



Revista Mexicana de
UROLOGIA
ÓRGANO OFICIAL DE DIFUSIÓN DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE UROLOGÍA

www.elsevier.es/uromx



CASO CLÍNICO

Leiomoma vesical. Reporte de un caso



A. Castro-Gaytán^{a,*}, B. Cisneros-Madrid^a, I. Montes-Mojarro^b, J.P. Lomelín-Ramos^a,
M.A. Bonilla-Becerril^a y T.P. Nava-López^a

^a Departamento de Urología, Centro Médico American British Cowdray, México, D.F., México

^b Departamento de Patología, Centro Médico American British Cowdray, México, D.F., México

Recibido el 25 de septiembre de 2014; aceptado el 27 de octubre de 2014

Disponible en Internet el 23 de enero de 2015

PALABRAS CLAVE

Neoplasia;
Leiomoma vesical;
Histopatológico;
Inmunohistoquímica

Resumen Se realiza la siguiente revisión de caso clínico de leiomoma vesical y literatura reportada, de manera que logremos ampliar nuestro conocimiento sobre diagnóstico y tratamiento, ya que su presentación es poco frecuente, representando menos del 1% de las neoplasias de vejiga, con mayor incidencia en mujeres en la quinta década de vida. La localización más común es endovesical y su etiología y patogénesis son aún inciertas. Clínicamente, pueden acompañarse de sintomatología urinaria irritativa; sin embargo, la mayoría de ellos son de diagnóstico incidental por su curso asintomático. El estudio histopatológico e inmunohistoquímico son indispensables para el diagnóstico definitivo.

Paciente femenino de 34 años de edad, con diagnóstico histopatológico de carcinoma urotelial in situ, quien acude a nuestro centro por segunda valoración médica; se revisan los estudios de imagen y se determina la discrepancia con reporte histopatológico, por lo que se solicita revisión de laminillas reportando leiomoma vesical.

En este caso clínico destaca la importancia del diagnóstico histopatológico definitivo y su correlación con los estudios de imagen para proporcionar al paciente la mejor opción terapéutica. Debido a su presentación extremadamente rara, su diagnóstico y sospecha clínica son aún un reto para el urólogo y el patólogo.

© 2014 Sociedad Mexicana de Urología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Neoplasm;
Bladder leiomyoma;
Histopathologic;
Immunohistochemical

Bladder leiomyoma. A case report

Abstract Through the report of the following clinical case of bladder leiomyoma and the literature review, we were able to broaden our knowledge in relation to the diagnosis and treatment of this pathology; it is an infrequent disease, representing less than 1% of bladder neoplasias, with a greater incidence in women in their fifth decade of life. It is most commonly

* Autor para correspondencia. Centro Médico American British Cowdray. Av. Carlos Graef Fernández N.º 154 Consultorio 403, Col Tlaxcala Santa Fe. Cuajimalpa, México Distrito Federal, C.P. 05300. Teléfono: +36 03 97 20.

Correos electrónicos: urologiamd@yahoo.com, castrouro@aol.com (A. Castro-Gaytán).

intravesical and its etiology and pathogenesis are still uncertain. It can clinically manifest with irritative urinary symptomatology, but the majority of cases are asymptomatic and thus diagnosed incidentally. Histopathologic and immunohistochemistry studies are essential for making the definitive diagnosis.

A 34-year-old woman had a histopathologic diagnosis of urothelial carcinoma in situ and came to our center for a second medical opinion. A discrepancy was observed between the imaging studies and the histopathologic report, and after reviewing the slides, bladder leiomyoma was determined.

This case underlines the utmost importance of the correlation between the definitive histopathologic diagnosis and the imaging studies for offering the patient the best therapeutic option. Due to the extremely rare presentation of bladder leiomyoma, its clinical suspicion and diagnosis continue to be a challenge for both the urologist and the pathologist.

© 2014 Sociedad Mexicana de Urología. Published by Masson Doyma México S.A. All rights reserved.

Introducción

Dentro de las neoplasias benignas de vejiga, el leiomioma, a pesar de ser rara, es considerada la más común; sin embargo, representa menos del 1% de todas las neoplasias de vejiga que, a diferencia de la mayoría de los tumores de vejiga que se originan del epitelio, tienen origen mesenquimatoso (músculo liso), con importante vascularización, similar a los leiomiomas uterinos^{1,2}. Se ha observado mayor incidencia en mujeres entre la tercera y sexta década de vida, con una media de 44 años de edad¹. Según su localización pueden ser intra, extravesicales o intramurales, siendo los intravesicales la localización más común. Se ha intentado describir su cuadro clínico y tratamiento a partir de la localización, reportando así que el intravesical se presenta, con mayor frecuencia, acompañado de sintomatología de tipo irritativo, a diferencia de los de localización intramural, que tienden a cursar asintomáticos y son de diagnóstico incidental^{2,3}.

La etiología y la patogénesis son aún inciertas; sin embargo, existen diferentes hipótesis, entre ellas: anomalías cromosómicas, infección del músculo liso de vejiga, inflamación perivascular y, por último, la influencia hormonal sustentada en reportes de casos durante el embarazo, así como la presencia de receptores estrogénicos demostrada por inmunohistoquímica^{3,4}. El diagnóstico, en la gran mayoría de los casos, es incidental y el tratamiento, sobre todo de aquellos leiomiomas sintomáticos, es la resección quirúrgica.

Descripción de caso clínico

Paciente femenina de 34 años de edad, quien se presenta en nuestro centro en busca de segunda opinión médica, ya que durante un ultrasonido de control de embarazo (fig. 1) se reporta la presencia de pólipo vesical, por lo que, una vez concluido el embarazo (cesárea, 22 de marzo del 2014), se le solicitó una tomografía de abdomen y pelvis simple y con contraste intravenoso (figs. 2 y 3), la cual muestra



Figura 1 Ultrasonido gineco-obstétrico: imagen hipocogénica polipoide, de 2 cm de diámetro.

imagen de lesión tumoral polipoide de base amplia, de 2 cm de diámetro y contorno bien definido, dependiente del techo a la izquierda de la línea media.

Se le realizó una resección transuretral de tumor (RTU) el pasado 4 de junio del 2014 y se envió tejido a estudio histopatológico, cuyo reporte corresponde a carcinoma urotelial in situ; no se realizan pruebas de inmunohistoquímica. Se propone continuar manejo con BCG intravesical.

Al momento de nuestra primera revisión, 2 semanas posterior a la RTU, la paciente se encuentra asintomática; de igual forma, niega sintomatología preexistente durante su revisión de rutina ginecoobstétrica en el momento de diagnóstico de lesión vesical. Además, cuenta con el antecedente de reemplazo hormonal por tratamiento de infertilidad, consiguiendo finalmente este último embarazo. Se procede a revisar las imágenes de tomografía, reporte de patología, sin dejar de lado el cuadro clínico de la paciente (asintomática, sin hematuria ni dolor); sin embargo, no se



Figura 2 Tomografía simple de abdomen y pelvis: lesión polipoide en el techo vesical de 2 cm de diámetro, sin engrosamiento de pared vesical.

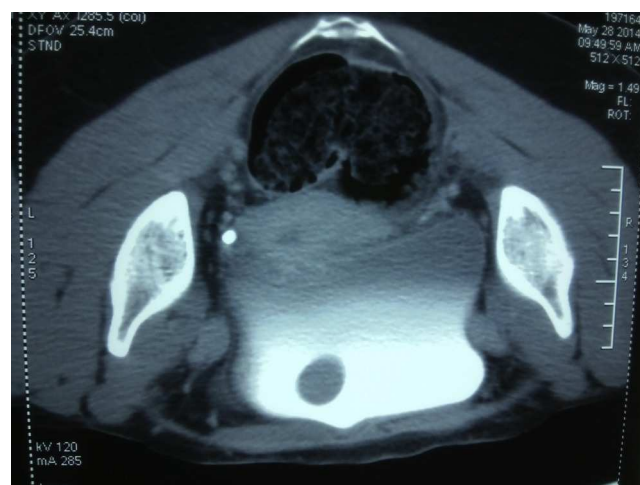


Figura 3 Tomografía de abdomen y pelvis con medio de contraste intravenoso que evidencia defecto de llenado vesical.

logra hacer correlación, ya que la imagen por tomografía no corresponde a un carcinoma de urotelio in situ, siendo la observada de tipo polipoide, y bien delimitada, y al menos no correspondiente con un estadio in situ, como se observa en las [figs. 1-3](#), por lo que se solicita revisión de laminillas con el departamento de Patología, que reporta: proliferación fascicular compacta nodular de músculo liso sin atipia, ni actividad mitótica, indicativa de tumor benigno de músculo liso. La biopsia de cúpula vesical presenta hiperplasia urotelial plana. El urotelio, compuesto por entre 7 y 9 capas de células, sin atipia, y que conserva las células superficiales «en sombrilla». Esto se hace evidente por

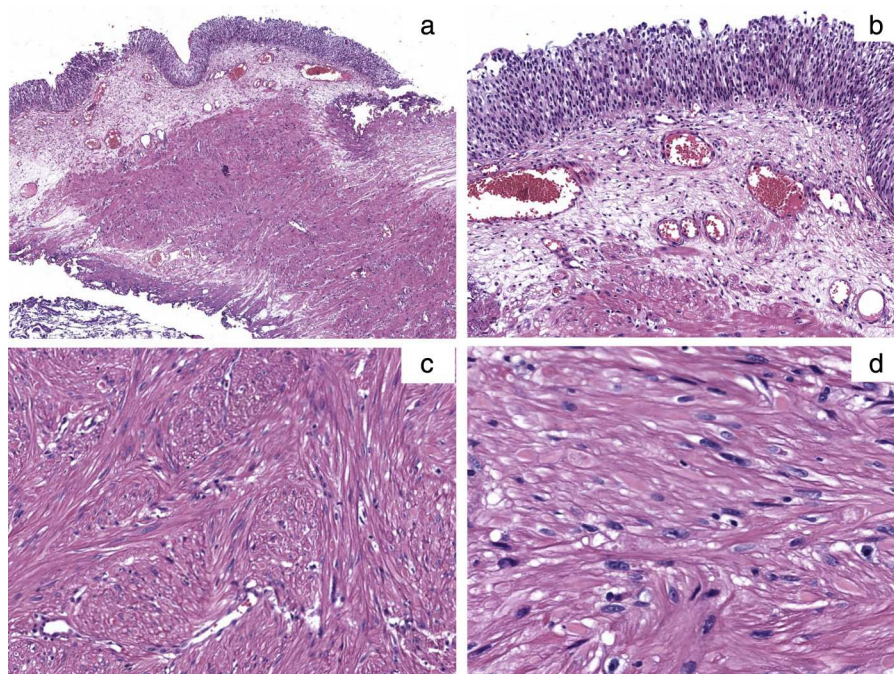


Figura 4 a) Leiomioma intramural vesical. Vista panorámica (hematoxilina-eosina, 40×). b) Mucosa y submucosa urotelial sin alteraciones (hematoxilina-eosina, 100×). c) Haces musculares lisos con aspecto característico (hematoxilina-eosina, 200×). d) Mayor aumento donde se observan escasos núcleos hiper cromáticos sin evidencia de hiper celularidad, mitosis, necrosis ni pleomorfismo nuclear (hematoxilina-eosina, 400×).

medio de la inmunomarcación con CKZO, que únicamente marca las células superficiales. Llama la atención que por debajo del urotelio hiperplásico hay proliferación fascicular, nodular y células de músculo liso que expresan tanto actina como desmina, con un Ki67 bajo, lo cual indica leiomoma (fig. 4 a-d).

Finalmente, dado que el tumor ya había sido resecado endoscópicamente, se propone únicamente vigilancia trimestral.

Discusión

Si bien el leiomoma de vejiga es considerado la neoplasia benigna más frecuente en este órgano, es una entidad extremadamente rara, por lo que su diagnóstico y la búsqueda intencionada del mismo son aún un reto para el urólogo y el patólogo. En la actualidad, existen alrededor de 250 casos reportados en la literatura; fue descrito por primera vez en 1870 por Jackson⁵.

Esta neoplasia ha demostrado tener cierta predilección por el sexo femenino asociado a la presencia de receptores estrogénicos demostrado por inmunohistoquímica^{3,4}.

En este caso clínico se demuestra la falta de familiaridad con las imágenes observadas al microscopio que corresponden sin duda a leiomoma de vejiga y no a carcinoma urotelial, ya que se observa la mucosa del urotelio con características normales sin presencia de proceso necrótico, pleomorfismo ni mitosis.

El diagnóstico suele ser incidental mediante tomografía computarizada, evidenciando una imagen homogénea sólida con márgenes bien definidos, tal como se observa en este caso clínico; la resonancia magnética resulta ser de mayor utilidad, permitiendo demostrar su origen en la submucosa y la preservación de la capa muscular⁶. Sin embargo, el diagnóstico definitivo continúa siendo mediante el estudio histopatológico⁷⁻¹¹ e inmunohistoquímica positiva para tejido muscular (desmina, actina, act HHF-35).

El abordaje se decide sobre la base de su tamaño, localización e involucramiento de estructuras anatómicas tales como el esfínter o meatos ureterales¹². La resección transuretral o bien la electrofulguración se han considerado de elección en el caso de leiomiomas pequeños y, aunque también se ha propuesto la vigilancia activa, se prefiere la resección quirúrgica. La resección parcial se ha reservado para aquellos de mayor tamaño, ya sea por vía laparoscópica, asistida con robot, o bien, abierta^{7,13}.

Conclusiones

El leiomoma vesical es una neoplasia de tipo benigno, poco frecuente. Su etiología es aún incierta, aunque existen

diferentes teorías que la sustentan. El diagnóstico definitivo se realiza mediante estudio histopatológico y su manejo puede ser conservador mediante vigilancia, resección endoscópica para los casos sintomáticos, o bien, resección parcial para aquellos tumores de mayor tamaño.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido ningún financiamiento para la elaboración de este artículo

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Bibliografía

1. Wook PJ, Chang JB, Seo SII, et al. Leiomyoma of the urinary bladder: A series of nine cases and review of the literature. *J Urol*. 2010;76:1425-9.
2. Bai SW, Jung HJ, Jeon MJ, et al. Leiomyomas of the female urethra and bladder: A report of five cases and review of the literature. *Int Urogynecol J*. 2007;18:913-7.
3. Goldman HB, McAhran SE, MacLennan GT. Leiomyoma of the urethra and bladder. *J Urol*. 2007;177:1890.
4. Goluboff ET, O'Toole K, Sawczuk IS. Leiomyoma of the bladder: Report of case and review of literature. *J Urol*. 1994;43:238-41.
5. Herranz LM, Arellano R, Nam Cha S, et al. Leiomoma vesical en un varón. *Arch Esp Urol*. 2004;57:827.
6. Mouli S, Casalino DD, Nikolaidis P. Imaging features of common and uncommon bladder neoplasms. *Radiol Clin N Am*. 2012;50:301-16.
7. Ortiz GA, Poyato JM, Sánchez E, et al. Leiomoma vesical: diagnóstico por imagen. *Arch Esp Urol*. 2002;55:79-81.
8. Sudhakar PJ, Malik N, Malik A. Leiomyoma of bladder. *Saudi J Kidney Dis Transpl*. 2008;19:232-5.
9. Hasan GG, Ozturk U, Can SN, et al. Transurethral resection of a bladder leiomyoma: A case report. *Can Urol Assoc J*. 2014;8.
10. Wong You Cheong JJ, Woodward PJ, Manning MA, et al. From the archives of the AFIP-Neoplasms of the urinary bladder: Radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*. 2006;26:553.
11. Wu S. Imaging findings of atypical leiomyoma of the urinary bladder simulating bladder cancer: A case report and literature review. *Med Ultrason*. 2013;15:161-3.
12. Aguado-López H, Cantú-Salinas N, Muñoz-Islas E, et al. Leiomoma vesical. *Rev Mex Urol*. 2010;70:380-3.
13. Oderda M, Mondaini N, Bartoletti R, et al. Leiomyomata of the genitourinary tract: A case series from the rare urological neoplasm registry. *Scand J Urol*. 2013;47:158-62.