

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 58, 9 (950-953), 2005

LEIOMIOMA VESICAL

José María Sánchez Merino, Cristina Guillán Maquieira¹, Juan Galán Ramos², Saúl Valerdiz Casasola³ Luis Parra Muntaner, Sergio Carlos Gómez Cisneros y Jesús García Alonso.

Servicios de Urología, Ginecología¹, Radiología² y Anatomía Patológica³ del Hospital del Bierzo. León. España.

Resumen.- OBJETIVO: Aportar un nuevo caso de leiomioma vesical a la literatura española.

MÉTODO: Hallazgo casual en un estudio ecográfico pélvico de una tumoración de 20 mm en la cara lateral derecha de la vejiga de una mujer de 29 años. El cistograma de la urografía intravenosa mostró la presencia de un defecto de repleción en esa misma localización. Se realizó cistoscopia con el hallazgo de una tumoración en la cara lateral derecha de la vejiga, con recubrimiento mucoso de aspecto normal.

RESULTADO: Con el diagnóstico de sospecha de leiomioma vesical se realizó resección transuretral de la tumoración, con confirmación anatomopatológica de dicho diagnóstico. En el postoperatorio desarrolló una placa calcárea sobre el área de resección previa, que se trató mediante resección transuretral de ésta y de restos leiomiomatosos y acidificación urinaria posterior.

CONCLUSIÓN: Aunque se trata de un tumor raro, en determinadas circunstancias es posible establecer el diagnóstico prequirúrgico con un alto índice de sospecha. Por otra parte, dada la benignidad del proceso, la cirugía conservadora, en este caso la resección transuretral, ofrece excelentes resultados.

Palabras clave: Tumor. Leiomioma. Vejiga. Diagnóstico. Tratamiento.

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

METHODS: A 20 mm tumor of the right lateral wall of the bladder was incidentally found in a pelvic ultrasound study of a 29-year-old female. The cystogram showed the presence of a filling defect in the same side. Cystoscopy showed a right lateral wall tumor with normal mucosal cover.

RESULTS: With the working diagnosis of bladder leiomyoma, transurethral resection of the bladder tumor was performed, and pathology confirmed the diagnosis.

Postoperatively, the patient developed a calcareous plaque on the resection area which was treated by transurethral resection of the plaque and leiomyoma remainders and subsequent urine acidification.

CONCLUSION: Although it is a rare tumor, in certain circumstances it is possible to establish the working preoperative diagnosis with a high index of suspicion. On the other hand, due to the benign character of the process, conservative surgery (transurethral resection in this case) offers excellent results.

Keywords: Tumor. Leiomyoma. Bladder. Diagnosis. Treatment.

INTRODUCCIÓN

Los leiomiomas son tumores benignos derivados del tejido mesenquimatoso, que pueden aparecer en cualquier órgano del aparato genitourinario que contenga músculo liso. Así, ha sido descrito en el riñón, el uréter, la vejiga, la próstata, la uretra, el cordón espermático, el epidídimo, los conductos deferentes, las vesículas seminales, el escroto y el pene. No obstante, la localización vesical ha sido la publicada con más frecuencia en la literatura española.

El leiomioma vesical, aunque raro, es el tumor benigno no epitelial de la vejiga más frecuente (1). Así, Torrubia y cols. (2) describieron una frecuencia de 0,27% de leiomiomas vesicales entre 1100 tumores de vejiga. Blasco y cols. (1) revisaron retrospectivamente 700 tumores vesicales de tres servicios de Urología, encontrando 3 casos en los que el estudio histológico fue de leiomioma vesical (0,43%).

Correspondencia

José María Sánchez Merino
C/ Francisco González, 25. Ponferrada.
24400. León. España.
e-mail: sanchezuro@hotmail.com

Trabajo recibido: 7 de febrero 2005

Aportamos un nuevo caso de leiomioma vesical a la literatura española, tratado mediante resección transuretral. Se realiza una breve revisión de los aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos.

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 29 años sometida a un estudio ecográfico pélvico de control tras una ligadura de trompas por vía laparoscópica. Durante el mismo se detectó una tumoración de 20 mm en la cara lateral derecha de la vejiga, bien delimitada e hipoeoica (Figura 1). La paciente no presentaba sintomatología miccional, como refirió en el interrogatorio posterior.

Se le realizó una urografía intravenosa, en la cual no se detectó ninguna alteración del aparato urinario superior. En el cistograma de la misma se puso de manifiesto un defecto de repleción redondeado y de superficie lisa, localizado en la pared vesical derecha (Figura 2). Las analíticas de sangre y orina estaban dentro de los límites normales. Se le realizó una cistoscopia a la paciente, donde se objetivó la presencia de una tumoración a modo de "joroba", de superficie lisa y mucosa conservada, en cara lateral derecha de vejiga, inmediatamente por encima y delante del meato ureteral ipsilateral.

Con el diagnóstico de presunción de leiomioma vesical se practicó resección transuretral de la tumoración. Los fragmentos resecados tenían un aspecto blanquecino, sólido y compacto, parecidos a los de un adenoma prostático, con escaso sangrado.

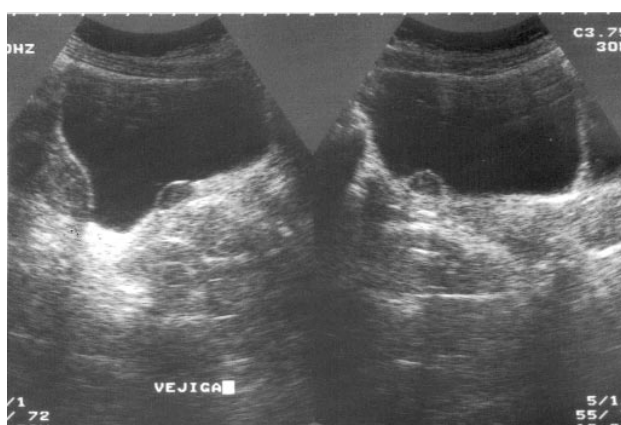


FIGURA 1. Ecografía. Formación hipoeoica de 20 mm de diámetro, paredes bien definidas y regulares, localizada en la pared derecha de vejiga.

El material obtenido de la resección transuretral estaba formado por una proliferación de células fusiformes de citoplasma alargado, al igual que el núcleo, y ligeramente eosinófilo. No se apreciaron mitosis ni atipias (Figura 3). El estudio inmunohistoquímico demostró la positividad para actina músculo específica (DAKO, clon HHF35) en las células proliferantes (Figura 4).

A los tres meses de la resección transuretral se realizó cistoscopia de control, observando una placa calcárea sobreelevada sobre el área de resección previa, compatible con cistopatía incrustante que se trató mediante resección transuretral de ésta y de restos leiomiomatosos y acidificación urinaria posterior.

DISCUSIÓN

El leiomioma de vejiga, aunque raro, es el tumor mesenquimatoso benigno más frecuente de la vejiga. Así, en nuestro medio, la incidencia de tumores mesenquimatosos localizados en vejiga es del 1-1,5%, de los cuales el 33% corresponderían a los leiomiomas vesicales (1). Su etiología es desconocida (3), aunque los niveles elevados de estrógenos circulantes podrían favorecer su desarrollo (4). Se han descrito asociados a leiomiomas uterinos (5) y al embarazo (4).

Se presenta en ambos sexos, pero predomina en mujeres en las series más grandes analizadas (1,6). Las edades de presentación varían entre los 19 y 85 años, con una media que oscila entre 41 y 45 años según las series (1,6).

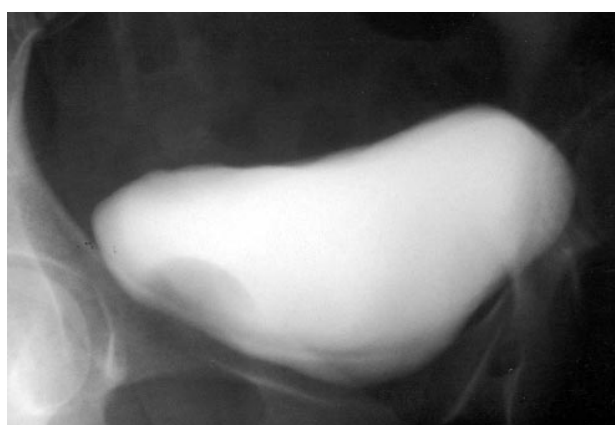


FIGURA 2. Imagen de cistograma correspondiente a urografía intravenosa: defecto de repleción con paredes bien definidas, por impronta sobre la luz vesical en la cara lateral derecha.

Por su localización en relación con la pared vesical se clasifican en endovesicales, intramurales y extravesicales, siendo el primero el más frecuente. La zona más frecuentemente afectada es el cuello vesical (6).

En un análisis de agregación de 90 casos, Silva-Ramos y cols. (6) encontraron que los síntomas más frecuentes eran los de tipo irritativo (50%), seguidos de los de tipo obstructivo (24,4%) y la hematuria (20%). Sin embargo, hasta un 26,7% de los pacientes se encontraban asintomáticos en el momento del diagnóstico. La mayoría de éstos fueron diagnosticados durante un estudio ecográfico por otras causas. Sin embargo, la probabilidad de que el diagnóstico sea casual podría ser mayor, hasta de un 50-60% según algunos autores (1,7).

Aunque poco frecuente, puede existir repercusión sobre el aparato urinario superior por compresión del uréter intramural (2,8).

En los casos en los que se consigue palpar el tumor mediante tacto rectal o vaginal, éste es redondeado, de consistencia firme y móvil (2).

La ecografía abdominal es un examen que proporciona mucha información y debe ser utilizada en el estudio inicial de estos pacientes (1). El hallazgo de una masa esférica, delimitada, con ecos homogéneos en toda su extensión, puede hacer pensar en la presencia de un leiomioma vesical (5). Se ha descrito incluso la realización de la ecografía por vía transvaginal, que permite obtener excelentes imágenes, superiores incluso a la ecografía abdominal y tomografía axial computerizada a la hora de definir la relación entre la tumoración y las estructuras adyacentes (9).

La urografía intravenosa y la tomografía axial computerizada suelen aportar menos información que los ultrasonidos (6). La primera puede ser normal en los tumores intramurales y extravesicales, a no ser que sean de gran tamaño (1), y la segunda no siempre permite aclarar la relación con las estructuras vecinas (1,9). Aunque se han descrito características que podrían hacer sospechar el diagnóstico de leiomioma en el estudio mediante resonancia nuclear magnética y tomografía axial computerizada como son la presencia de una tumoración sólida, bien delimitada, con señal homogénea baja-intermedia, sin afectación de la mucosa y sin apenas realce tras la administración de contraste (10), de cualquier manera, no permiten un diagnóstico definitivo (11).

Entre el resto de las exploraciones complementarias, la más importante es la cistoscopia, que suele revelar la presencia de un proceso expansivo que deforma la pared vesical (5). No obstante, puede pasar por alto tumores de pequeño tamaño debido a la habitual indemnidad de la mucosa (1,6).

Al diagnóstico de leiomioma sólo se puede llegar con un estudio histopatológico de la pieza quirúrgica, siendo difícil llegar a un diagnóstico definitivo basándose exclusivamente en la clínica y las pruebas por imagen (11,12). Por otra parte, el diagnóstico diferencial debe realizarse con todas las patologías que causan defecto de repleción vesical (13,14).

El diagnóstico de orientación anatomopatológico preoperatorio se puede hacer mediante biopsia transuretral (13), aguja "true cut" (6) y punción aspiración transvaginal (15) o suprapúbica (16). Se ha descrito la punción aspiración guiada por ultrasonidos (16) o por tomografía axial computerizada (17).

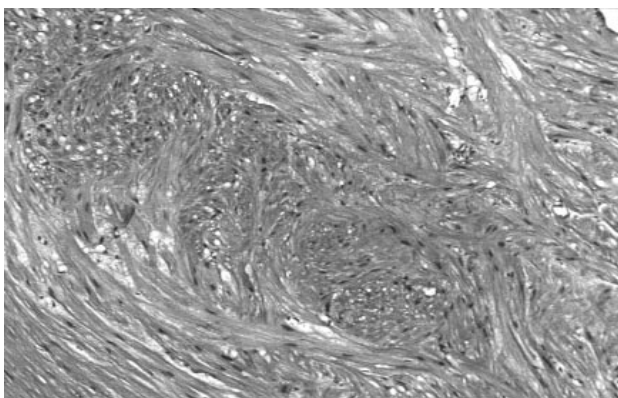


FIGURA 3. Abundantes células fusiformes en distintas direcciones. No se observan atipias ni mitosis. HxEx40.

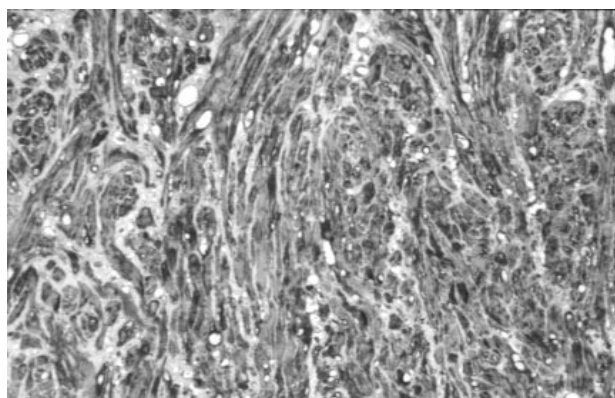


FIGURA 4. Células fusiformes con tinción citoplasmática para actina. Actina x40.

El leiomioma es una neoformación bien delimitada, generalmente redonda, no encapsulada, dura y de color blanco grisáceo. Histológicamente está compuesto por haces arremolinados de células musculares lisas (18), con mayor o menor cantidad de tejido conectivo (fibromiomas si hay gran cantidad de tejido conectivo) (19). Habitualmente las células musculares individuales tienen forma y tamaño uniformes, núcleo ovalado y procesos citoplasmáticos bipolares delgados y alargados. Las mitosis son escasas y no se encuentran células gigantes ni anaplásicas (18). El estudio inmunohistoquímico demuestra positividad para vimentina, actina de músculo liso, actina específica de músculo y desmina (20).

A diferencia de los leiomiomas, los leiomiomas son neoplasias con baja celularidad, bordes circunscritos y actividad mitótica mínima o ausente (20).

Los tumores endovesicales se tratan de forma adecuada mediante resección transuretral, siendo el factor limitante de esta técnica el tamaño del tumor (21). Los endovesicales de pequeño tamaño pueden ser tratados mediante resección transuretral con buen resultado (22), aunque también se ha descrito la resección transuretral existosa de tumores de gran tamaño (23,24). El corte suele recordar una hiperplasia benigna de próstata (23) o "carne de calamar" (4). Se ha descrito un caso de resección transuretral en una mujer embarazada, aunque incompleta por el tipo de crecimiento (4). Para los tumores endovesicales no abordables por resección transuretral, los intramurales y los extravesicales las opciones terapéuticas son la enucleación si se encuentra un buen plano de clivaje, tanto vía vaginal o por laparotomía, y la cistectomía parcial, ambas igualmente eficaces (6).

El pronóstico de esta tumoración es excelente y no se ha detectado evolución hacia la malignidad, aunque la recidiva es posible (15).

En nuestro caso se sospechó inicialmente la presencia de un leiomioma vesical por tratarse de una mujer joven y por las características ecográficas del tumor. Pérez-Castro (25) también recomienda pensar en la posibilidad de un leiomioma ante un "adenoma de próstata" urográfico en una mujer. Por otra parte, dada la benignidad del proceso la cirugía conservadora, en este caso la resección transuretral, ofrece excelentes resultados (25).

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

- **1. BLASCO, F.J.; SACRISTAN, J.; IBARZ, L. y cols.: "Características del leiomioma vesical en nuestro medio". Arch. Esp. Urol., 48: 987, 1995.
2. TORRUBIA, F.J.; MONTAÑÉS, P.; SÁNCHEZ, M. y cols.: "Leiomioma vesical". Arch. Esp. Urol., 41: 17, 1998.
3. HERRANZ-AMO, F.; VERDÚ, F.; HERNÁNDEZ, C. y cols.: "Leiomioma vesical". Actas Urol. Esp., 12: 65, 1988.
4. NÚÑEZ, C.; JULVE, E.; HARDISSON, D. y cols.: "Leiomioma vesical durante el embarazo". Arch. Esp. Urol., 52: 510, 1999.
5. PUIG-GIRO, R.; GUAJARDO, J.; BARCO, J. y cols.: "Leiomioma de vejiga causante de una obstrucción unilateral del uréter asociado a leiomiomas uterinos y ovarios poliquísticos". Actas Urol. Esp., 14: 302, 1990.
- **6. SILVA-RAMOS, M.; MASSÓ, P.; VERSOS, R. y cols.: "Leiomioma de vejiga. Análisis de agregación de 90 casos". Actas Urol. Esp., 27: 581, 2003.
7. KNOLL, L.; SEGURA, J.W.; SCHEITHAUER, B.W.: "Leiomyoma of the bladder". J. Urol., 136: 906, 1986.
8. JIMÉNEZ, J.I.; LOZANO, F.; DE PABLO, A. y cols.: "Leiomioma de vejiga. A propósito de un caso". Actas Urol. Esp., 25: 223, 2001.
9. FERNÁNDEZ, A.; MAGANTO, E.; MAYAYO, T. y cols.: "Técnicas de estudio morfológico en el leiomioma de suelo vesical en la mujer". Actas Urol. Esp., 13: 213, 1989.
10. OJEA, A.; NÚÑEZ, A.; ALONSO, A. y cols.: "Leiomioma vesical". Actas Urol. Esp., 25: 759, 2001.
11. ORTIZ, A.; POYATO, J.M.; SÁNCHEZ, E. y cols.: "Leiomioma vesical: diagnóstico por imagen". Arch. Esp. Urol., 55: 79, 2002.
12. CHICHARRO, J.A.; BAENA, V.; QUIÑONERO, A. y cols.: "Leiomioma vesical: Un caso de diagnóstico equívoco". Arch. Esp. Urol., 40: 678, 1987.
13. ULLATE, V.; ANGULO, J.; LOIZAGA, A. y cols.: "Leiomioma vesical: a propósito de un caso". Arch. Esp. Urol., 47: 812, 1994.
14. RUBIO, A.; BONO, A.; BERNÉ, J.M. y cols.: "Leiomioma vesical". Arch. Esp. Urol., 53: 934, 2000.
15. LAKE, M.H.; KOSSOW, A.S.; BOKINSKY, G.: "Leiomyoma of the bladder and urethra". J. Urol., 125: 742, 1981.
16. ALAPONT, F.M.; GIL, M.; CHUAN, P. y cols.: "Leiomioma vesical. Revisión y presentación de un caso". Arch. Esp. Urol., 48: 1035, 1995.
17. ARIAS, F.; JIMÉNEZ, M.; FERNÁNDEZ, E. y cols.: "Leiomioma vesical de crecimiento extramural. Una causa poco frecuente de dolor pélvicos". Arch. Esp. Urol., 52: 800, 1999.
18. GIBANEL, R.; MALLAFRE, J.M.; RODRIGUEZ, A. y cols.: "Leiomioma vesical". Actas Urol. Esp., 25: 662, 2001.
19. ALGABA, F.; MORENO, A.; TRIAS, I.: "Uropatología tumoral. Correlación morfológica, molecular y clínica". 1ª ed., Pulso Ediciones S.A. Barcelona, 1996.

20. MARTIN, S.A.; SEARS, D.L.; SEBO T.J. y cols.: "Smooth muscle neoplasms of the urinary bladder". *Am. J. Surg. Pathol.*, 26: 292, 2002.
21. MARTINEZ, T.; VICENTE, R.; GUERRO, J.A.: "Leiomioma vesical: un nuevo caso a la casuística existente". *Actas Urol. Esp.*, 19: 481, 1995.
22. LÓPEZ DE ALDA, A.; RODRÍGUEZ-MIÑÓN, J.L.; LITTON, M.: "Leiomioma vesical. Aportación de un nuevo caso". *Arch. Esp. Urol.*, 44: 1145, 1991.
- *23. GOMEZ, A.; SILMI, A.; FERNANDEZ, C. y cols.: "Leiomiomas de tracto urinario inferior". *Arch. Esp. Urol.*, 44: 795, 1991.
- *24. PÉREZ-CASTRO, E.; MARTÍNEZ-PIÑEIRO, J.A.; SILVA, J. y cols.: "Leiomyoma of the female urethra and bladder neck". *Eur. Urol.*, 7: 46, 1981.
25. PÉREZ-CASTRO, E.: "Leiomiomas de tracto urinario inferior". *Arch. Esp. Urol. (Comentario editorial)*, 44: 798, 1991.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 58, 9 (954-956), 2005

LEIOMIOMA VESICAL EN PACIENTE VARÓN DE DIECISIETE AÑOS

José Luis Moyano Calvo, María de los Ángeles Maqueda Marín, Guillermo Dávalos Casanova, Javier Sánchez de la Vega, Javier Giraldez Puig, Francisco Ignacio Huesa Ramírez, José Luis Maestro Durán, Antonio Ramírez Mendoza y Antonio Morales López.

Centro Urológico San Ignacio. Sevilla. España.

Resumen.- *OBJETIVO: El leiomioma vesical es un tumor de presentación rara, cifrándose su frecuencia en la literatura en menos de un 1%*

MÉTODO: Presentamos el caso de un varón de 17 años, con dos pequeñas neoformaciones vesicales descubiertas por hematuria y clínica irritativa miccional. RESULTADOS: Tras RTU de la lesión es diagnosticado de leiomioma vesical, sin recidiva en el periodo de seguimiento.

CONCLUSIONES: El leiomioma vesical es un tumor benigno, por lo que hay que realizar cirugía lo más conservadora posible. En la revisión realizada de las revistas urológicas españolas, es el caso más joven presentado hasta ahora.

Palabras clave: *Leioma vesical. Tumor.*

Summary- *OBJECTIVES: Bladder leiomyoma is a rare tumor, its frequency being estimated below 1%.*

METHODS: We report the case of a 17-year-old male patient presenting with hematuria and lower urinary tract irritative symptoms whose work up discovered two small bladder tumors.

RESULTS: After TUR of the lesions the diagnosis of bladder leiomyoma was established; no recurrences have appeared on follow-up.

CONCLUSIONS: Bladder leiomyoma is a benign tumor, therefore surgery should be the most conservative. Bibliographic review of the Spanish urologic journals shows that this is the youngest patient reported to date.

Keywords: *Bladder leiomyoma. Tumor.*

INTRODUCCIÓN

El leiomioma vesical, dada su escasa frecuencia, es habitualmente motivo de comunicación como nota clínica. En España se han comunicado al menos 32 leiomiomas vesicales, siendo la mayoría de ellos en mujeres (78%) y pacientes adultos.

Presentamos el caso de un leiomioma vesical doble en varón de 17 años

CASO CLÍNICO

Varón de diecisiete años sin antecedentes de interés que acude por polaquiuria, escozor miccional, tenesmo y hematuria autolimitada.

Correspondencia

Luis Moyano Calvo
C/ Eduardo Rivas, 3
41018 Sevilla. España.
e-mail: joseluis Moyano@ya.com

Trabajo recibido: 14 de febrero 2005