

Papiloma urotelial vesical

Urothelial papilloma of the bladder

MSc. Tomás Lázaro Rodríguez Collar, Dra. Midalys Casa de Valle Castro, Dra. Roxana Soranyer Horroutinel Scull, Dr. Evelio Bueno Sánchez

Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: el papiloma urotelial vesical es un tumor benigno poco común, que predomina en el sexo masculino y que se presenta, más frecuentemente, en niños y en personas jóvenes.

Objetivo: presentar un nuevo caso de papiloma urotelial vesical así como aspectos de su diagnóstico y tratamiento.

Caso clínico: paciente del sexo masculino de 20 años de edad que asiste a la Consulta de Urología por presentar hematuria macroscópica de 3 días de evolución. Al interrogatorio se precisó que esta era terminal, monosintomática y no se acompañaba de coágulos; el examen físico resultó normal. Se le realizó ultrasonido abdominal en el que se constató la existencia de una lesión tumoral ecogénica de contornos irregulares, en proyección del fondo vesical y hacia el lateral derecho. Se practicó la cistoscopia en la cual se confirmó el tumor antes descrito, y se realizó la resección transuretral de la lesión sin complicaciones. El informe anátomo-patológico de la pieza quirúrgica fue papiloma urotelial. El paciente ha evolucionado satisfactoriamente y, en los controles semestral y anual efectuados, se encontraba asintomático y con ultrasonido y cistoscopia negativos de recidiva tumoral.

Conclusiones: el papiloma urotelial vesical constituye una causa infrecuente de hematuria, y la resección transuretral una opción de tratamiento segura y eficaz. Es necesario establecer el diagnóstico histopatológico diferencial con otras lesiones neoplásicas uroteliales no invasivas, dado que existen particularidades en cuanto a recurrencia, progresión y manejo de estos tumores.

Palabras clave: hematuria, tumor vesical benigno, papiloma urotelial vesical, resección transuretral.

ABSTRACT

Introduction: Urothelial papillomas of the bladder are uncommon benign tumors predominantly occurring in male children and young adults.

Objective: Present a new case of urothelial papilloma of the bladder as well as aspects of its diagnosis and treatment.

Clinical case: Male patient aged 20 presenting at urology consultation with macroscopic hematuria of three days' evolution. Interrogation revealed that the latter was terminal, monosymptomatic and was not accompanied by clots. The physical examination was normal. Abdominal ultrasonography revealed the presence of an echogenic tumoral lesion of irregular contour projecting from the bladder bottom toward the right side. Cystoscopy confirmed the presence of the tumor described above. Transurethral resection of the lesion was performed without any complications. The anatomo-pathological report identifies the surgical piece as an urothelial papilloma. The patient's evolution has been satisfactory. In semiannual and annual checkups he has been found to be asymptomatic. Ultrasonographic and cystoscopic examination has shown no evidence of tumor recurrence.

Conclusions: Urothelial papillomas of the bladder rarely cause hematuria. Transurethral resection is a safe, effective treatment option. It is necessary to establish a differential histopathological diagnosis with respect to other non-invasive neoplastic urothelial lesions, given the particular recurrence features, progression and management of these tumors.

Key words: hematuria, benign bladder tumor, urothelial papilloma of the bladder, transurethral resection.

INTRODUCCIÓN

El papiloma urotelial vesical (PUV) se define, desde el punto de vista histológico, como una formación de aspecto papilar con un tallo fibrovascular, recubierto por urotelio de grosor y citología normales. Su localización vesical es infrecuente, son de pequeño tamaño, y predominan en pacientes jóvenes del sexo masculino.¹

Su principal manifestación clínica es la hematuria, teniendo un índice bajo de recurrencia y, con muy poca frecuencia, progresan al desarrollo de un carcinoma urotelial.²

En el presente trabajo se muestra un nuevo caso de papiloma urotelial vesical, con énfasis en los aspectos clínicos e histopatológicos que condujeron a su diagnóstico y tratamiento.

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo masculino de 20 años de edad con antecedentes de buena salud, que asistió a la Consulta Externa de Urología por presentar hematuria, la cual resultó terminal, monosintomática y no se acompañaba de coágulos. Al interrogatorio no se recogieron antecedentes patológicos familiares ni personales de

relevancia. El examen físico, tanto general como del aparato urogenital en particular, fue normal.

Los estudios de la analítica sanguínea se presentaron dentro de rangos normales, y los cultivos de orina fueron negativos de infección.

En el ultrasonido abdominal, los riñones presentaron tamaño y ecoestructura normales, y en la vejiga se detectó una lesión tumoral ecogénica de contornos irregulares de 1,5 por 0,9 cm, en proyección del fondo vesical y lateralizada a la derecha (Fig. 1).

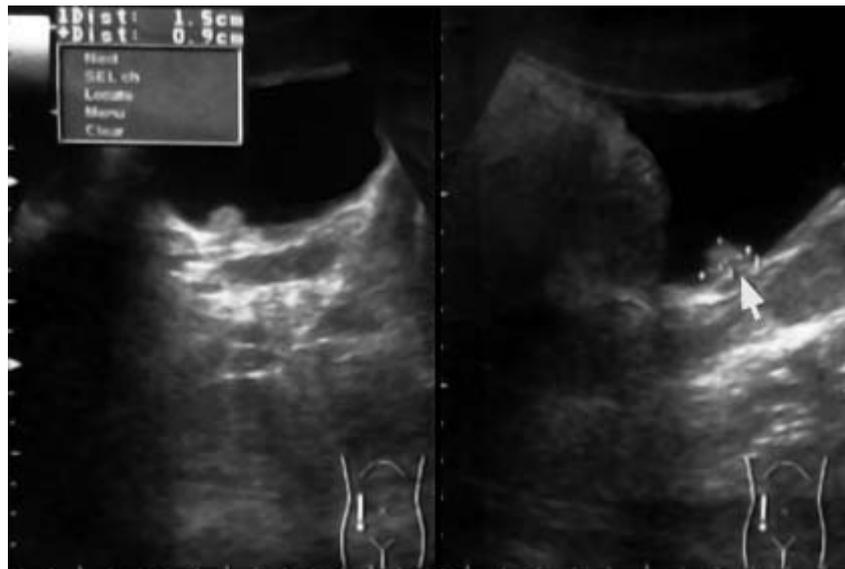


Fig. 1. Ultrasonido en el que se aprecia la lesión tumoral vegetante, a la derecha del fondo vesical.

Ante este hallazgo imaginológico se decidió realizar la cistoscopia, en la cual se confirmó el tumor antes descrito, en posición retromeatal derecha con varias digitaciones de aspecto ampoloso y papiliforme, color rosado claro y base de implantación ancha (Fig. 2). En ese mismo acto se realizó la resección transuretral total de la lesión sin complicaciones. El informe anátomo-patológico de la pieza quirúrgica fue papiloma urotelial vesical, mostrando la presencia de varias formaciones papilares con eje fibrovascular y revestimiento de epitelio transicional normal con células en paraguas (Fig. 3).

El paciente ha evolucionado satisfactoriamente, en los controles semestral y anual efectuados, estaba asintomático y con ultrasonido y cistoscopia negativos de recidiva tumoral.

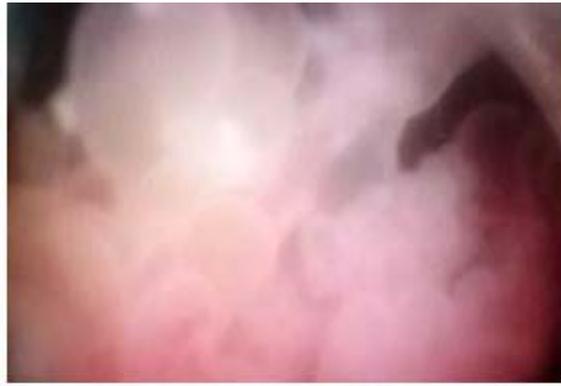


Fig. 2. Vista cistoscópica del tumor que muestra su aspecto papiliforme y ampoloso, con ejes fibrovasculares centrales, de color rosado.

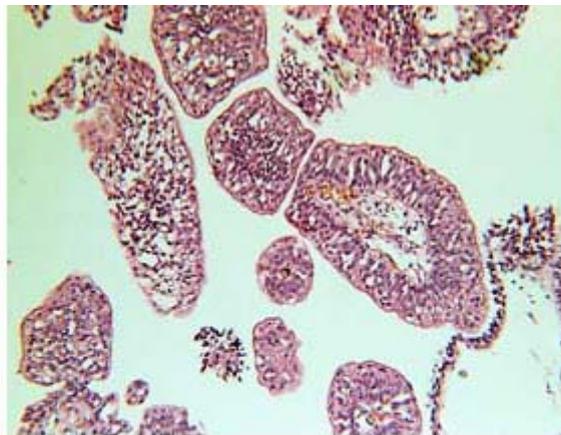


Fig. 3. Lámina histológica de la pieza quirúrgica. Se observan múltiples proyecciones papilares con un eje fibrovascular revestido de epitelio transicional normal (HE X40).

COMENTARIOS

Según la clasificación de la OMS del 2004,³ el PUV forma parte de las lesiones neoplásicas uroteliales no invasivas. En este grupo se incluyen también otras lesiones como la hiperplasia urotelial papilar (HUP) y la neoplasia papilar urotelial de bajo potencial maligno (NPUBPM), con las cuales es necesario hacer el diagnóstico diferencial, tanto clínico como histopatológico.

Desde el punto de vista clínico la incidencia del PUV es menor del 1 % de todos los tumores vesicales, con una proporción hombre/mujer de 1,9/1,^{4,5} presentan un bajo índice de recurrencia y, raramente, progresan al desarrollo de un carcinoma urotelial.²

Suele presentarse en pacientes jóvenes, sin antecedentes previos de otras lesiones neoplásicas vesicales, benignas o malignas. Su manifestación clínica principal es la hematuria macroscópica, y dentro del estudio imagiológico del paciente, el

ultrasonido abdominal revela una imagen tumoral exofítica de pequeño tamaño, dependiente de la mucosa vesical.^{1,6} El ultrasonido realizado por vía abdominal, es el estudio inicialmente recomendado en los pacientes que presentan hematuria macroscópica monosintomática,⁷ tal y como se procedió con el caso que se presenta.

En el examen microscópico del PUV, las células superficiales son con frecuencia prominentes, en forma de paraguas, resultan raras las mitosis y, de estar presentes, se localizan en la capa basal y no hay presencia de atipia celular.⁴ Similares características clínicas e histopatológicas concurren en el caso que se expone en este artículo. El tratamiento quirúrgico de los PUV y por extensión de todos los tumores pequeños y no infiltrantes de la vejiga, consiste en la resección transuretral,⁷ modalidad terapéutica aplicada con éxito en el caso de esta presentación.

Por su parte, la HUP se define como la presencia de mucosa vesical marcadamente engrosada, pero sin atipia citológica y con un urotelio de más de siete capas de espesor. Este tipo de lesión tumoral vesical normalmente es asintomática, y generalmente se encuentra durante el seguimiento cistoscópico de rutina en pacientes con antecedentes de neoplasias uroteliales papilares. Histológicamente se caracteriza por un ligero campo ondulado, o crecimiento papilar, cubierto por urotelio de espesor variable, faltando la atipia celular. Estas lesiones tienen con frecuencia, uno o varios capilares dilatados en su base, pero les falta un eje fibrovascular bien desarrollado. Desde el punto de vista citológico su estructura es similar al urotelio adyacente normal, y existe ausencia de edema e inflamación de la lámina propia. Los pacientes con antecedentes de tumor urotelial papilar presentan riesgo aumentado de desarrollar recidiva tumoral, por lo que se aconseja su seguimiento periódico mediante cistoscopia.^{1,4}

Finalmente la NPUBPM por definición, se trata de una formación tumoral papilar urotelial exofítica no invasiva, pero que muestra un aumento de las capas celulares, excediendo el grosor normal del urotelio. Se manifiestan con frecuencia con hematuria macro o microscópica, la relación hombre/mujer es de 5/1, y la edad media de su diagnóstico está alrededor de los 65 años. Tienen un mayor riesgo de recidivas papilares, las cuales pueden ser de mayor grado e incluso progresar. Por tal motivo se impone el seguimiento estrecho de estos pacientes mediante cistoscopias periódicas. En el análisis microscópico, su principal diferencia con el PUV está en el mayor espesor del urotelio, con núcleos significativamente aumentados. Aquí las figuras mitóticas son raras y de estar presentes, están limitadas a la capa basal. Dicha entidad nosológica no se asocia con invasión ni metástasis, salvo en raros casos.^{1,4}

Se concluye que el PUV constituye una causa infrecuente de hematuria en pacientes jóvenes, siendo seguro y eficaz su tratamiento mediante la resección transuretral. Es necesario establecer el diagnóstico histopatológico de certeza, diferenciándolo de otras lesiones neoplásicas uroteliales no invasivas como la HUP y la NPUBPM, dado que existen particularidades en cuanto a recurrencia, progresión y manejo de estos tumores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Montironi R, Mazzucchelli R, Scarpelli M, López Beltrán A, Cheng L. Morphological diagnosis of urothelial neoplasms. *J Clin Pathol.* 2008;61: 3-10.

2. Magi-Galluzi C, Epstein JI. Urothelial papilloma of the bladder: A review of 34 de novo cases. *Am J Surg Pathol.* 2004;28(12):1615-20.
3. Eble JN, Sauter G, Epstein JI, Sesterhenn IA, editors. Pathology and genetics of tumours of the urinary system and male genital organs. WHO. International Agency for Research on Cancer. Lyon: IARC Press;2004. p. 90.
4. Álvarez Kindelán J, Campos Hernández JP, López Beltrán A, Requena Tapia MJ. Clasificación de la OMS para los tumores vesicales: resumen y comentarios. *Actas Urol Esp.* 2007;31(9):978-88.
5. Grignon DJ. The current classification of urothelial neoplasms. *Mod Pathol.* 2009;22:60- 9.
6. Mc Kenney JK, Amin MB, Young RH. Urothelial (Transitional Cell) papilloma of the urinary bladder: A clinicopathological study of 26 cases. *Mod Pathol.* 2003;16(7):623-9.
7. Martínez Ballesteros C, Carballido Rodríguez J. Tumores vesicales superficiales. En: Castiñeiras Fernández J. Libro del Residente de Urología. Asociación Española de Urología. Madrid: Gráficas Marte, SL;2007. p. 494.

Recibido: 16 de abril de 2012.

Aprobado: 14 de junio de 2012.

Tomás Lázaro Rodríguez Collar. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay".
Avenida 114 y 31, Marianao, La Habana, Cuba. Correo electrónico:
tomasrc@infomed.sld.cu