

Leiomioblastoma de vejiga

Dres. AMORONE, José Luis y PUSCINSKI, José Alberto.

RESUMEN: Los tumores vesicales de origen mesodérmico son poco frecuentes (8-9-17), representando menos del 5% de todas las neoformaciones vesicales. De ellos el leiomioma es el más frecuente. Se han publicado aproximadamente 225 casos en la literatura mundial, de los cuales sólo 16 están publicados en revistas argentinas. Los primeros casos fueron presentados por Jackson en 1870, Grussebauer en 1875 y Volkmann en 1876. Albarrán, en 1892, encuentra 21 casos documentados; Garufalo, en 1931, encuentra 40 observaciones publicados. En 1935 Kenne habla de 58 casos y Campbell recopila 68 casos en 1953 (15). Se aporta un caso de leiomioma vesical descubierto durante una exploración ginecológica rutinaria.

(Revista Argentina de Urología, Vol. 56, Pág. 129, 1991)

Palabra clave: Vejiga - Leiomioblastoma

CASO CLINICO

Paciente de sexo femenino, de 43 años de edad, sin antecedentes clínicos personales y familiares de importancia.

En un examen ginecológico de control se constata la presencia de una tumoración preuterina. Los análisis de sangre y orina son normales.

La radiografía simple del árbol urinario es normal. El urograma excretor muestra función renal bilateral conservada. Uréteres permeables. Se observa defecto de repleción en el suelo de la vejiga que hace recordar a la impronta prostática en el varón.

En la cistoscopia se observa el cuello vesical deformado en su labio inferior por una masa de crecimiento expansivo, sin modificar las características de la mucosa. Imagen en medialuna. Mucosa vesical sana. Vertiente cérvico trigonal deformada por una masa de crecimiento inferior que avanza hacia la vejiga, dejando su mucosa indemne.

Los meatos, ligeramente desplazados hacia afuera, eyaculan orinas claras.

Al tacto bimanual se palpa una masa que protuye sobre la cara anterior de la vagina de aproximadamente 5 cm de diámetro, lisa, uniforme. Se realiza citología seriada de orina sin particularidades.

Se efectúa toma biopsica transvaginal informada como

proliferación de fibras musculares lisas sin atipias que correspondería a leiomioma. La ecografía abdominal confirmó la presencia de una masa sólida intravesical de ecogenicidad homogénea. La tomografía axial computada informa que a nivel de la pared póstero-inferior de la vejiga, se observa una formación de bordes netos, que comprime la pared vesical, de contenido sólido, de 58 mm de diámetro.

El tratamiento es quirúrgico. Se efectúa una incisión mediana infraumbilical. Abierta la vejiga se visualiza una gran prociencia de la mucosa vesical, que cubre una formación esférica muy similar a un adenoma de próstata. Se hace una incisión de la mucosa y se encuentra un fácil plano de clivaje, extirpándose la tumoración en forma total. La enferma evoluciona sin complicaciones. La anatomía patológica informa:

Macroscopía: Formación multilobulada de 6x4x1,8 cm de 85 gr de peso, con superficie externa pardo-oscura. Al corte mostró tejido arremolinado de coloración amarillenta.

Microscopía: El tumor está constituido por células de escaso citoplasma, fusiformes, núcleo oval central con áreas de disposición verticilar alternando con sectores de células de citoplasma claro, dispuestas en fascículos paralelos.

Diagnóstico: Leiomioma con sectores de leiomioblastoma.

COMENTARIOS

Los tumores vesicales de origen mesodérmico son poco frecuentes.

El leiomioma es el más frecuente dentro de los tumores de origen mesotelial (11).

El leiomioma puede asentar en cualquier órgano donde exista músculo liso: piel, útero, retroperitoneo, aparato digestivo y sistema génito-urinario (14).

Generalmente afectan a un único órgano. Raramente tienen un afectación múltiple (2).

El tumor, en general, suele ser de tamaño mediano, aún cuando han sido publicados casos de hasta 9,5 kilos (4-8).

Hay diversas teorías que intentan explicar la patogenia de los leiomiomas (9).

La teoría irritativa-inflamatoria de Blum, según la cual se origina del estímulo inflamatorio crónico sobre la musculatura vesical.

La teoría disontogenética que defiende su aparición por la posible inclusión en el tejido muscular de residuos embrionarios del conducto de Wolf y/o cuerpo de Muller.

La teoría endocrina, emitida por Lipschutz en 1950, según la cual desórdenes endócrinos serían responsables de la aparición del tumor.

Los leiomiomas vesicales son más frecuentes en mujeres que en hombres.

La sintomatología depende de la localización del tumor y su tamaño.

Pueden ser asintomáticos, descubriéndose en autopsia o en un examen ginecológico rutinario, como en nuestro caso.

Según su localización pueden ser submucosos (53%), extramurales (30%) e intramurales (7%) (19).

Los submucosos pueden producir irritación vesical, infección urinaria, hematuria o retención de orina.

Los intramurales originados cerca del cuello vesical pueden originar síntomas obstructivos.

Los extramurales rara vez producen síntomas.

Una vez hecha la anamnesis, examen físico y análisis de laboratorio se efectúa la radiografía simple del árbol urinario, citología seriada de orina, urograma excretor, cistoscopia, tacto bimanual y toma biopsia.

La ecografía abdominal, junto con la tomografía, nos aportan datos sobre la naturaleza sólida del tumor, su localización y relación con órganos vecinos, lo que ayuda a determinar la vía de abordaje para extirpar el tumor.

Algunos estudios sugieren realizar ecografía transvaginal para obtener datos morfológicos más precisos (6).

No ha sido evaluada la sensibilidad diagnóstica de la resonancia magnética nuclear en este tipo de tumores (7).

En este caso los datos informados en la ecografía y tomografía fueron suficientes.

El tratamiento es quirúrgico.

En nuestro caso se efectuó una cistostomía pudiéndose enuclearse fácilmente el tumor dado el buen plano de clivaje.

En algunos casos dudosos se ha efectuado cistectomía parcial (18).

Algunos autores efectúan resección endoscópica transuretral (12), si se localiza en el cuello vesical o es intramural (3); y otros abordan por vía transvaginal (6-13).

No se han descrito recidivas del mismo (3) salvo un caso comunicado en 1981 (13).

Siendo el leiomioma fusocelular la variedad histológica más frecuente, el caso aportado presenta sectores de leiomioblastoma constituyendo una variedad rara.

BIBLIOGRAFIA

1. Amis, E. E. et al.: Impressions on floor of female bladder: the female prostate. *Urology* 19:441-446, 1982.
2. Belis, J. y col.: "Genitourinary leiomyomas. *Urology* 13:424, 1979.
3. Bollinger, B. y col.: Leiomioma of the urinary bladder. *Urology Int.* 40, 1:43, 1985.
4. Chabrut, R. y col.: Myomes et fibromyomes vesicaux. *J. Urologie* 65:442, 1985.
5. Chicharro Molero, J. y col.: Leiomioma de vejiga: un caso de diagnóstico equivoco. *Arch. Esp. de Urol.* 40, 9:678-680, 1987.
6. Fernández Fernández, A. y col.: Técnicas de estudio morfológico en el leiomioma de suelo vesical en la mujer. *Actas Urol. Esp. Vol. XIII*, 213-216, 1989.
7. Fisher, M. y col.: Urinary bladder MR imaging. Part II. Neoplasm. *Radiol.* 157:471, 1981.
8. Goldschmidt, J. y col.: Leiomioma de la vejiga. *Rev. Arg. Urol.* 39:141, 1970.
9. Gouverneur, R. y col.: Un cas de leiomyome vesical. *J. Urologie*, 443:53, 1946.
10. Herranz Amo, F. y col.: Leiomioma vesical. *Actas Urol. Esp. Vol. XII*, 65-67, 1988.
11. Jewett, H. y col.: Tumors of the bladder: in Campbell, Harrison, *Urology*, p. 1026, Saunders Philadelphia, 1970.
12. Lake, M. y col.: Leiomyoma of the bladder. *J. Urol.*, 136:906, 1986.
13. Lake, M. y col.: Leiomyoma of the bladder and urethra. *J. Urol.*, 125, 742-743, 1981.
14. Metz, L. y col.: Leiomioma de cordón espermático paraepididimario. *Rev. Arg. Urol. XLIV*:15, 1976.
15. Montañez Medina, P. y col.: Leiomioma vesical. A propósito de un caso. *Reun. Reg. Asoc. Esp. Urol.*, 1:375, 1977.
16. Pérez Castro, E. y col.: Leiomyoma of the female urethra and bladder neck. *Euro. Urol.* 7:46, 1981.
17. Regemorter, G. y col.: Leiomioma of the bladder. *Eur. Urol.* 10: 210-211, 1984.
18. Torrubia Romero, F. y col.: Leiomioma vesical. *Arch. Esp. de Urol.* 41, 1:17-21, 1988.
19. Vargas, A. y col.: Leiomioma of Bladder. *Urol.* 21: 308-309, 1983.