

PRESENTACIÓN DE DOS NUEVOS CASOS DE PAPILOMA INVERTIDO VESICAL, CURSANDO UNO DE ELLOS CON OBSTRUCCIÓN URINARIA AGUDA

J.M. MONGE MIRALLAS*, A. ASENSIO LAHOZ*, F. MARTÍNEZ BRETONES*, O. ACINAS GARCÍA**

**Servicio de Urología. **Servicio de Anatomía Patológica. Hospital "Sierrallana". Torrelavega (Cantabria).*

PALABRAS CLAVE:

Papiloma invertido. Carcinoma transicional. Obstrucción urinaria.

KEY WORDS:

Inverted papilloma. Transitional cell carcinoma. Urinary obstruction.

Actas Urol Esp. 24 (5): 419-422, 2000

RESUMEN

El papiloma invertido es un tumor poco frecuente (2.2% de los tumores uroteliales), y considerado de comportamiento benigno. La localización vesical es la más frecuente y su crecimiento suele ser endofítico hacia la submucosa. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son hematuria y sintomatología obstructiva. Presentamos dos casos de papiloma invertido vesical, destacando en uno de ellos el curso clínico poco frecuente con obstrucción urinaria aguda recidivante. A pesar de su comportamiento benigno se recomienda seguimiento estricto ya que puede asociarse en ciertos casos con carcinoma de células transicionales. Realizamos una revisión bibliográfica de esta entidad tumoral sobre aspectos de su etiología, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento.

ABSTRACT

Inverted papilloma is a rare tumour (2.2% of urothelial tumours) considered to be benign. The bladder is the most frequent site and growth tends to be endophytic towards the submucosa. Haematuria and obstruction symptoms appear to be the most typical clinical manifestations. Contribution of two cases of inverted bladder papilloma; one showing very unusual clinical development with relapsing acute urinary obstruction. Strict follow-up is recommended in spite of its benign behaviour as it may become associated to transitional cell carcinoma. Literature review on this tumoral entity in terms of etiology, clinical manifestations, diagnosis and treatment.

El papiloma invertido es un tumor urotelial benigno poco frecuente, representa aproximadamente el 2,2% de los tumores del tracto urinario. Su localización más frecuente es en la vejiga (90%), y con menor frecuencia en uréter, pelvis y uretra^{1,2}. A pesar de que se considera una lesión

benigna se debe diferenciar del carcinoma de células transicionales de crecimiento invertido que se produce en el 2,6% de los casos³. Además puede asociar tumor urotelial sincrónico o metacrónico en 10% de casos^{3,4} por lo que precisa un seguimiento estricto.

Las manifestaciones clínicas son similares a las del carcinoma de células transicionales siendo la hematuria la más frecuente^{1,5,6}, y a veces asociados a síntomas urinarios obstructivos^{7,8}.

Presentamos dos nuevos casos de papiloma invertido, destacando uno de ellos por la forma poco frecuente de evolución clínica en forma de obstrucción urinaria aguda recidivante, en un paciente adulto de 46 años. Asimismo se revisan aspectos clínico-patológicos de esta entidad tumoral.

CASOS CLÍNICOS

Caso n° 1.- Paciente varón de 46 años que consulta por sintomatología urinaria obstructiva baja con dificultad para iniciar la micción, chorro miccional flojo a veces entrecortado con episodios repetidos de retención urinaria aguda, que precisaron sonda vesical de forma temporal, recidivando la retención urinaria aguda tras la retirada del catéter uretral. La exploración física era normal, y en el tacto rectal se palpa una glándula prostática pequeña, aplanada y de consistencia adenomatosa.

Los estudios analíticos en sangre eran normales, mientras que en el sedimento urinario presenta microhematuria (> 100 h/c) siendo el urocultivo negativo. Se realizó ecografía abdominal, siendo ésta informada como normal, únicamente informando la presencia de lóbulo medio prostático (Fig. 1). La citología urinaria era negativa malignidad.

Ante la persistencia de la microhematuria se realizó urografía intravenosa que mostraba un

tracto urinario superior y vía urinaria normales, una vejiga de lucha trabeculada pseudodiverticular, con un defecto de repleción central informado como lóbulo medio prostático.

La cistoscopia fue concluyente observando una lesión polipoide con pedículo amplio móvil, localizada en la zona subtrigonal-yuxtavesical, que se apone a modo de válvula sobre uretra prostática obstruyendo la misma con el llenado con suero de la vejiga.

Se procedió a resección transuretral, resecando dicha lesión de aproximadamente 2 x 1 cm. El estudio anatomopatológico de la tumoración muestra células de epitelio transicional dispuestas en gruesos cordones y trabéculas, delimitadas por finas bandas de tejido fibroso. Las células son monomorfas y no presentan atipias nucleares siendo escasas las mitosis. Entre los nidos celulares se observan de forma salpicada formas glandulares bien definidas. Revistiendo alguno de los fragmentos presenta epitelio transicional residual, mostrando el crecimiento endofítico de la lesión (Fig. 2). El diagnóstico anatomopatológico fue de papiloma invertido vesical.

Después de dos años de seguimiento no se ha observado recidiva tumoral y el paciente está asintomático, presentando una dinámica miccional con normalidad.

Caso n° 2.- Paciente varón de 73 años con antecedentes de intervención quirúrgica de hernia inguinal izquierda, sin otras alteraciones sistémicas. Como antecedentes urológicos únicamente destacar padecimiento de urolitiasis con expulsión de dos cálculos hace siete años.

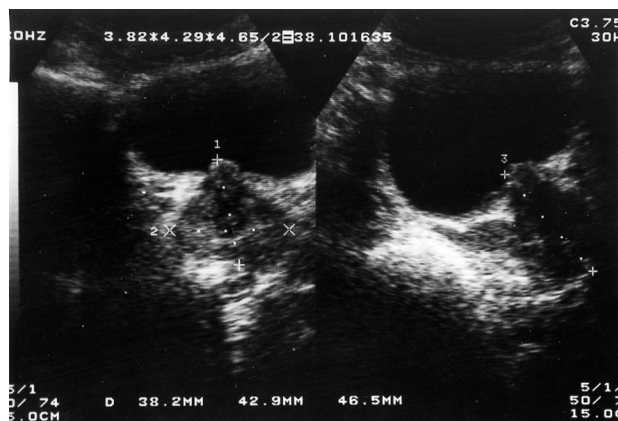


FIGURA 1

FIGURA 2

El enfermo consulta por hematuria macroscópica indolora, con varios episodios repetidos en los últimos meses. La exploración física era normal y al tacto rectal se palpa una próstata bilobulada (grado 2) de consistencia adenomatosa.

Se realiza ecografía abdominal que manifiesta una lesión polipoide vesical de 1,7 cm. El diagnóstico se confirma con cistoscopia observando una neoformación de base sesil y en forma de pólipo en cara derecha yuxtameatal, sin afectación del meato ureteral.

La analítica en sangre y orina fue normal y el PSA 4 ng/ml.

Se realizó resección transuretral de la lesión.

El estudio anatomopatológico muestra crecimiento de nidos sólidos y cordones ramificados de células transicionales bien diferenciadas, delimitadas externamente por capa basal continua sin infiltración de la lámina propia. Las células epiteliales son regulares, de contornos redondeados y con escasa actividad mitótica. Los nidos celulares están separados por escaso estroma vascularizado. En la superficie se reconoce epitelio urotelial hiperplásico bien conservado. El diagnóstico fue de papiloma invertido vesical.

Tras un año de seguimiento no ha presentado recidiva tumoral.

DISCUSIÓN

El papiloma invertido es un tumor poco frecuente del tracto urinario inferior, supone el 2,2% de los tumores en esta localización. La mayoría se localizan en la vejiga, sobre todo en la zona cérvicotrígona (80-90%) y yuxtameatales pero sin afectación de los meatos uretrales^{5,9,10}, aunque también puede afectar a pelvis (7%) y uréter (12%), o uretra (3%)^{2,7,11}. Son más frecuentes en el sexo masculino que en el femenino (7/1), siendo la edad más frecuente de afectación entre la quinta y séptima décadas^{2,5,11}. Las primeras descripciones de esta tumoración se deben a Paschkis¹² en 1927, aunque la primera referencia con el término de papiloma invertido se atribuye a Potts y Hirst⁹ en 1963. Histológicamente el papiloma invertido se considera una neoformación de comportamiento benigno, aunque hasta en 10% de los pacientes con PI presentarán en algún momento evolutivo carcinoma de células transicionales de forma sincrónica o metacrónica en el tracto urinario^{3,5} (42% en la serie de Valero y cols.¹³).

Macroscópicamente se presenta como una tumoración polipoidea pediculada o sesil, y suele ser solitaria^{1,2,4,5}. Henderson¹⁴ en 1975 estableció unos criterios para su diagnóstico que actualmente siguen siendo mayoritariamente aceptados. Consisten en presentar la tumoración una configuración invertida con una capa superficial de urotelio normal, que penetra dentro del tumor dando un aspecto papilar, uniformidad de las células epiteliales, mitosis ausentes o infrecuentes, formación de microquistes en el centro del cordón celular con material PAS+ en su interior y metaplasia escamosa¹⁴. Posteriormente, Kunze estableció dos tipos histológicos: tipo trabecular, con presencia de cordones y trabéculas de disposición irregular; y tipo glandular, que presenta nidos de células uroteliales con estructuras pseudoglandulares con epitelio columnar secretor o metaplasia intestinal con moco en su interior. Esta diferenciación no parece tener implicación pronóstica¹.

La histogénesis es controvertida, para algunos autores se forman por proliferación de las células basales subcervicales de Albarrán y subtrigonales de Home⁹. Para otros se deberían a procesos irritativos generalmente infecciosos que actúan sobre los nidos de Von Brunn^{4,15}.

La manifestación clínica más frecuente es la hematuria como en el resto de procesos neoformativos uroteliales, seguida de síntomas irritativos miccionales, y síntomas obstructivos en los casos que asientan en el trigono. Sin embargo son muy raros los casos que ocasionan retención urinaria aguda, como ocurrió en uno de nuestros casos en un paciente adulto de 46 años sin otra patología que justificara dicho cuadro clínico. Actualmente cada vez son más frecuentes los casos que se diagnostican de forma casual en el curso de otras exploraciones diagnósticas sobre todo mediante ecografía^{1,5,10,13}.

Además de la historia clínica, exploración física y analítica básica en sangre y orina, las exploraciones complementarias para su diagnóstico vienen determinadas por las manifestaciones clínicas, y suelen consistir en ecografía, urografía intravenosa y cistoscopia. La urografía suele mostrar un defecto de replección vesical, aunque a veces puede no observarse el mismo en el cistograma^{5,6}. En la ecografía la tumoración por su localización puede confundirse con el lóbulo medio prostático del cual debe diferenciarse. La citología

es poco útil ya que son tumores de crecimiento endofítico con escasa descamación celular, y las células epiteliales tienen características normales^{5,6}. En la cistoscopia suele observarse una tumoración polipoide pediculada o sesil, y suele ser única (sólo en el 6% son multicéntricos)⁸ localizada sobre todo en trigono y caras laterales yuxtameatal.

El tratamiento consiste en la resección transuretral de la lesión, no precisando tratamiento quimioterápico endovesical posterior según la mayoría de autores. En principio se considera una lesión benigna, siendo rara la recidiva, aunque se han descrito algunos casos^{1,4,8,13}. Los pacientes precisan un seguimiento estricto ante la posibilidad de asociación con otro tumor urotelial maligno en algún momento evolutivo^{3-5,7,11,13}. Algunos autores, han comprobado que la elevada actividad proliferativa cuantificada con la expresión del antígeno Ki-67 es factor pronóstico desfavorable, y recomiendan tratar al papiloma invertido como un carcinoma transicional papilar superficial¹³.

REFERENCIAS

1. KUNZE E, SCHAUER A, SCHMITT M: Histology and histogenesis of two different types of inverted papillomas. *Cancer* 1983; **51**: 348-358.
2. GIMÉNEZ N, SANZ JI, ESCLARIN MA, MARIGIL M: Papiloma invertido de uréter. A propósito de un caso. *Actas Urol Esp* 1998; **22** (4): 370-373.
3. ANGULO J, LÓPEZ J, TOLEDO J, FLORES N: Carcinoma papilar de crecimiento invertido. *Arch Esp Urol* 1993; **46** (8): 695-698.
4. RENFER G: Inverted papilloma of the urinary tract: histogenesis, recurrence and associated malignancy. *J Urol* 1988; **140**: 832-834.
5. FERRERO R, GUZMÁN PL, MORGA JP, NAVAS J, TOMÁS M, RICO JL, SEMPERE A, GIL J, FONTANA: Papiloma invertido: presentación de 5 casos y revisión de la literatura española. *Actas Urol Esp* 1998; **22** (2): 131-136.
6. VESGA F, ACHA M, ALBISU A, BLASCO M, LLARENA R, PERTUSA C: Papiloma invertido vesical. A propósito de un nuevo caso. *Arch Esp Urol* 1994; **47** (6): 615-616.
7. FERNÁNDEZ A, PEINADO F, GÓMEZ-SANCHA F, FERNÁNDEZ M, TEBA DEL PINO R, ARELLANO R, ROMERO J, PEREIRA I: Cuatro nuevos casos de papiloma invertido urotelial. *Actas Urol Esp* 1998; **22** (7): 620-623.
8. ROZANSKI TA: Inverted papilloma: an unusual recurrent, multiple and multifocal lesion. *J Urol* 1996; **155** (4): 1.391-1.392.
9. POTTS IF, HIRST E: Inverted papilloma of the bladder. *J Urol* 1963; **90**: 175-179.
10. NAPAL S, MARMOL S, RAJAB R, LOTO R: Un nuevo caso de papiloma de células transicionales de tipo invertido. *Arch Esp Urol* 1993; **46** (8): 726-729.
11. PEREIRA J, ZABALZA I, MARAÑA M, ESCOBAL V, JORGE A, PAZ JL, IBARLUZEA JG, BERNUY C: Presentación sincrónica de papiloma invertido vesical y carcinoma transicional de pelvis renal. *Arch Esp Urol* 1995; **48** (10): 1.047-1.050.
12. PASCHKIS R: Über adenome der hohlblase *Zeitsch Urol Chir* 1927; **21**: 315. Citado por Llorens FJ, López C, Fernández JC, Nova E, Onrubia JA, García F: Criterios diagnósticos y terapéuticos del papiloma invertido. *Actas Urol Esp* 1992; **16**: 402-408.
13. VALERO J, REDONDO E, JIMÉNEZ C, GÓMEZ M, ISORNA S: Papiloma invertido transicional: expresión del antígeno nuclear Ki-67 como factor pronóstico. *Arch Esp Urol* 1995; **48** (9): 887-892.
14. HENDERSON DW, ALLEN PW, DOURNE AJ: Inverted urinary papilloma. Report of 5 cases and review of the literature. *Virch Arch* 1975; **336**: 177-186.
15. SPEVACK L, HERSCHORN S, SRIGLEY J: Inverted papilloma of the upper urinary tract. *J Urol* 1995; **153**: 1.202-1.204.

Dr. J.M. Monge Mirallas
C/ Autonomía, 21 - chalet 28
39012 Santander (Cantabria)

(Trabajo recibido el 2 Julio de 1999)