

Leiomioma Vesical.

Presentación de un caso clínico.

HOSPITAL DOCENTE
MUNICIPAL "ILUMINADO RODRÍGUEZ" JAGÜEY GRANDE
Revista Médica Electrónica 2009;31(3)
Leiomioma Vesical. Presentación de un caso clínico.
Vesical Leiomyoma. Presentation of a clinical case.

AUTORES

Dr. Michel Rodríguez Carballo.(1)

E-mail: hjagra.mtz@infomed.sld.cu

Dr. Gonzalo Antonio González González .(1)

Lic. Ania Sánchez Falcón.(2)

1) Especialistas de I Grado en Urología. Profesores Instructores. Hospital Docente Municipal " Iluminado Rodríguez". Municipio Jagüey Grande.

2)Licenciada en Enfermería. Profesora Instructora. Hospital Docente Municipal "Iluminado Rodríguez". Municipio Jagüey Grande.

RESUMEN

El leiomioma vesical es un tumor de origen mesenquimatoso y extremadamente raro. La mayoría de ellos son diagnosticados de manera casual tras el estudio patológico de las muestras remitidas tras la cirugía. Pocos son los casos presentados en la literatura, lo que nos lleva a pensar en la escasa incidencia de este tipo de tumoración. Presentamos un caso acontecido en nuestro servicio, de una paciente femenina de 18 años de edad, que acude a consulta por presentar polaquiuria, ardor y esfuerzo miccional, las exploraciones complementarias realizadas conducen a el tratamiento quirúrgico y seguimiento a que ha sido sometida la paciente.

DeCS

NEOPLASIAS DE LA VEJIGA URINARIA/ diagnóstico

NEOPLASIAS DE LA VEJIGA URINARIA/ cirugía

NEOPLASIAS DE LA VEJIGA URINARIA/ patología

LEIOMIOMA/diagnóstico

HUMANOS

ADOLESCENTE

FEMENINO

INTRODUCCIÓN

El leiomioma de vejiga es un tumor mesenquimal benigno, de incidencia muy baja, derivado del músculo liso. Puede localizarse en cualquier órgano que presente tejido muscular liso, es más frecuente en piel, útero, retroperitoneo, aparato digestivo y genitourinario. Dentro del aparato genitourinario la localización más frecuente es en riñón y vejiga.

Dentro de los leiomiomas de vejiga estos pueden ser intramurales (7%), extramurales (30%) y submucosos (63%). Son tumores más frecuentes en el sexo femenino, su rango de edad de mayor incidencia es entre los 40 a los 60 años, suelen ser asintomáticos y su diagnóstico, incidental.

Los tumores vesicales no epiteliales son muy raros, suponen un 0.2% de las neoplasias, y entre 1% a 5% de las neoplasias vesicales; solo una mínima parte de ellos son benignos.

El leiomioma puede aparecer de forma aislada, múltiple o asociado a otras patologías como miomas uterinos, ovarios poliquísticos, leiomiomatosis generalizada, adenoma de próstata, neurofibromatosis tipo 1, papiloma invertido, etc. También el embarazo puede favorecer su desarrollo.

Esta patología tiene etiología desconocida y para explicar su patogénesis existen diversas teorías:

- Teoría irritativa/inflamatoria de Blum: el tumor se originaría por un estímulo irritativo crónico sobre la musculatura lisa de la vejiga.
- Teoría disontogénica: el tumor se originaría a partir de restos embrionarios del conducto de Wolff o de Müller incluidos en el tejido muscular liso vesical.
- Teoría endocrina: el origen tumoral estaría en un desorden endocrino, como ocurre en el leiomioma uterino, en donde se encuentran receptores de estrógenos. Algunos autores describen leiomiomas vesicales con receptores de estrógenos y progesterona.
- Teoría de la metaplasia perivascular o teoría irritativa vascular.

El diagnóstico definitivo lo obtendremos mediante el estudio histológico. Macroscópicamente se observa un tumor sólido, elástico, cubierto por mucosa vesical normal, bien delimitada, de color blanquecino. En el estudio histológico, esta lesión está constituida por proliferación de fibras musculares lisas con núcleos de pequeño tamaño (relación núcleo/citoplasma baja), con escasas figuras de mitosis (menos de 10 mitosis por campo de gran aumento) y sin atipia citológica, a diferencia del leiomiosarcoma. El urotelio puede estar ulcerado o no presentar ninguna alteración histológica relevante.

En el estudio inmunohistoquímico la celularidad tumoral es positiva para marcadores musculares como desmina, actina del músculo liso y actina HHF-35, y negativa para marcadores epiteliales y S-100. También puede observarse positividad con vimentina.

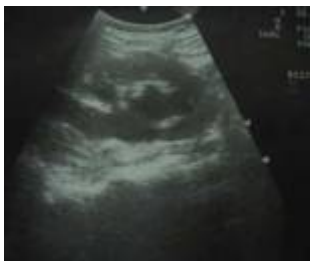
El tratamiento de esta lesión será siempre quirúrgico. Puede ser una resección transuretral, por cirugía abierta o laparoscópica. Dentro de la cirugía abierta se han descrito enucleaciones, cistectomías parciales, cistectomías totales y resecciones transvaginales.

El pronóstico de esta enfermedad es excelente, son excepcionales tanto su malignización como su recidiva si la resección del tumor fue completa.

Por tanto, el leiomioma vesical es un tumor mesenquimal benigno derivado de las fibras del músculo liso, cuyo diagnóstico definitivo se obtiene con el estudio histológico. Su tratamiento será siempre quirúrgico y, si su resección fue completa, cuenta con pronóstico excelente.

RESULTADOS

Paciente de 18 años de edad, femenina, blanca, antecedentes de salud anterior, acude a consulta por presentar polaquiuria, ardor y esfuerzo miccional de +/- una semana de evolución. Entre las pruebas diagnósticas realizadas se encuentra una ecografía de tractus urinario que informa el riñón derecho de tamaño y estructura normal, riñón izquierdo con dilatación pielocalcial moderada que incluye tercio superior del uréter y parénquima conservado, vejiga en repleción observándose imagen ecogénica de 35 x 59 mm en hemitrigono izquierdo de bordes bien definidos. Ante los resultados obtenidos se procede a realizar una urografía endovenosa, identifica ausencia de eliminación renal izquierda, e imagen de defecto de lleno a nivel vesical, bien delimitada, los hallazgos radiológicos indican una cistoscopia, confirmándose masa tumoral submucosa que ocupa hemitrigono izquierdo sin visualización del meato uréteral homolateral. Es operada 7 días más tarde realizándose exéresis del tumor vesical submucoso, reimplantación por avanzamiento del uréter izquierdo. La paciente presentó una evolución satisfactoria, retirándole la sonda vesical a los 10 días, cultivos de orina negativo y función renal conservada.



ECOGRAFÍA RENAL



VISTA UROGRÁFICA



VISTA CISTOGRÁFICA

El informe histológico de la pieza quirúrgica indica un leiomioma vesical con amplia respuesta linfocitaria.

DISCUSIÓN

El leiomioma vesical es un tumor de características benignas y de origen mesenquimal. Fue Jackson en 1870 quien lo describió por primera vez. (1)

Los tumores vesicales mesenquimatosos son poco frecuentes, suponiendo del 1-5% de todos los tumores vesicales (1,2). El leiomioma es considerado el más frecuente de entre los tumores no epiteliales benignos (46.6% del total) (1,3). Dentro del aparato genitourinario, el leiomioma puede también estar presente en otras localizaciones tales como riñón, epidídimo, pene, próstata, escroto, vesículas seminales y cordón espermático. (2,4)

Afecta tanto a mujeres como a varones, aunque la mayor parte de los casos descritos corresponden a mujeres (75%) (2,4,5) con edades comprendidas entre los 20-60 años.

Dentro del leiomioma vesical, y en cuanto a su localización exacta en relación con la pared de la vejiga podemos distinguir tres posibilidades: intramurales (7%), extramurales (30%) y submucosos (63%). (2,3)

La etiología de este tipo de neoplasia es desconocida (6). Se han implicado distintas alternativas para explicar su etiopatogenia: teoría irritativa/inflamatoria en la que un estímulo irritativo crónico sobre el músculo detrusor daría origen al tumor, teoría disontogénica en la que el leiomioma se originaría a partir de restos embrionarios, teoría endocrina en la que un desorden hormonal originaría este tumor, tal como ocurre en el leiomioma uterino, y más habiéndose descrito casos en los que el tumor presenta receptores para hormonas esteroideas (4) y finalmente una teoría en la que se relaciona el leiomioma con una metaplasma perivascular o teoría irritativa vascular. (1)

Estamos ante un tipo de patología que suele ser asintomática en la mayoría de las ocasiones, como ha sido en nuestro caso (1,3,4,7). Algunos son sintomáticos, originando clínica irritativa y/o obstructiva, así como hematuria. La localización del tumor con respecto a la pared vesical también va a ser determinante a la hora de manifestarse, siendo más llamativa la sintomatología cuando se localiza en el cuello vesical (4) o cuando es endovesical (7). Finalmente, han sido descritos casos de insuficiencia renal obstructiva por crecimiento compresivo importante del tumor. (1,5)

Para el diagnóstico han sido empleados: ecografía, urografía intravenosa, Tomografía Axial Computarizada (TAC), Resonancia Magnética Nuclear (RMN) y cistoscopia. La ecografía es una exploración que aporta mucha información: masa de ecogenicidad homogénea, bien delimitada y de forma esférica. En los casos de localización extravescical o de pared posterior, la ecografía endovaginal ofrece mayor información (5). La urografía intravenosa se utiliza en muchas ocasiones para el estudio inicial de hematuria, descubriéndose un defecto de repleción en el cistograma en leiomiomas submucosos o intramurales. Pueden asociarse signos de obstrucción uréteral (1). Ante lesiones vesicales de aspecto sólido, es frecuente el empleo de TAC, sobre todo por la sospecha de tumor vesical infiltrante. La RMN ofrece imágenes de mayor calidad y más precisas, pero dado que es una prueba muy cara parece poco apropiada en el estudio de esta patología. (1)

El diagnóstico del leiomioma se obtiene de forma definitiva tras el estudio histopatológico de la lesión (1). Se observan haces arremolinados de células musculares lisas. Las células tienen forma y tamaño uniforme, con núcleo ovalado y procesos citoplásmicos bipolares delgados y alargados. La presencia de mitosis es escasa y no se encuentran células gigantes ni anaplásicas. (2)

El tratamiento electivo de la lesión siempre será quirúrgico (1,2,5). Las posibilidades pasan por Resección Transuretral (RTU) de la lesión, enucleación, cistectomía parcial abierta o laparoscópica. La RTU queda indicada en los casos en que el tumor es pequeño y no extra vesical. En la revisión que realiza Silva-Ramos, refiere que 3 de los 5 casos en los que se optó por la enucleación vía vaginal presentaron recidiva, probablemente porque este acceso dificultaba la extirpación completa. (5)

El pronóstico es bueno, no habiéndose comunicado casos de malignización (1,2), y la recidiva es infrecuente cuando la extirpación es completa. La malignización podrá acontecer ante un diagnóstico anatomopatológico equivocado, en el que pase desapercibido un leiomioma.

El diagnóstico diferencial se debe realizar ante cualquier defecto de repleción vesical es el de tumor, epitelial o no, de vejiga frente a: cálculo, coágulo, hematoma, metástasis, feocromocitomas, ureteroceles, quistes hidatídicos, neurofibromas, así como lesiones de carácter inflamatorio: condilomas, tuberculosis, esquistosomiasis, malacoplaquia, adenoma nefrogénico, etc. (1) El leiomioma vesical es un tumor benigno de origen mesenquimal que afecta más a mujeres, de diagnóstico casual, habitualmente, en el pronóstico es bueno y la recidiva rara si la extirpación ha sido completa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Herranz IM, Arellano R, Nam S. Leiomioma vesical en un varón. Arch Esp Urol. 2004; 57: 827
2. Gibanel R, Mallafre JM, Rodríguez A. Leiomioma vesical. Actas Urol Esp. 2001;25(9):662
3. Ojeda Calvo A, Núñez López A, Alonso Rodrigo A. Leiomioma vesical. Actas Urol Esp.2001;25: 759
4. Gaynor-krupnick DM, Kreder KJ. Bladder neck leiomyoma presenting as voiding dysfunction. J Urol. 2004; 172: 249.
5. Silva-Ramos M, Masso P, Versos R. Leiomioma de vejiga. Análisis de agregación de 90 casos. Actas Urol Esp. 2003; 27: 581.
6. Furuhashi M, Suganuma N. Recurrent bladder leiomyoma with ovarian steroid hormone receptors. J Urol. 2002; 167: 1399.
7. Ortiz A, Poyato JM, Sánchez E. Leiomioma vesical: diagnóstico por imagen. Arch Esp Urol.2002; 55: 79.

SUMMARY

The vesical leiomyoma is a tumor of mesenchymal origin, and extremely rare. Most of them are diagnosed casually after the pathologic study of samples collected after surgery. Few cases were found in the reviewed literature, leading us to think of the scarce incidence of this kind of tumors. We present a case treated in our service, of an 18-years-old female patient, assisting to our consultation presenting a polaquiuria, ardor and mictional effort. The complementary exams led to the surgical treatment and follow up of the patient.

MeSH

URINARY BLADDER NEOPLASMS/ diagnosis

URINARY BLADDER NEOPLASMS/ surgery

URINARY BLADDER NEOPLASMS/ pathology

LEIOMYOMA/diagnosis

HUMANS

ADOLESCENT

FEMALE

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Rodríguez Carballo M, González González GA, Sánchez Falcón A. Leiomioma Vesical. Presentación de un caso clínico. Rev méd electrón[Seriada en línea] 2009; 31(3). Disponible en URL:

<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/año%202009/vol3%202009/tema14.htm> [consulta: fecha de acceso]