

HEMANGIOMA VESICAL DIFUSO

F. ARIAS FÚNEZ, F.J. BURGOS REVILLA, M. JIMÉNEZ CIDRE,
N. CRUZ GUERRA, C. CUESTA ROCA*, A. ESCUDERO BARRILERO

Servicio de Urología. *Servicio de Anatomía Patológica. Hospital "Ramón y Cajal". Madrid.

PALABRAS CLAVE:

Hemangioma vesical. Angiomatosis vesical.

KEY WORDS:

Bladder haemangioma. Bladder angiomatosis.

Actas Urol Esp. 24 (5): 416-418, 2000

RESUMEN

Presentamos un caso de hemangioma vesical difuso evolucionado desde la infancia, haciendo hincapié en el diagnóstico y tratamiento de este tipo de tumores, así como en el análisis anatopatológico de dicha lesión. Revisamos la literatura.

ABSTRACT

Contribution of a case report of diffuse bladder haemangioma developed since childhood, focusing on the diagnosis and management of these tumours and on the pathoanatomical analysis of the lesion. Literature review.

Los hemangiomas vesicales son tumores benignos que constituyen tan sólo el 0,6% de todos los tumores vesicales. Son más frecuentes en la raza blanca y su pico máximo de incidencia es en la edad pediátrica, presentándose el 65% antes de los 15 años. Suelen asociarse con malformaciones vasculares a otro nivel, de forma aislada o formando parte de síndromes malformativos congénitos. Los episodios de hematuria total monosintomática e intermitente son su manifestación clínica básica.

CASO CLÍNICO

Varón de 30 años de edad que presenta un cuadro de hematuria intensa, indolora, anemizante, coincidiendo con la ingesta de AAS, que motivó su ingreso. Refiere episodios de hematuria total monosintomática, en número de 2 ó 3 anuales, de años de evolución y diagnosticado de lesión angiomatosa, única y de pequeño tamaño, en la infancia sin seguir controles posteriores.

Diagnosticado de Enfermedad de Crohn. Apendicectomía.

A la exploración física sólo es destacable una lesión plana, indolora, subcutánea y de color violáceo en cara antero-externa del muslo derecho compatible con angioma cutáneo.

En las exploraciones analíticas únicamente apreciamos descenso importante en las cifras de hemoglobina (8,4 gr/dl) junto con hematuria macroscópica. La citología urinaria no demostró celularidad maligna.

La ecografía demostró un engrosamiento difuso de la pared vesical a nivel de cúpula y cara anterior.

En la urografía intravenosa apreciamos múltiples defectos de repleción en todo el contorno vesical con normalidad del tracto urinario superior (Fig. 1).

Al paciente se le realizó una endoscopia vesical donde se apreciaron múltiples lesiones vasculares, tortuosas, dilatadas, no pediculadas y confluentes a nivel de cúpula y cara anterior

**FIGURA 1**

vesicales, junto con otras lesiones aisladas, de menor tamaño y de afectación, en apariencia, submucosa. No se tomaron biopsias frías.

En el TAC se aprecia una lesión nodular a nivel anterosuperior, con calcificaciones en su interior, que interesa a todas las capas vesicales, sin afectación de la grasa perivesical, con captación de contraste en cortes tardíos y compatible con malformación vascular. No se aprecian otras lesiones (Fig. 2).

Con el diagnóstico clínico de tumoración vascular vesical se realizó cistectomía parcial de cúpula y parte de cara anterior, junto con resección submucosa o fulguración del resto de las lesiones visualizadas.

El estudio macroscópico de la pieza quirúrgica informó de hemangioma difuso con afectación del total de la pared vesical, apreciando al corte múltiples cavidades intramurales repletas de material hemático (Fig. 3), y en el análisis microscópico angiomatosis difusa que alcanza el borde de resección quirúrgica y extensión del tumor al tejido adiposo (Fig. 4, tinción H.E. x40).

FIGURA 2

DISCUSIÓN

Los hemangiomas vesicales son tumores benignos que se presentan con muy baja frecuencia, 0,6% de todos los tumores vesicales. H. Jahn y cols.¹ recogen un total de 106 casos publicados. De tamaño variable, pueden alcanzar hasta 10 cm de diámetro. Su extensión a la capa muscular ocurre en el 64% de los casos y en ocasiones, dejados a su crecimiento libre, se extienden a nivel extravesical e invaden otros órganos pélvicos ocasionando la descrita angiomatosis pélvica². Entre el 30% y el 40% de los hemangiomas vesicales, según los diferentes autores, se asocian con lesiones angiomas a otro nivel, de predominio subcutáneo y localización genital, hemiabdomen inferior y extremidades. En otras ocasiones forman parte de síndromes congénitos como el S. de Klippel-Trenaunay-Weber (angioma cutáneo, hiperтроfia de miembro inferior y angioma en médula espinal) que asocia hemangioma vesical en un 3% a 6% de los pacientes, lo que obliga a realizar, tanto en estos pacientes como a los pertenecientes al grupo anterior, los estudios urológicos adecuados para el diagnóstico de estos tumores vasculares^{2,3}.

Las exploraciones radiológicas complementarias ayudan al diagnóstico. En la UIV se aprecian defectos de repleción múltiples en la pared vesical (34% son multicéntricos y hasta un 60% de localización trigonal). La ecografía y el TAC demuestran engrosamiento irregular de la pared vesical y fijación del contraste en fases tardías con valores en unidades Hounsfield similares a



FIGURA 3

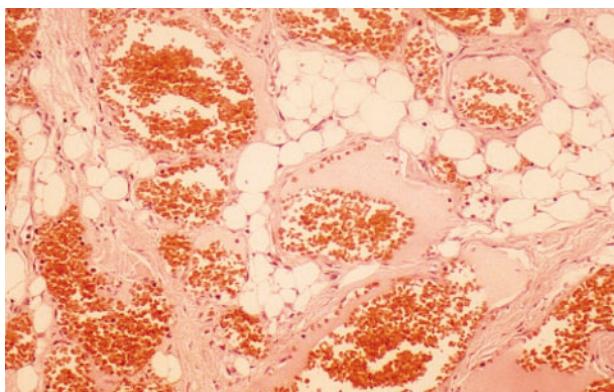


FIGURA 4

las del músculo⁴. La confirmación diagnóstica viene dada por la visualización endoscópica de las lesiones típicas, obviando la identificación histológica por el riesgo de hemorragia incoercible.

Aunque es una lesión benigna, su crecimiento puede desencadenar un cuadro crónico, y el tratamiento de elección es la cistectomía parcial que nos permite la confirmación diagnóstica definitiva y descartar la existencia de un carcinoma urotelial, asociación, aunque rara, descrita en la literatura¹.

Como en el caso que presentamos, la existencia de una angiomatosis difusa de la pared vesical obliga a controles periódicos con el objeto de identificar posibles recurrencias que, debido a su tamaño inicialmente mínimo, son susceptibles de ser tratadas mediante vaporización con láser de Neodimio-Yag, demostrado como tratamiento de elección en este tipo de lesiones^{2,5,6}.

REFERENCIAS

1. JAHN N, NISSEN HM: Haemangioma of the urinary tract: review of the literature. *Br J Urol* 1991; **68** (2): 113-117.
2. GARCÍA IBARRA F, DOMÍNGUEZ HINAREJOS C: Tumores en la infancia. En: Tratado de Urología. JR Prous Editores. Barcelona 1993: 1.361-1.362.
3. ROBERT deLONG G, ADAMS R: Anormalidades del desarrollo y congénitas del sistema nervioso. En Harrison: principios de medicina interna. Ed. McGraw Hill, Inc. 2475.
4. ANDREO LA y cols: TAC del hemangioma vesical (a propósito de un caso). *Acta Urol Esp* 1986; **10**: 201.
5. JOSEPH A, SMITH Jr: Urologic laser surgery. En: Campbell's urology 6th ed. Edited by Patrick C. Walsh et al. 1992: 2.930.
6. OKADA K et al: Transurethral Nd-Yag laser surgery for bladder tumors. *Urology* 1982; **20**: 404.

Dr. F. Arias Fúnez
Servicio de Urología
Hospital Ramón y Cajal
Ctra. Colmenar Viejo, km. 9,100
28034 Madrid

(Trabajo recibido el 29 Marzo de 1999)