

CASO CLÍNICO

Leiomioma de vejiga

De Silva-Gutiérrez Alfonso,^{a,*} Martínez-Méndez María Esther,^b González-Romo Marco Aurelio,^c Nava-Jácome Óscar,^a Castillo-Zurita Óscar,^a Morales-Díaz Joaquín,^a Moreno-García Miguel.^c

^a Servicio de Urología, Hospital de Alta Especialidad “Dr. Juan Graham Casasús”, SS. Villahermosa, Tab., México.

^b Servicio de Imagenología, Hospital de Alta Especialidad “Dr. Juan Graham Casasús”, SS. Villahermosa, Tab., México.

^c Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de Alta Especialidad “Dr. Juan Graham Casasús”, SS. Villahermosa, Tab., México.

PALABRAS CLAVE

Leiomioma, vejiga, cistectomía parcial, reimplante ureteral, México.

Resumen Los leiomiomas vesicales son tumores de origen mesenquimal, con una baja incidencia en la población en general, y correspondiendo a menos del 1% de todos los tumores vesicales. Dependiendo de su tamaño, localización y tipo de crecimiento pueden cursar asintomáticos o generar síntomas del tracto urinario inferior (STUI) y hematuria. Presentamos el caso de una paciente de 54 años edad con STUI, hematuria y dolor lumbar, la cual fue tratada previamente por infecciones urinarias de repetición, los estudios de imagen demostraron una tumoración intravesical y ureterohidronefrosis izquierda secundaria a compresión perimeatal. Se practicó cistectomía parcial y reimplante ureteral, teniendo una evolución satisfactoria. Realizamos una revisión de la literatura en relación a dicha patología.

KEYWORDS

Bladder leiomyoma, partial cystectomy, ureteral reimplant, Mexico.

Bladder leiomyoma

Abstract Bladder leiomyomas are tumors that arise in the mesenchyme. They have a low incidence in the general population, corresponding to less than 1% of all bladder tumors. Depending on their size, location, and type of growth, they can be asymptomatic or cause lower urinary tract symptoms (LUTS) and hematuria. We present herein the case of a 54-year-old woman with LUTS, hematuria, and lumbar pain, who was previously treated for recurrent urinary infections. Imaging studies showed an intravesical tumor and left ureterohydronephrosis secondary to perimeatal compression. Partial cystectomy and ureteral reimplant were carried out and the patient had satisfactory progression.

* Autor para correspondencia: Venustiano Carranza N° 220 Centro, C.P. 86000, Villahermosa, Tab., México. Teléfono y Fax: (01 993) 3124665. Correos electrónicos: adesilva2@prodigy.net.mx, alfonsodesilva@gmail.com

Introducción

El leiomioma vesical es un tumor benigno de origen mesenquimatoso, extremadamente raro. Su incidencia representa menos del 1% de todas las neoplasias vesicales,¹ siendo más frecuente su presentación en mujeres, con una proporción de 5:2 en relación a los hombres.² La mayoría de los casos son diagnosticados de manera casual, tras el estudio histopatológico de las muestras remitidas, producto de una resección transuretral (RTU) con diagnóstico inicial de un probable carcinoma vesical. Sin embargo, las lesiones de gran tamaño pueden orientarnos al diagnóstico por las características morfológicas de la lesión. Presentamos el caso de un leiomioma de gran tamaño, el cual fue tratado con cistectomía parcial y reimplante uretral con evolución satisfactoria.

Presentación del caso

Paciente femenina de 54 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial controlada, la cual acudió a consulta por presentar síntomas de tracto urinario inferior (STUI) caracterizados por ardor, urgencia miccional, sensación de vaciamiento vesical incompleto y polaquiuria, a lo que se suman dos episodios de hematuria macroscópica y la presencia de dolor de tipo gravitativo en fossa renal izquierda; todo esto, con un año de evolución, siendo manejada por facultativo presumiblemente como infección urinaria.

A su llegada al Servicio, se le practicó ultrasonido (US) de vías urinarias, el cual demostró la presencia de una tumoración sólida en piso y cara lateral izquierda de vejiga, que

involucraba aparentemente el meato ureteral causando ureterohidronefrosis izquierda (fig. 1). Se le realizó urotomografía (Uro TAC) encontrando una lesión sólida bien delimitada, dependiente de vejiga, de 9 x 8 x 7 cm, sin aparente involucro extravesical y sin evidencia de linfadenopatía pélvica (fig. 2). La cistoscopia mostró una lesión que ocupaba el 50% de la vejiga en su lado izquierdo difícil de delimitar, recubierta de urotelio, aparentemente sin alteraciones; se toma biopsia de la misma reportando, simplemente urotelio con reacción inflamatoria. Dado el volumen tumoral se le realiza cistectomía parcial con reimplante uretral, sin eventualidades. El reporte histopatológico confirmó un leiomioma intramural de vejiga (figs. 3 y 4). La evolución posoperatoria fue satisfactoria.

Discusión

El leiomioma, tumor benigno que deriva en la fibra muscular lisa, puede aparecer a cualquier nivel del tracto urinario, siendo el riñón y la vejiga las localizaciones más frecuentes.³ De las neoplasias no epiteliales es el más frecuente, seguido del hemangioma.⁴

Pueden ser asintomáticos y cuando presentan síntomas son inespecíficos, refiriéndose generalmente la presencia de síndrome urinario irritativo bajo y hematuria.^{5,6} En nuestro caso, dichos síntomas estuvieron presente y dado el volumen y localización de la tumoración, se suma la presencia de obstrucción ureteral causando hidronefrosis y dolor renal secundario.

En relación a su diagnóstico, el US vesical es el estudio de imagen que con mayor frecuencia detecta dichos tumores, como acontece con otro tipo de neoplasias intravesicales,⁷ siendo de pequeño volumen en la mayoría de los casos al momento de su diagnóstico. La cistoscopia deja de manifiesto la presencia de una tumoración de base sésil, no arborcente y que protruye hacia la luz de la vejiga.

Su localización más frecuente es el área del trigono, pero pueden encontrarse en cualquier segmento de la vejiga,⁴ en relación a su origen o desarrollo dentro de la pared vesical



Figura 1 US vías urinarias: ureterohidronefrosis y masa tumoral intravesical.

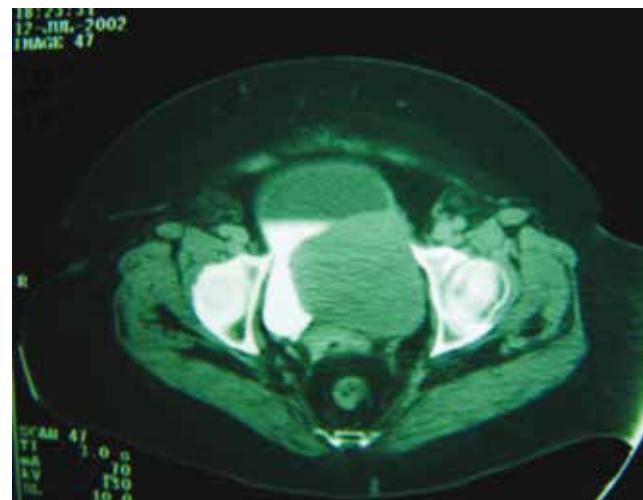


Figura 2 Uro TAC demuestra tumoración dependiente de vejiga, sin linfadenopatía.

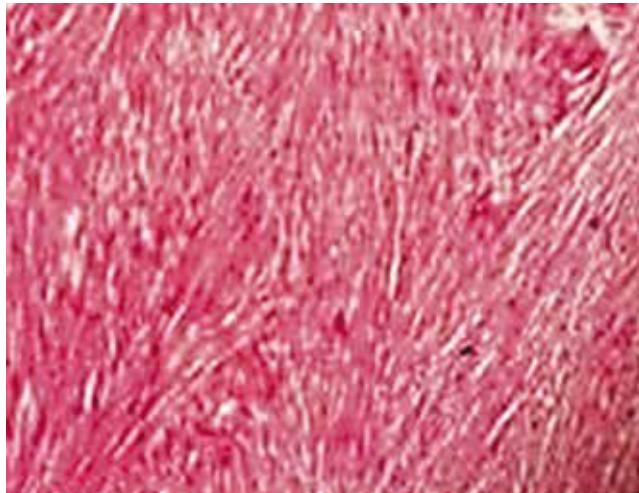


Figura 3 Haces musculares bien organizados con entrecruzamiento de fibras correspondientes a un leiomioma (Hematoxilina & eosina, 40X).

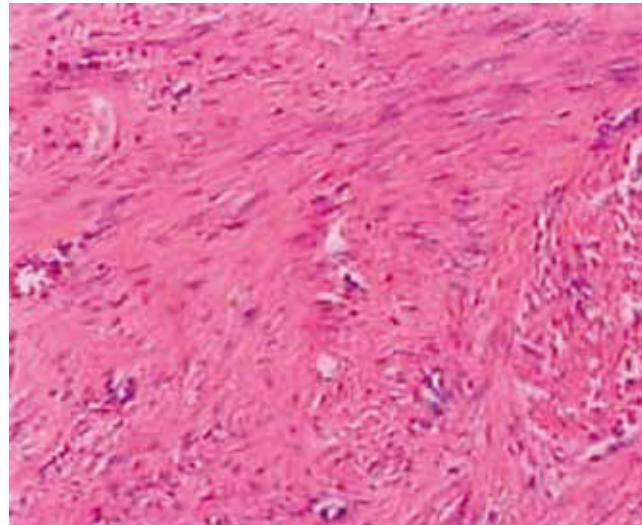


Figura 4 Fibras de tejido muscular liso, núcleos hiperchromáticos sin evidencia de mitosis (Hematoxilina & eosina, 100X).

estos pueden ser extramurales, intramurales y submucosos, siendo estos últimos los más frecuentes, representando el 50% de los casos reportados.^{1,8,9}

Las teorías etiopatogénicas son muy diversas, tratándose de explicar su origen por un factor inflamatorio, una metaplasia perivascular, un componente de hiperestimulación hormonal, y finalmente, como una posible degeneración de remanentes de los conductos de Wolf o Müllerianos.^{10,11}

Las lesiones pequeñas habitualmente se tratan con la RTU,¹² las cuales suelen confundirse con carcinomas vesicales, siendo el estudio histopatológico el que demuestra la naturaleza de esta lesión benigna y la presencia de fibras musculares lisas; los estudios de inmunohistoquímica con marcadores para actina, desmina y CD34 son positivos, y generalmente no presentan mitosis. En los casos de grandes masas vesicales estos pueden tratarse con enucleación, o en los casos de tumores intramurales por medio de la cistectomía parcial,^{1,13,14} como en nuestro caso. Su pronóstico es favorable, y generalmente son lesiones únicas.

Dada la poca incidencia de reportes de este tipo de tumores, exponemos el presente caso, considerando que es importante tener en mente dicha patología dentro de los diagnósticos diferenciales de las neoplasias vesicales.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiamiento

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Referencias

- Cánovas-Ivorra JA, García-Zamora JA, Vierna-García J, et al. Leiomioma vesical. A propósito de dos nuevos casos y revisión de la Literatura. Arch Esp Urol 2007;60(6):684-687.
- Gibanel-Garanto R, Mallafre-Sala JM, Rodríguez-Casado A, et al. Leiomioma vesical Actas Urol Esp 2001;25(9):662-663.
- Teran AZ, Don-Gambrell R. Leiomyoma of the bladder: case report and review of the literature. Int J Fertil 1989;34:289.
- Moyano Calvo JL, Marín MA, Dávalos Casanova G, et al. Leiomioma vesical en paciente varón de diecisiete años. Arch Esp Urol 2005;58(9):954-956.
- Ferrero-Doria R, Ramos-Níguez JA, García-Víctor F, et al. Leiomioma vesical. Presentación de un caso clínico. Arch Esp Urol 2005;58(10):1072-1075.
- Sudhakar PJ, Neelam Malik, Ashok Malik. Leiomyoma of bladder. Saudi J Kidney Dis Transpl 2008;19(2):232-235.
- Jiménez JI, Lozano F, De Pablo A, et al. Leiomioma de vejiga a propósito de un caso. Actas Urol Esp 2001;25:223.
- Silva M, Massó P, Versos R, et al. Leiomioma de vejiga. Análisis de agregación de 90 casos. Actas Urol Esp 2003;27:581.
- Vargas-de la Cruz I. Anatomía Patológica de los tumores vesicales. Rev Mex Urol 1963;22:153-163.
- Rodríguez JM, Torroella V, Ramírez J, et al. Leiomioma vesical. Revisión de la literatura y presentación de un nuevo caso. Arch Esp Urol 2000;53:167.
- Mizuno K, Sasaki S, Tozawa K. Leiomyoma of the urinary bladder during pregnancy. Int J Urol 2003;10:407.
- Aguado-López H, Cantú-Salinas N, Muñoz-Islas E, et al. Leiomioma Vesical. Rev Mex Urol 2010;70(6):380-383.
- Ninan AC, Luce S, Kimber IJ, et al. Endoscopic enucleation of leiomyoma of the bladder. Urol Int 2005;75:8.
- Sinan E, Serdar T, Ekgül-Sinan S, et al. Intramural leiomyoma of the bladder. Turk J Cancer 2000;30(1):44-47.