

PRESENTACIONES DE CASOS**Cistitis glandular****Glandular cystitis**

T. Civ. Barbara Paula Piñera^I; 1^{er} Tte. Yaimara Hernández Puentes^{II}; T. Civ. Mercedes Salinas Olivares^{III}; Dra. Myrna Inocencia Moreno Miravalles^{IV}; T. Civ. Midalys Casa de Valle Castro^V; Dr. Ramón Ramos Zayas^{VI}

^IEspecialista de II Grado en Anatomía Patológica. Instructora. Máster en Aterosclerosis y sus Factores de Riesgo. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

^{II}Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Instructora. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

^{III}Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Máster en Aterosclerosis y sus Factores de Riesgo. Instructora. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

^{IV}Especialista de II Grado en Anatomía Patológica. Máster en Aterosclerosis y sus Factores de Riesgo. Profesora Auxiliar. Hospital Pediátrico "Juan Manuel Márquez". La Habana, Cuba.

^VEspecialista de I Grado en Anatomía Patológica. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

^{VI}Especialista I Grado Urología. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se presenta un caso de cistitis glandular, enfermedad rara, generalmente asintomática, que consiste en un desorden proliferativo de las glándulas que producen moco dentro de la mucosa y submucosa del epitelio urinario de la vejiga. La irritación crónica constituye el factor de riesgo de mayor importancia en su aparición. La evolución hacia la malignidad (adenocarcinoma) es excepcional y ocurre en caso de la persistencia del factor de predisposición. Para llegar a establecer el diagnóstico es necesario el examen clínico, radiológico e histológico. A este caso se le realizó ecografía vesical y se encontró tumoración pequeña de 3 cm en fondo vesical, que primeramente se le efectuó biopsia por cistoscopia y después

se resecó totalmente. Confirmado el diagnóstico, el tratamiento fue esencialmente quirúrgico. La vigilancia anual por cistoscopia con biopsias de vejiga resulta necesaria en estos casos. La forma florida es mucho más rara e incapacitante pues precisa resección amplia de las lesiones.

Palabras clave: Cistitis glandular, adenocarcinoma.

ABSTRACT

This is the case of glandular cystitis a uncommon disease generally asymptomatic consisted of a proliferative disorder of glands producing mucus within mucosa and submucosa of vesical urinary epithelium. Chronic irritation is the risk factor more significant in its appearance. Course to malignancy (adenocarcinoma) is exceptional and occur in case of persistence of the predisposition factor. To made diagnosis it is necessary the clinical, radiological and histological examination. This case undergoes a vesical echography noting a 3 cm small tumor in vesical fundus and a biopsy by cystoscopy after a total resection. Diagnosis was confirmed and treatment was essentially surgical. Annual surveillance by cystoscopy with vesical biopsies is necessary in these cases. The progressive way is rarer and incapacitant since a wide resection of lesions is essential.

Key words: Glandular cystitis.

INTRODUCCIÓN

La cistitis glandular es un desorden proliferativo de las glándulas que producen moco dentro de la mucosa y submucosa del epitelio urinario de la vejiga. Es una afección rara, generalmente asintomática, no cancerosa. Está favorecida por la irritación crónica.¹

Un panorama amplio de cambios glandulares de metaplasia intestinal puede ser visto en la vejiga. El reemplazo extensivo del urotelio con un epitelio pareciéndose a mucosa intestinal es reconocido como una condición premaligna. Sin embargo, la historia natural de metaplasia intestinal de la vejiga urinaria y el resultado de largo plazo son desconocidos.²

Se ha encontrado en pacientes de todas las edades incluyendo niños; tiene una incidencia de menos del 1 %. Se considera que forma parte de un amplio cuadro de lesiones proliferativas de la vejiga que se desarrollan como respuesta a inflamación e incluye nidos de Von Brunn, cistitis química, cistitis folicular, glandular y posiblemente adenocarcinoma de vejiga.³

El objetivo de este artículo es dar a conocer las características clínicas y anatomopatológicas de un caso y de una entidad poco frecuente, la cistitis glandular.

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo masculino, de la raza blanca, de 55 años de edad, con historia de hematuria total mono-sintomática y caprichosa. Le realizan ecografía vesical y encuentran una tumoración pequeña, de 3 cm, en fondo vesical, a la cual se le efectúa biopsia por cistoscopia y posteriormente es resecada totalmente.

Estudio macroscópico: lesión blanda, grisácea, con secreción mucóide, de 3,5 × 2 cm.

Estudio microscópico: mucosa vesical recubierta por epitelio transicional con presencia, en la submucosa, de estructuras pseudoglandulares, algunas de ellas con quistes recubiertos por epitelio columnar pseudoestratificado y secreción en algunas luces, de aspecto mucoso ([Fig. 1](#) y [2](#)).

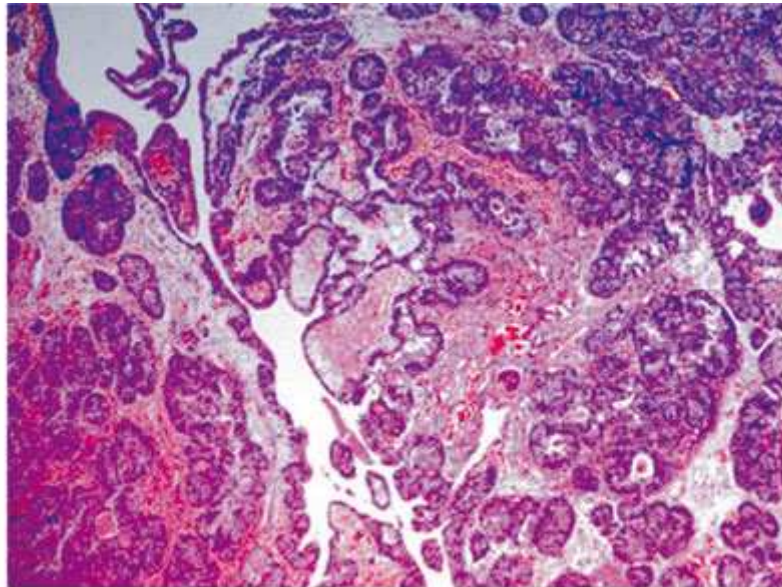


Fig. 1. Submucosa con estructuras pseudoglandulares y secreción de aspecto mucoso en algunas luces. H&E 20X.

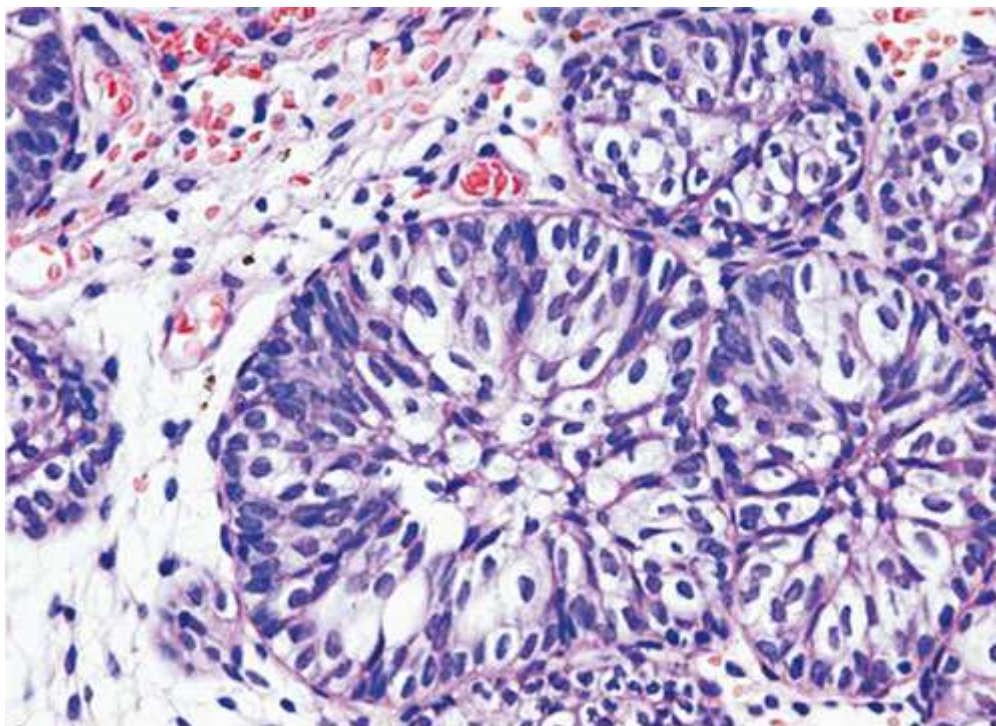


Fig. 2.Estructuras pseudoglandulares. H&E 40X.

DISCUSIÓN

La metaplasia intestinal de la vejiga es una lesión rara; puede ser confundida con un tumor cuando es extensa y difusa. En estos casos es necesario realizar biopsia para llegar al diagnóstico definitivo. Este tipo de lesión se caracteriza por glándulas con células columnares con abundante mucina intracitoplasmática, frecuentemente con células goblet, células de panneth, argentafines y argirófila.⁴

Durante años no ha habido un acuerdo unánime acerca de la nomenclatura para esta lesión, se le ha denominado cistitis glandular de tipo intestinal, metaplasia intestinal, metaplasia glandular y tejido gastrointestinal aberrante.²

La recurrencia de este tipo de lesión que presentamos ha sido descrita en la literatura;⁵ así como la progresión de cistitis glandular-displasia-adenocarcinoma ha sido descrita en algunos pacientes con biopsias secuenciales durante 5-15 años.⁶⁻⁹

Por el contrario, desde un punto de vista epidemiológico, el estudio de *Corica* y otros¹⁰ recoge 53 casos de pacientes con extrofia vesical y cistitis glandular, seguidos durante 12 años. Dichos autores no encontraron algún caso que evolucionara a tumor maligno, por lo que sugieren que la cistitis glandular no es un factor de alto riesgo para el desarrollo de adenocarcinoma.

El diagnóstico se basa en el examen clínico, radiológico e histológico. El tratamiento es esencialmente quirúrgico.¹¹

Sauty y otros¹² reportan 3 casos de cistitis glandular floridas, recurrentes, en hombres de la raza blanca, induciendo dilatación del tracto urinario superior debido

a la invasión de los meatos uretrales. El tratamiento constó de cistectomía, con preservación de la cápsula prostática, dejando la preservación de continencia y potencia sexual. Está favorecido por la irritación crónica y es algunas veces asociado con lipomatosis pélvicas. Su transformación en adenocarcinoma es excepcional y ocurre en caso de la persistencia del factor que predispone. Sin embargo, la vigilancia anual por cistoscopia con biopsias de la vejiga es necesaria. La forma florida es mucho más rara y más incapacitante y usualmente precisa resección amplia de las lesiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kaya C, Akpınar IN, Aker F, Turkeri LN. Large Cystitis glandularis: a very rare cause of severe obstructive urinary symptoms in an adult. *Int Urol Nephrol*. 2007;39(2):441-4.
2. Guarch Troyas R, Jiménez Calvo J, Reparaz Romero B, Gómez Dorronsoro ML. [Florid glandular cystitis of the intestinal type with mucin extravasation: a lesion simulating a tumor]. *Actas Urol Esp*. 2003 Apr;27(4):297-300.
3. Edgar Velasco Z. Cistitis glandular Presentación de un caso inusual. *Rev Urol*. Disponible en: <http://www.encolombia.com/urologia-cistitis-glandular.htm>
4. Vicente J, Algaba F: Cistopatía quística y glandular. En: *Semiología diagnóstica endovesical. Valoración endoscópica y microscópica*. Barcelona: Pulso Ediciones; 1999. p. 82-92.
5. Hampson SJ, Falzon M, Cowie AG. Intestinal metaplasia of the bladder: implications for management. *Br J Urol*. 1992;69:323-4.
6. Shaw J, Jislason G, Imbriglia J. Transition of cystitis glandularis to primary adenocarcinoma of the bladder. *J Urol*. 1958;79:815-22.
7. Edwards P, Hurm R, Jaeschke WH. Conversion of cystitis glandularis to adenocarcinoma of the bladder. *J Urol*. 1972;108:568-70.
8. Thrasher JB, Perz IM, Humphrey PA, Anderson EE: Cystitis glandularis: transition to adenocarcinoma of urinary bladder. *N Carolina Med J*. 1994;55:562-4.
9. Adegboyega PA, Adekunle A: Tubulovillous adenoma of the urinary bladder. *Mod Pathol*. 1999;12:735-8.
10. Corica FA, Husmann DA, Churchil BM, Young RH, Pacelli A, López Beltrán A, et al. Intestinal metaplasia is not a strong risk factor for bladder cancer: study of 53 cases with long-term follow-up. *Urology*. 1997;50:427-31.
11. Ghezala W, Saidi R, Lefi M, Saad H. Florid glandular cystitis. *Prog Urol*. 2005 Dec;15(6):1141-4.
12. Sauty L, Ravery V, Toublanc M, Boccon-Gibod L. Florid glandular cystitis: study of 3 cases and review of the literature. *Prog Urol*. 1998 Sep;8(4):561-4.

Recibido: 22 de octubre de 2009.
Aprobado: 26 de noviembre de 2009.

T. Civ. *Barbara Paula Piñera*. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". Avenida 31 y 114, Marianao, La Habana, Cuba. Correo electrónico: barbara.paula@infomed.sld.cu