

grande; cuando el cálculo está en la uretra posterior nos puede informar del lugar y espacio que ocupa el cálculo, si se puede introducir en la uretra el cistoscopio, la cistoscopia es diagnóstica. En este caso no se pudo efectuar ni cistografía ni cistoscopia ya que el tamaño del cálculo era grande y el diagnóstico se hizo con la visualización del cálculo que salía por el meato.

El tratamiento depende de la localización, y del tamaño, y puede ser la cirugía abierta o endoscópica; mediante manipulación retrógrada y litotricia ultrasónica o cistolitotomía, hay quienes efectúan litotricia extracorpórea en uretra posterior, no así los de fosa navicular que se tratan mediante extracción endoscópica con o sin meatotomía (3), aunque en ocasiones es necesario efectuar uretrolitotomía (4) o meatoplastia como ocurrió en este caso. Fariña y cols (2) informaron un caso de un varón a quien le efectuaron meatotomía. Puede ser necesario efectuar cistostomía para evitar el sondaje vesicouretral y el daño uretral (estenosis de uretra) que ocurre con alguna frecuencia lo cual lleva a que se necesite la uretrotomía endoscópica 38% (1,2).

## CONCLUSIONES

Los cálculos de la fosa navicular son poco frecuentes y más aún si son grandes, en estos casos la meatotomía o meatoplastia es el tratamiento de elección.

## BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (\*lectura de interés y \*\*lectura fundamental)

- \*\*1. KOGAN, S.; ARAKAKI, Y.; MATSUOKA, M. y cols.: "Urethral calculi". Br. J. Urol., 65: 288, 1990.
- \*2. FARIÑA, L.A.; PALOU, J.; CAPARROS, L. y cols.: "Calle litiasica uretral". Act. Fund. Puigvert., 8: 47, 1989.
- 3. ARRABAL, M.; REINA, M.C.; LANCITA, J.A. y cols.: "Clasificación clínico-terapéutica de la litiasis urinaria". Arch. Esp. Urol., 45: 661, 1992.
- \*4. BRIDGES, C.H.; BELVILLE, W.D.; BUCK, A.S. y cols.: "Urethral Calculi". J. Urol., 128: 1036, 1982.
- 5. CALATRAVA, J.S.; JIMÉNEZ, J.; LAPUERTA, E. y cols.: "Litiasis gigante de uretra". Arch. Esp. Urol., 46: 914, 1993.

## LEIOMIOMA VESICAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

Roberto Ferrero Doria, José Antonio Ramos Níguez<sup>1</sup>, Francisco García Víctor, Marcos Gassó Matoses, Fermín Moreno Pérez Y Enrique Díaz Calleja.

Servicio de Urología y Servicio de Anatomía Patológica<sup>1</sup> Hospital Francesc de Borja de Gandía. Valencia. España.

**Resumen.-** OBJETIVO: Presentación de un nuevo caso de leiomioma vesical.

MÉTODO: Describimos un caso de una paciente de 56 años de edad que tras estudio por crisis renoureteral es diagnosticada de un defecto de repleción vesical tras urografía intravenosa, ecografía y citología urinaria de micción espontánea. Sometida a resección biopsica completa de la lesión.

RESULTADOS: El estudio anatomopatológico de los fragmentos de la intervención resulta ser el de un leiomioma vesical.

CONCLUSIONES: Hemos de considerar todas la posibilidades anatomopatológicas ante el descubrimiento, estudio y tratamiento de todo defecto de repleción. El leiomioma vesical suele ser de diagnóstico casual tras la resección de tumoración vesical y su estudio anatomopatológico.

**Palabras clave:** Leiomioma vesical. Tumor vesical. Neoplasia vesical. Tumor benigno vesical. Tumor mesenquimatoso.

Correspondencia

Roberto Ferrero Doria  
Avda. de Albaida, 2.  
escalera 1, piso 6º, pta. 18.  
46870. Ontinyent. Valencia. (España)  
e-mail: alenata@inicia.es  
Trabajo recibido: 1 de abril 2005

**Summary.- OBJECTIVES:** *To report a new case of bladder leiomyoma.*

**METHODS:** *We describe the case of a 56-year-old female patient presenting with renal colic who was diagnosed of a bladder filling defect after work up with intravenous urography, ultrasound and urine cytology. Complete transurethral resection of the lesion was performed.*

**RESULTS:** *Pathology reported bladder leiomyoma.*

**CONCLUSIONS:** *Every pathological possibility should be considered in the differential diagnosis and treatment of a filling defect. Bladder leiomyoma is usually an incidental diagnosis on the pathologic report after resection of a bladder tumor.*

---

**Keywords:** *Bladder leiomyoma. Bladder tumor. Bladder neoplasia. Benign bladder tumor. Mesenchymal tumor.*

---

## INTRODUCCIÓN

El leiomioma vesical es un tumor de origen mesenquimatoso y extremadamente raro. La mayoría de ellos son diagnosticados de manera casual tras el estudio patológico de las muestras remitidas tras la cirugía.

Pocos son los casos presentados en la literatura lo que nos lleva a pensar en la escasa incidencia de este tipo de tumoración.

Presentamos un caso acontecido en nuestro servicio, describiendo la forma de presentación, las exploraciones complementarias realizadas, los posibles diagnósticos diferenciales y finalmente el tratamiento y seguimiento a que ha sido sometido el paciente.

## CASO CLÍNICO

Mujer de 56 años que consulta al Servicio de Urología por antecedente de crisis renouretal izquierda expulsiva de una litiasis.

Presenta como único antecedente hipertensión arterial para lo cual estaba siendo tratada.

En el momento de la visita la paciente se encuentra totalmente asintomática. La exploración física es anodina. La analítica sanguínea con hemograma y bioquímica resultan ser normales. La UIV muestra defecto de repleción en base del cistograma (Figura 1). La ecografía demuestra unos riñones de buena ecoestructura y diferenciación corticomedular pero se objetiva imagen no-

dular en pared vesical de 2 x 1.3 cm cerca del trigono (Figura 2). La citología urinaria tras micción espontánea resultó negativa para células malignas. La cistoscopia previa a la cirugía visualiza una tumoración premeática derecha, redondeada y totalmente cubierta por mucosa urotelial de aspecto normal, lo que ya hace sospechar una neoplasia no epitelial.

El diagnóstico diferencial que realizamos tras la Eco y la UIV fue el de carcinoma transicional de vejiga (en primer lugar entre nuestras sospechas por su frecuencia), tumor vesical de cualquier otra extirpe, epitelial o no, coágulo intravesical, litiasis ( la cual fue descartada al realizar la ecografía dada la ausencia de sombra sónica posterior), ureteroceles,... La cistoscopia también nos ayudó a descartar el coágulo y el ureterocel, y como ya se ha comentado arriba, se pensó, sobre todo, en un tumor de pared vesical, no epitelial, dado que el aspecto de la mucosa que cubría la tumoración era completamente normal.

Tras raquianestesia se realiza: exploración bimanual, la cual sugiere que la tumoración afecta a todo el grosor de la pared vesical y una RTU bióptica completa de la lesión. El aspecto era de tumoración sólida.

El resultado del estudio histológico de la lesión fue el de un leiomioma intramural vesical (Figura 3). En la preparación histológica se observa mucosa vesical transicional y subyacente a ella una proliferación de fibras musculares lisas.

Los controles posteriores a los que ha sido sometida la paciente consisten en citologías urinarias de micción espontánea y ecografías cada 6 meses, siendo todos ellos normales. En la actualidad tras dos años de seguimiento la paciente está asintomática desde el punto de vista urológico y no presenta recidiva.

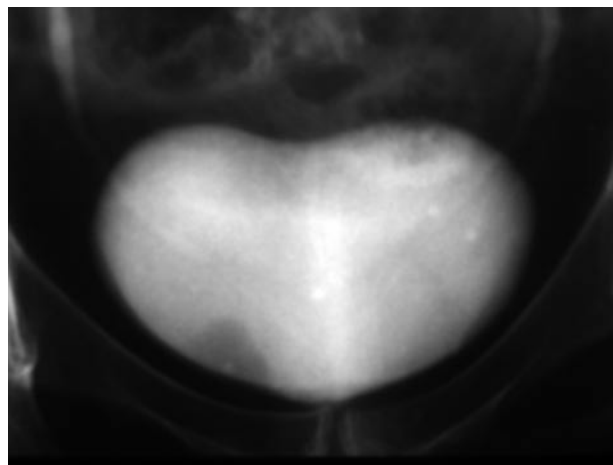


FIGURA 1. Cistograma de urografía intravenosa.

## DISCUSIÓN

El leiomioma vesical es un tumor de características benignas y de origen mesenquimal. Fue Jackson en 1870 quien lo describió por primera vez (1).

Los tumores vesicales mesenquimatosos son poco frecuentes, suponiendo del 1-5% de todos los tumores vesicales. (1,2). El leiomioma es considerado el más frecuente de entre los tumores no epiteliales benignos (46.6% del total) (1,3). Dentro del aparato genitourinario, el leiomioma puede también estar presente en otras localizaciones tales como riñón, epidídimo, pene, próstata, escroto, vesículas seminales y cordón espermático (2,4).

Afecta tanto a mujeres como a varones, aunque la mayor parte de los casos descritos corresponden a mujeres (75%) (2,4,5) con edades comprendidas entre los 20-60 años.

Dentro del leiomioma vesical, y en cuanto a su localización exacta en relación con la pared de la vejiga podemos distinguir tres posibilidades: intramurales (7%), extramurales (30%) y submucosos (63%) (2,3).

La etiología de este tipo de neoplasia es desconocida (6). Se han implicado distintas alternativas para explicar su etiopatogenia: teoría irritativa/inflamatoria en la que un estímulo irritativo crónico sobre el músculo detrusor daría origen al tumor, teoría disontogénica en la que el leiomioma se originaría a partir de restos embrionarios, teoría endocrina en la que un desorden hormonal originaría este tumor, tal como ocurre en el leiomioma uterino, y más aún habiéndose descrito casos en los que el tumor presenta receptores para hormonas esteroideas (4) y finalmente una teoría en la que se relaciona el

leiomioma con una metaplasma perivascular o teoría irritativa vascular (1).

Estamos ante un tipo de patología que suele ser asintomática en la mayoría de las ocasiones, como ha sido en nuestro caso (1,3,4,7). Algunos son sintomáticos, originando clínica irritativa y/o obstructiva, así como hematuria. La localización del tumor con respecto a la pared vesical también va a ser determinante a la hora de manifestarse, siendo más llamativa la sintomatología cuando se localiza en el cuello vesical (4) o cuando es endovesical (7). Finalmente, han sido descritos casos de insuficiencia renal obstructiva por crecimiento compresivo importante del tumor (1,5).

Para el diagnóstico han sido empleados la ecografía, la urografía intravenosa, el TAC, la RNM y la cistoscopia (5). La ecografía es una exploración que aporta mucha información: masa de ecogenicidad homogénea, bien delimitada y de forma esférica. En los casos de localización extravesical o de pared posterior, la ecografía endovaginal nos ofrece mayor información (5). La urografía intravenosa se utiliza en muchas ocasiones para el estudio inicial de hematuria, descubriéndose un defecto de repleción en el cistograma en leiomiomas submucosos o intramurales. Pueden asociarse signos de obstrucción ureteral (1). Ante lesiones vesicales de aspecto sólido, como es el caso, es frecuente el empleo del TAC, sobre todo por la sospecha de tumor vesical infiltrante. La RMN ofrece imágenes de mayor calidad y más precisas, pero dado que es una prueba muy cara parece poco apropiada en el estudio de esta patología (1).

El diagnóstico del leiomioma se obtiene de forma definitiva tras el estudio histopatológico de la lesión (1,8). Se observan haces arremolinados de células musculares

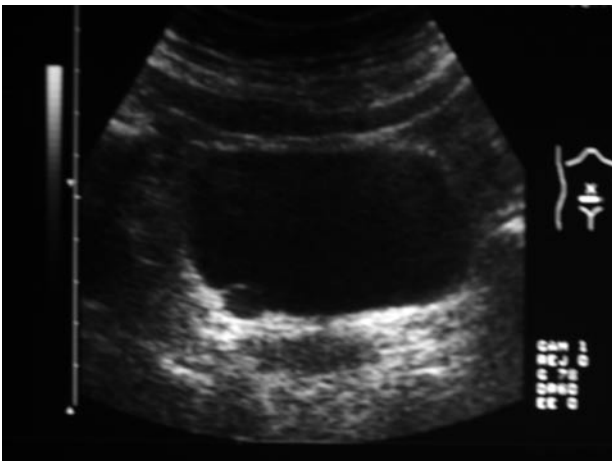


FIGURA 2. Ecografía vesical.

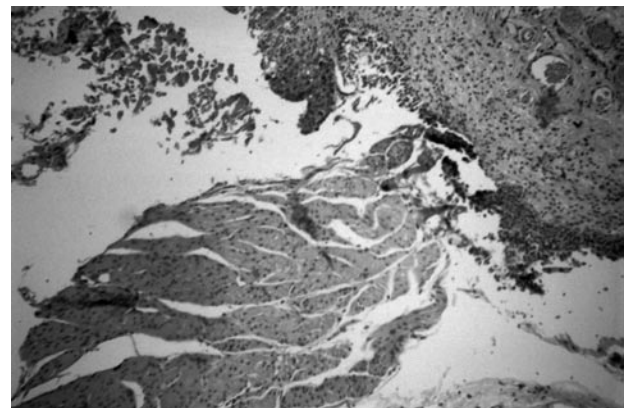


FIGURA 3. Tinción hematoxilina-eosina (x20). Leiomioma vesical.

lisas. Las células tienen forma y tamaño uniforme, con núcleo ovalado y procesos citoplásmicos bipolares delgados y alargados. La presencia de mitosis es escasa y no se encuentran células gigantes ni anaplásicas (2).

El tratamiento electivo de la lesión siempre va a ser quirúrgico (1,2,5,9). Las posibilidades pasan por RTU de la lesión, enucleación, cistectomía parcial abierta o laparoscópica (9). La RTU queda indicada en los casos en los que el tumor es pequeño y no extra vesical, como era nuestro caso (9). En el resto de casos se puede optar entre las demás alternativas. En la revisión que realiza Silva-Ramos, refiere que 3 de los 5 casos en los que se optó por la enucleación vía vaginal presentaron recidiva, probablemente porque este acceso dificultaba la extirpación completa. (5).

El pronóstico es bueno, no habiéndose comunicado casos de malignización (1,2), y la recidiva es infrecuente cuando la extirpación es completa. La malignización podrá acontecer ante un diagnóstico anatomopatológico equivocado, en el que pase desapercibido un leiomioma.

El diagnóstico diferencial que se debe realizar ante cualquier defecto de repleción vesical es el de tumor, epitelial o no, de vejiga frente a: cálculo, coágulo, hematoma, metástasis, feocromocitomas, ureteroceles, quistes hidaídicos, neurofibromas,... así como lesiones de carácter inflamatorio como condilomas, tuberculosis, esquistosomiasis, malacoplaquia, adenoma nefrogénico, etc... (1)

El leiomioma vesical es un tumor benigno de origen mesenquimal que afecta más a mujeres, de diagnóstico casual, habitualmente, en el que el pronóstico es bueno y la recidiva rara si la extirpación ha sido completa.

## BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (\*lectura de interés y \*\*lectura fundamental)

- \*\*1. HERRANZ, L.M.; ARELLANO, R.; NAM, S. y cols.: "Leiomioma vesical en un varón". Arch. Esp. Urol., 57: 827, 2004.
- \*2. GIBANEL, R.; MALLAFRE, J.M.; RODRÍGUEZ, A. y cols.: "Leiomioma vesical". Actas Urol. Esp. 25(9):662, 2001.
3. OJEDA CALVO, A.; NUÑEZ LÓPEZ, A.; ALONSO RODRIGO, A. y cols.: "Leiomioma vesical" Actas Urol Esp., 25: 759, 2001.
4. GAYNOR-KRUPNICK, D.M.; KREDER, K.J.: "Bladder neck leiomyoma presenting as voiding dysfunction". J. Urol., 172: 249, 2004.
- \*\*5. SILVA-RAMOS, M.; MASSO, P.; VERSOS, R. y cols.: "Leiomioma de vejiga. Análisis de agregación de 90 casos". Actas Urol. Esp., 27: 581, 2003.

6. FURUHASHI, M.; SUGANUMA, N.: "Recurrent bladder leiomyoma with ovarian steroid hormone receptors". J. Urol., 167: 1399, 2002.
7. ORTIZ, A.; POYATO, J.M.; SÁNCHEZ, E. y cols.: "Leiomioma vesical: diagnóstico por imagen". Arch. Esp. Urol., 55: 79, 2002.
8. ESPINOSA, R.; LEMOURT, M.; PUENTE, M. y cols.: "Leiomioma y carcinoma transicional de vejiga de forma simultánea. Presentación de un caso". Arch. Esp. Urol., 55: 1271, 2002.
9. JESCHKE, K.; WAKONIG, J.; WINZELY, M. y cols.: "Laparoscopic partial cystectomy for leiomyoma of the bladder wall". J. Urol., 168: 2115, 2002.

---

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 58, 10 (1.075-1.077), 2005

## EMBOLIZACION ARTERIAL PARA EL TRATAMIENTO DEL TRAUMATISMO DEL RIÑÓN EN HERRADURA.

Salvador Esquena Fernández, Enrique Trilla Herrera, José María Abascal Junquera, Mercedes Pérez<sup>1</sup> y Juan Morote Robles.

Servicio de Urología y AngioRadiología<sup>1</sup>. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. España.

---

**Resumen.-** OBJETIVO: Comunicar un caso de traumatismo en un riñón en herradura que se resolvió de forma conservadora mediante embolización supra-selectiva.

MÉTODOS: Varón de 19 años que consulta a urgencias por macrohematuria junto con dolor abdominal severo después de accidente de tráfico.

Correspondencia

Salvador Esquena Fernández  
Fundación Puigvert  
Cartagena 340-350  
08025 Barcelona. (España)  
e-mail: doc99@eresmas.com

Trabajo recibido: 19 de abril 2005