciente continúan casi iguales.

Extrañado por estos dolores y la falta de dilatación, llamamos en consulta a un compañero, el que diagnóstica: Presentación de nalgas completa, dorso izquierdo, y auscultación también negativa; pero por tacto encuentra dilatación de unos 5 cm. y bolsa rota; ve el caso muy claro y propone, para que cedan los dolores, la administración de morfina o Espasmopaver, creyendo que de madrugada podría parir espontáneamente o, a lo más, y como parece que el feto está muerto, hacer una extracción manual.

La parturiente pasa toda la noche muy intranquila y con dolores fuertes; pero a la madrugada, con una nueva inyección de Espasmopaver, ceden los dolores.

A las diez de la mañana, por nuevo tacto, se encuentra lo mismo que la primera vez, es decir: cuello sin borrar y muy alto. Espero tres horas, y ya, no sabiendo qué pensar de este caso por las discrepancias de los tactos, llamo a consulta a un nuevo tocólogo, que diagnóstica lo mismo que yo, por lo que creemos que se trata de una atresia de cuello, y, dados los dolores y el estado del anillo de BANDL, se cree necesario terminar el parto por vía alta. La parturiente está con 38,1 de temperatura, 86 pulsaciones y muy intranquila.

Con anestesia raquídea practico una cesárea, y al abrir el abdomen me encuentro con un útero muy alargado y de paredes muy finas; se despegan el peritoneo del segmento inferior, haciendo incisión transversal; pero al abrir el útero sale pus; extraigo el feto, que está de nalgas completas y con una circular del cordón alrededor del cuello; nada más seccionar el cordón, el feto comienza a llorar, a pesar de que todas las veces que se había auscultado no se oían los latidos, aunque una de las veces dijo la mujer que había sentido moverse el feto.

En el momento de la extracción del feto, hay un desgarro de la incisión transversal que se va hacia la parte posterior por el lado izquierdo, y al ir a suturar me encuentro con un "bulto", que resulta ser el útero con su trompa y ovario, no habiendo más que otra trompa y otro ovario en el hemiútero gestante; el hemiútero no gestante sería del tamaño de un útero gestante