

330/11 - CÁNCER DE VEJIGA

Á. Sáez Fernández¹; O. Vicente López²; V. Oscullo Yépez³; T. Fernández Rodríguez⁴; M. Rivera Teixido⁵; M. Pejenaute Labari¹.

¹Médico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.; ²Médico de Familia. Centro de Salud La Marazuela. Hospital San Francisco de Asís. Madrid.; ³Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.; ⁴Médico de Familia. SAR Mejorada. Madrid.; ⁵Médico de Familia. Centro de Salud Isabel II. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 84 años . Antecedentes personales hipertensión arterial en tratamiento con losartan epoc en tto con spiriva e hipertrofia benigna de próstata en tratamiento con duodart

Acude a consulta por retención aguda de orina, de 24 horas de evolución con dolor severo suprapúbico.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración se objetiva globo vesical, por lo que se deriva a enfermera para sondar y tras evacuar 1350 cc se cita al paciente a las 24 horas para realizar ecografía abdominal completa y valorar cuadro etiológico. Además de objetivar quistes simples en ambos riñones, detectamos una próstata de tamaño aumentado 125cc Grado IV y lesión sólida, hiperecoica, polipoidea, heterogénea de crecimiento intraluminal con base en la cara postero inferior de la vejiga, en región periprostática de 25 mm. Las paredes vesicales están engrosadas engrosadas, irregulares, con trabeculaciones y microdivertículos típicas imágenes de vejiga de lucha . Con este resultado, sospecha de neoplasia vesical, se derivó por circuito de malignidad al servicio de urología de zona donde se procedió a resección quirúrgica del tumor y posterior instilación de quimioterapia vesical. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de carcinoma de vejiga de células transicionales.

Juicio clínico: carcinoma de vejiga de células transicionales

Diagnóstico diferencial: Coágulos sanguíneos. Cálculos .Masas micóticas. Engrosamiento parcial de pares secundario a infiltración adyacente

Comentario final: El 90% de los tumores vesicales son carcinomas de células transicionales y en el 5% de los casos son de células escamosas. El pronóstico de estos tumores depende de la invasión en profundidad. El tabaco, abuso de analgésicos y exposición a carcinógenos industriales son los factores predisponentes conocidos. Ecográficamente aparecen como formaciones ecogénicas polipoideas que crecen desde la pared hacia la luz. Se delimitan mejor aquellas localizadas en la pared posterior que es la localización más frecuente. El tumor vesical aparece como una lesión que crece intraluminalmente, de bordes generalmente bien definidos, como flotando en la luz vesical . En ocasiones los tumores pueden ser múltiples y dar lugar a una mayor infiltración de las paredes vesicales.. En ocasiones si el tumor infiltra la desembocadura de alguno de los uréteres en la vejiga puede provocar una obstrucción con la consiguiente hidronefrosis . Es importante saber reconocer la vejiga de lucha, que se presenta cuando existen problemas de vaciamiento de la misma por problemas prostáticos o por patologías neurológicas, la llamada vejiga neurógena. En estos casos las paredes vesicales están engrosadas, irregulares, con trabeculaciones y microdivertículos, y en ocasiones simulan

pequeñas tumoraciones Vejiga de lucha. La ecografía es la técnica de imagen que está indicada para realizar la primera evaluación de patología vésico-prostática. En nuestro caso la ecografía en AP nos ha permitido una orientación rápida y global de nuestro paciente, permitiéndonos activar la derivación por sospecha de malignidad, con la finalidad de conseguir un diagnóstico e intervención temprana.

Bibliografía

Segura Cabral JM. Ecografía digestiva. 2^aed. Ediciones UAM. Madrid 2011.