

LEIOMIOSARCOMA DE VEJIGA URINARIA

N. SORINAS DELGADO, J.M. BERNÉ MANERO, A. BONO ARIÑO,
M.D. GARCÍA PRATS, J.I. SANZ VÉLEZ

Servicio de Urología. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital San Jorge. Huesca.

PALABRAS CLAVE:
Leiomiosarcoma. Vejiga urinaria.

KEY WORDS:
Leiomyosarcoma. Urinary bladder.

Actas Urol Esp. 25 (5): 385-387, 2001

RESUMEN

Se presenta un caso de leiomiosarcoma vesical tratado en nuestro Servicio. Se revisa la literatura sobre el tema, remarcando su baja incidencia y la falta de criterio unánime desde el punto de vista terapéutico.

ABSTRACT

We report a case of bladder leiomyosarcoma treated at our department. We review the published papers about this entity. We emphasize the low incidence of that pathology and the lack of consensus about treatment.

El leiomiosarcoma es el tumor mesenquinal maligno más común de vejiga urinaria en adultos y representan menos de 1% de todos los tumores de vejiga¹. El primer caso fue descubierto por Gussembauer en 1875².

Dada su baja incidencia y la ausencia de criterios consensuados para abarcar esta patología, revisamos los casos publicados y aportamos un nuevo tratado en nuestro Servicio.

CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 71 años con antecedentes personales de faringitis crónica, diabetes mellitus tipo 2 y prostatismo de larga evolución. En enero de 1999 presenta episodio de hematuria macroscópica total acompañada de coágulos. A la exploración física únicamente se evidencia mediante tacto rectal adenoma de próstata grado I. El estudio analítico fue normal.

La ecografía y urografía endovenosa revelan defecto de replección a nivel de cúpula vesical sugestivo de tumoración (Fig. 1).

Posteriormente se realizó RTU de neoformación vesical hallando una tumoración localizada en cúpula vesical.

El estudio anatomo-patológico mostró tumoración sesil de consistencia blanda y coloración grisácea de 2 x 2 x 1 cm de tamaño, constituido por células fusiformes irregulares de bordes romos y citoplasma eosinófilo con marcado pleomorfismo, escasas mitosis y tendencia a la dehiscencia por la existencia de estroma mixoide. Presenta también, escasa cantidad de vasos, fragmentos de músculo liso infiltrados por dicha proliferación neoplásica así como áreas de necrosis tumoral (Figs. 2 y 3).

El estudio inmunohistoquímico revela CAM 5.3, citoqueratina 7, citoqueratina 20, proteína S-100



FIGURA 1. Imagen ecográfica donde se observa defecto de replección a nivel de cúpula vesical.

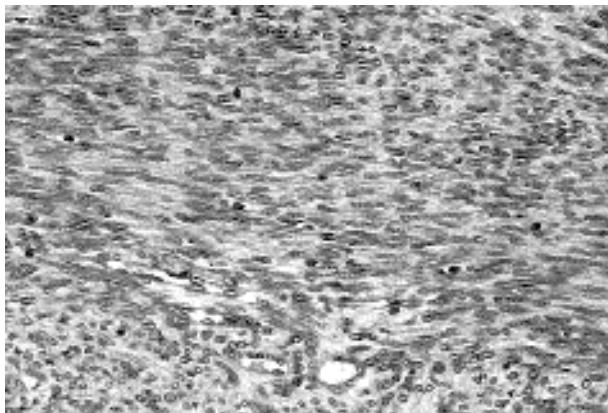


FIGURA 2. Imagen panorámica de un área del tumor. Destaca su número elevado de mitosis (HPE por 100).

y CEA negativos, hallando positividad para actina, desmina, HHF-35 y vimentina, siendo esto compatible con leiomiosarcoma.

Para completar el estudio de extensión se realiza TAC abdominal que fue negativo y se plantea intervención quirúrgica: cistectomía total, linfadenectomía obturatrix e iliaca bilateral y neovejiga ileal ortotópica.

Los hallazgos anatomo patológicos de la pieza quirúrgica no revelen evidencia de leiomiosarcoma ni afectación ganglionar, siendo clasificado como pT0, pN0.

En los controles posteriores, 15 meses tras cirugía, no se ha detectado recidiva de la enfermedad.

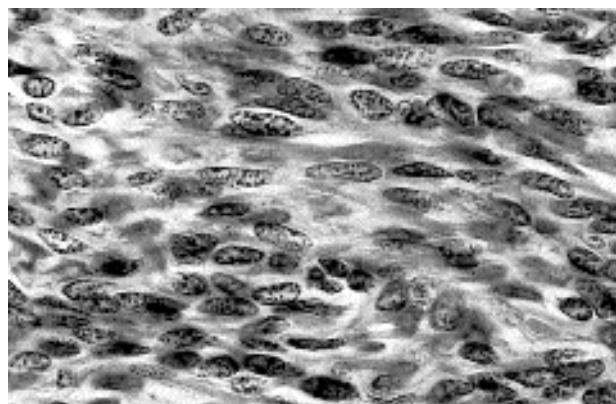


FIGURA 3. Imagen a gran aumento del tumor. Las células muestran pleomorfismo nuclear y núcleos con extremos romos (HPE por 100).

DISCUSIÓN

El leiomiosarcoma vesical es una tumoración derivada del músculo liso que suele aparecer en la 5^a y 6^a década de vida. Presenta un predominio masculino en una proporción 2:1. En cuanto a su localización un 50% se presenta en cúpula vesical y 25% en caras laterales. La mayoría de los casos se manifiesta en forma de hematuria macroscópica seguida de dolor abdominal, disuria...²⁻⁴.

Es un tumor de difícil manejo no sólo en cuanto a establecer un diagnóstico correcto sino también respecto a su tratamiento, debido principalmente a su comportamiento agresivo y capacidad de metastatizar, aunque como excepción, se ha demostrado que en lesiones circunscritas con actividad mitótica mínima y ausencia de atipia celular podrían beneficiarse de resección local, ya que raramente recidivan⁵.

Los estudios anatomo patológicos e inmunohistoquímicos permiten realizar un diagnóstico diferencial respecto de otros tipos de tumores vesicales como pseudotumor inflamatorio post-quirúrgico, leiomioma y carcinoma sarcomatoso³. Todos tienen en común su patrón fusocelular.

El nódulo fusocelular post-quirúrgico, lesión que aparece como consecuencia de cirugía previa, sobre todo tras resecciones transuretrales, simula microscópicamente el aspecto de un leiomiosarcoma debido a su marcada celularidad y alta actividad mitótica.

El leiomiosarcoma, cuyo patrón estructural no evidencia invasión muscular y presenta bajo número de mitosis.

El *carcino sarcomatoide* (carcino fuso celular metaplásico), cuyo rasgo diferencial es la existencia de un componente epitelial maligno claramente identificable, además del componente fusocelular.

Los criterios anatomo-patológicos más fiables para valorar su malignidad y capacidad de producir metástasis en este tumor han sido el tipo, grado y proporción mitótica, considerando 5 o más figuras mitóticas sobre 10 campos de alta definición como indicador de potencial metastásico⁵. Existiendo 5 figuras mitóticas en nuestro caso.

Es importante mencionar la alta rentabilidad que ofrece la realización de biopsias amplias y profundas porque, se ha observado en estudios previos, que biopsias múltiples y superficiales han sido de muy baja sensibilidad diagnóstica en leiomiosarcomas³.

Respecto al tratamiento, la cistectomía parcial o total es la medida terapéutica de elección^{2,3,5}.

La radioterapia se ha utilizado en múltiples ocasiones, pero no ha dado resultados esperanzadores, en la actualidad sólo está indicada ante la sospecha de enfermedad residual⁵.

La quimioterapia tampoco parece ser efectiva aunque se ha indicado en enfermedad metastásica y como citorreductora en tumores irresecables. Como excepción, se ha descrito un caso de tumor abdominal irresecable compatible con leiomiosarcoma que, tras administración de quimioterapia a dosis subóptimas, regresó espontáneamente a los 5 meses⁶. ¿Existió respuesta retardada a la quimioterapia?. Los estudios realizados previamente y la escasa supervivencia de estos pacientes no han permitido evaluar este tipo de respuesta⁶.

Se ha descrito la posible relación etiológica de ciclofosfamida y la aparición a los 10-15 años post-tratamiento de leiomiosarcoma vesical. Los

estudios hasta ahora realizados no logran aclarar esta asociación pero, algunos autores recomiendan re-evaluar el tratamiento de este fármaco en enfermedades no neoplásicas tales como lupus, artritis reumatoide...^{7,8}.

REFERENCIAS

- URDIALES M, MARTOS S, NAVARRETE P, MOYA R: Fístula enterovesical secundaria a leiomiosarcoma. *Arch Esp Urol* 1992; **45 (5)**: 474-475.
- GUTIÉRREZ E, ESPIGA J, ARROYO JL, VELASCO A: Leiomiosarcoma de vejiga urinaria. Una neoformación muy poco frecuente. *Actas Urol Esp* 1996; **20 (6)**: 574-576.
- MILLS LE, BOVA GS, WICK MR, YOUNG RH: Leiomyosarcoma of the urinary bladder. A clinicopathologic and immunohistochemical study of 15 cases. *Am J Surg Pathol* 1989; **13 (6)**: 480-489.
- OZTEKE O, DEMIREL A, AYDIN NE, MEMIS L: Bladder leiomyosarcoma: report of three cases. *Int Urol Nephrol* 1992; **24 (4)**: 393-396.
- DE BERARDINIS E, GIULIANELLI R, ZARRELLI G, DE SANTIS C, GINEPRI A, GENTILE BC, DI SILVERIO F: Leiomyosarcoma of urinary bladder: personal experience in 3 cases over a 10-year period. *Arch Ital Urol Androl* 1997; **69 suppl 1**: 73-80.
- LEI KI, GWI E, MA L, LIANG EY, JOHNSON PJ: Spontaneous regression of advanced leiomyosarcoma of the urinary bladder. *Oncology* 1997; **54 (1)**: 19-22.
- THRASHER JB, MILLER GJ, WETTLAUFER JN: Bladder leiomyosarcoma following cyclophosphamide therapy for lupus nephritis. *J Urol* 1990; **143 (1)**: 119-121.
- PEDERSEN, BJERGAARD J, JONSSON V, PEDERSEN M, HOU-HENSEN K: Leiomyosarcoma of the urinary bladder after cyclophosphamide. *J Clin Oncol* 1995; **13 (2)**: 532-533.

Dra. N. Sorinas Delgado
Servicio de Urología
Hospital San Jorge
C/ Martínez de Velasco, s/n
Huesca

(Trabajo recibido el 7 julio de 2000)