

Pseudo sarcoma inflamatorio (Pseudo tumor) de la vejiga.

Dres.: SOLARI, J.J(*); MARINO RUIZ, J(**); ELSNER, B. (***)

RESUMEN: Se presenta un caso de pseudo sarcoma inflamatorio de la vejiga. Se hacen consideraciones acerca de su rareza (once casos en la literatura consultada), de su benignidad y de la imposibilidad de realizar un diagnóstico diferencial previo a los estudios anatomopatológicos. El caso presentado ocurrió en una mujer de 30 años, sin antecedentes de interés, ni urogenitales, ni generales.

Los autores hacen referencia a que una extirpación completa del tumor, es la garantía de no recurrencia de la enfermedad.

ABSTRACT:

We report one case of inflammatory pseudosarcoma (pseudotumor) of the bladder.

We make reference to this rare benign entity (eleven cases international reports) and the difficulty to make a good diagnosis before and anatomopathological examination.

This case has been occurred in a 30 years woman who where healthful, without generals or urogenital troubles.

We report the successfully (non recurrence) when a full excision is done.

(Revista Argentina de Urología, Vol. 58, Nº 2, Pág. 74, 1993)

Palabras Clave: Vejiga. Pseudosarcoma. Pseudotumor.

INTRODUCCION

El pseudosarcoma de la vejiga es una entidad muy rara, habiéndose encontrado en la revisión de la literatura realizada menos de una docena de casos, los cuales enumeramos a continuación, con algunas de las características

encontradas y descritas por los diferentes autores.

Se trata de tumores que aparecen en distintas edades y en ambos sexos; en general se caracterizan por la intensa hematuria que presentan, la imposibilidad de un diagnóstico endoscópico o por imágenes y que tratados quirúrgicamente, siempre que el tratamiento haya sido completo, no recidivan.

Se ha sugerido una relación con la "fascitis nodular", en

(*) Prof. Reg. Adjunto de Urología. Jefe de Servicio.

(**) Médico de planta.

(***) Profesor Titular de Anatomía Patológica. Jefe de Servicio Servicio de Urología. Hospital Español. Buenos Aires. Argentina.

AUTOR	AÑO	SEXO	EDAD	DIAM.	TRATAMIENTO	RECURREN
Roth	1980	F	32	1.5	Cist. Par.	S/Datos
Poppe y col.	1984	M	29	S/D	R.T.U.	Nº 3a.
Nochomovitz y Orenstein	1985	M	22	5	Cist. Par.	Nº 3a.
		F	73	4	R.T.U.	Nº 2a.
Ro y col.	1986	F	56	2	R.T.U.	Nº 2a.
		F	52	4	R.T.U.	Nº 1a.
Young y col.	1987	M	59	2	R.T.U.	S/Datos
Stark y col.	1989	M	19	2	Cist. Par.	Nº 2a.
		F	16	3	Cist. Par.	Nº 17m.
Gugliada y col.	1991	F	55	8	Cist. Par.	Nº 3m.
		M	27	4.5	R.T.U.	Si

base a su similar apariencia histológica.

MATERIAL Y METODOS

S.S. 31 años, sexo femenino. Antecedentes personales y familiares sin importancia.

Enfermedad actual: Cinco días antes de la consulta, comienza con disuria, polaquiuria, ardor miccional e intensa hematuria con coágulos. Medicada sintomáticamente, no mejora.

Se efectúa exámen endoscópico extrayéndose abundantes coágulos y la persistencia de la hematuria, solo permite vislumbrar la existencia de una formación oval en la cara latero-posterior izquierda de la vejiga.

Ecografía: Muestra una formación redondeada, armónica, de reducido contacto parietal, en cara vesical izquierda.

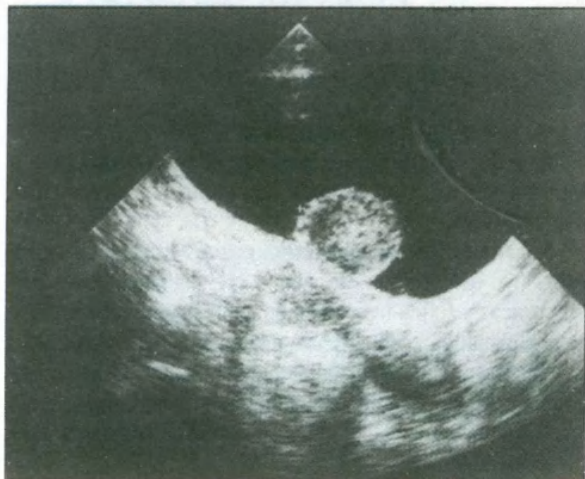


FOTO 1: Ecografía vesical

Urograma: Riñones y ureteres normales, masa ocupante vesical, sin compromiso evacuatorio.

T.A.C.: Tumoración redondeada que asienta en cara lateroposterior izquierda de la vejiga con base de implantación pequeña y sin compromiso parietal.

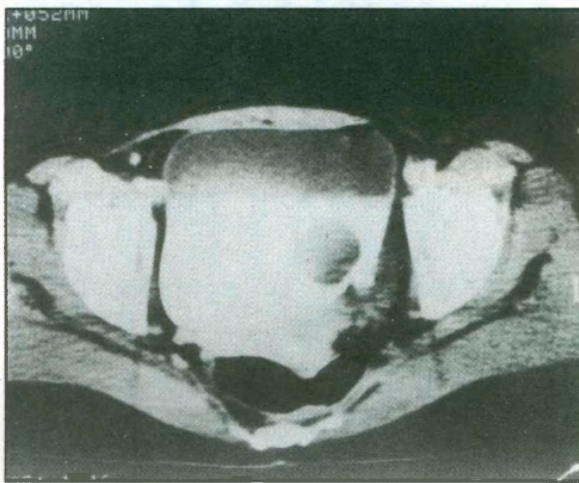


FOTO 2: Tomografía axial computada

La persistencia de la intensidad de la hematuria y el cuadro hemático, con hematocrito de 21%, deciden la exploración quirúrgica, a cielo abierto.

Se efectúa incisión de Pfannestfield, con abordaje del prevesical y apertura longitudinal de la vejiga. Una vez abierta la misma se extraen abundantes coágulos y se observa la existencia en la cara latero-posterior izquierda de la misma, una tumoración ovalada de aproximadamente 7 x 3 x 1 cm. con zonas sangrantes en su superficie, de consistencia sólida y de base de implantación de unos 2 x 2 cm. Se efectúa cistectomía parcial completa; cierre por planos, sonda transuretral y drenaje del Retzius. Evolu-

ción postoperatoria sin complicaciones.
Controendoscópica a los 3, 6 y 12 meses: Normal.

Exámen Anatomopatológico: (Nº 84208)

Descripción microscópica: Los cortes muestran que la formación tumoral descrita correspondió a un pseudo tumor inflamatorio o tumor fibromixoide pseudosarcomatoso benigno, constituido por una proliferación de células fusiformes que alteran con otras redondeadas, entre las que se dispone infiltrado linfoplasmocitario y leucocitario, pequeñas luces vasculares y tejido colágeno. La lesión presenta ulceración superficial. En el material rotulado como base se observa un foco de la misma dispuesta entre las fibras musculares normales.

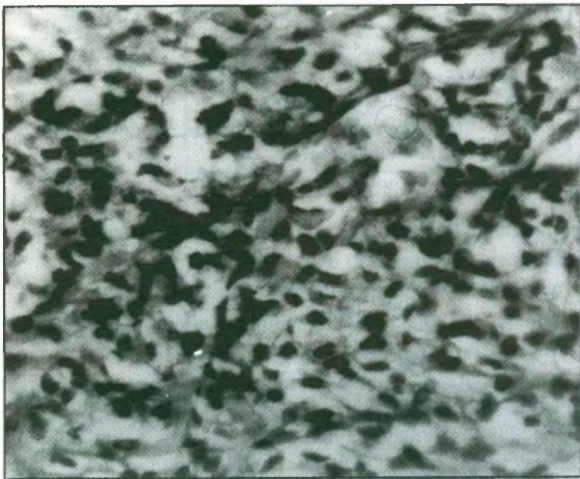


FOTO 3: Pseudotumor inflamatorio

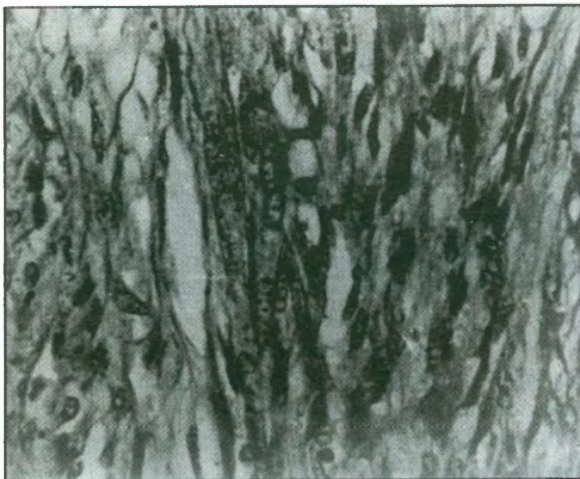


FOTO 4: Células fusiformes que alternan con otras redondeadas.

Enviados los preparados al Dr. F. K. Mostofi (Armed Forces Institute of Pathology, Washington D. C. U.S.A.) coincide con el diagnóstico efectuado por los Dres. Elsner e Iotti.

DISCUSION

La primera publicación de un caso de pseudosarcoma vesical corresponde a Roth en 1980 (1). Hasta este momento solamente 11 casos fueron declarados.

Este tumor puede afectar tanto al hombre como a la mujer y a distintas edades, aunque el más joven de los casos descritos presentaba solamente 16 años (2).

Algunos autores trataron de relacionarlos con la aparición previa de cistitis recurrente (1) o de cirugía vesical previa por cancer de la vejiga (3) (4).

Sin embargo, muchos de estos pacientes, no tienen ninguna de estas características.

El síntoma, muchos de estos pacientes, no tienen ninguna de estas características.

El síntoma común a todos ellos fue la **hematuria** la cual en algunos casos fue tan importante como para deber efectuarse transfusiones sanguíneas.

Los urocultivos fueron sistemáticamente negativos en todos los casos.

Con respecto a las localizaciones del pseudosarcoma vesical, las mismas no tienen una predilección, aunque debe destacarse que en ninguno de los casos publicados, el trigono vesical se encontraba invadido por la tumoración.

Los tamaños de las tumoraciones variaron entre 1 y 8 cm de diámetro.

A la endoscopia, la imagen fue similar a la de cualquier otro tumor intravesical maligno.

T.A.C. solo fue efectuada en cinco de los casos publicados (2) (5) (6), la misma revelaba la presencia de masa intravesical de límites netos y en dos casos (6), se apreciaba la extensión extravesical, la cual solamente fue confirmada en un caso.

Solo un caso fue descrito con invasión intestinal o extensión a la pared abdominal (6).

El mejor tratamiento para el pseudosarcoma es incierto, debido al bajo número de casos encontrados. En los once casos publicados, siete pacientes fueron sometidos a cistectomía parcial (63%) y cuatro pacientes (37%) fueron sometidos a resección transuretral.

El seguimiento de los pacientes comprende entre 3 meses a 3 años, aunque hubo dos pacientes que no fueron seguidos.

Solamente se encuentra una recidiva del pseudosarcoma (6), que llevó a efectuar 4 nuevas resecciones endoscópicas y todos los especímenes histopatológicos fueron informados como pseudotumor inflamatorio, por lo que los autores creen que la recidiva se debió a una incompleta resección inicial y en las posteriores.

Ningún caso publicado mencionó la presencia de metástasis.

La relación entre el pseudosarcoma inflamatorio vesical

cal y la fascitis nodular pseudosarcomatosa ha sido postulada por Bernstein y col. (7).

La fascitis nodular, en principio fue descripta solamente en tejidos no viscerales, principalmente en el antebrazo. Sin embargo, luego fueron reportados casos 7, 8 en la uretra, vulva y también en la próstata.

Al igual que el pseudosarcoma vesical, la fascitis nodular se encuentra en ambos sexos y todas las edades.

Histopatológicamente existen varias similitudes entre las dos entidades: ambas están caracterizadas por la presencia de células espinosas, capilares, prominentes, células inflamatorias crónicas, e infiltración suficiente como para destruir el tejido subyacente.

Al microscopio, el pseudosarcoma puede ser confundido con lesiones sarcomatosas (rabdomyosarcoma o leiomyosarcoma). Sin embargo, la presencia de estroma edematizado con relativamente pocas mitosis y la ausencia de hiper cromatismo y pleomorfismo nuclear, son indicadores de una lesión benigna.

Se concluye que las manifestaciones radiológicas y la aparición clínica del pseudosarcoma vesical, son no específicas y es imposible efectuar diagnóstico de benignidad en función de estas. El diagnóstico definitivo está dado por la histopatología.

BIBLIOGRAFIA:

1. Roth, J. a. Reactive pseudosarcomatous response in the urinary bladder. *Urology* 1980; 16:635-637
2. Stark, G. L. y col. Inflammatory pseudotumor (pseudosarcoma) of the bladder. *J. Urol* 1989; 141:610-612.
3. Proppe, K.H. y col. Postoperative spindle cell nodules of the genitourinary tract resembling sarcomas. *Am J. Surg Pathol* 1984; 8:101-108.
4. Young, R. H. y col. Pseudosarcomatous lesions of the urinary bladder, prostate gland, and urethra. *Arch Pathol Lab Med* 1987; 111:354-358.
5. Nochomowitz, L.E. y col. Inflammatory pseudotumor of the urinary bladder: possible relationship to nodular fasciitis. *Am J. Surg Pathol* 1985; 9:366-373.
6. Gugliada, K. y col. Inflammatory pseudosarcoma (pseudotumor) of the bladder. *Radiology* 1991; 179:66-68.
7. Bernstein, K. E. y col. Nodular (pseudosarcomatous) fasciitis: a nonrecurrent lesion. *Cancer* 1982; 49:1668-1678
8. Konwaleer, B. E. Subcutaneous pseudosarcomatous fibromatosis (fasciitis). *Am J. Clin Pathol* 1955; 25:241-252.

COMENTARIO

El trabajo presentado por los autores tiene varios aspectos importantes. En primer lugar, el mérito de ser el primer caso informado en la literatura argentina, al tiem-

po que se suma a los pocos casos reportados en la literatura internacional sobre el tema. En segundo lugar, este aporte viene a contribuir al conocimiento clínico y patológico de un proceso que, de una u otra forma, simula un tumor maligno, de aspecto sarcomatoso y por lo tanto, integrándose así al conjunto de entidades que es necesario tener en cuenta, al hacer el diagnóstico diferencial de las lesiones de origen mesenquimático de la pared vesical.

Como mencionan los autores, la primera referencia de una lesión similar data de 1980, y fue efectuada por Roth.

De esta entidad hay que destacar que pudiendo afectar a ambos sexos su incidencia tiene una amplia distribución entre la segunda y, octavas décadas de la vida, no existiendo hasta el momento, casos en la infancia.

La sintomatología (Hematuria), la imagen endoscópica de una formación procedente de varios centímetros, y el aspecto macroscópico de masa tumoral, inclinan inevitablemente la presunción diagnóstica a una lesión neoplásica de mal pronóstico, por lo que sólo un capacitado estudio histopatológico de un patólogo quirúrgico actualizado en el tema, (entre la profusa información bibliográfica que nos abruma en estos días), puede aportar un diagnóstico correcto, evitando un exceso terapéutico, sea quirúrgico o quimioterápico, al tiempo que sosiega tanto la ansiedad del paciente como la del médico tratante respecto de su evolución y pronóstico.

Está de más decir que no he tenido oportunidad de ver pacientes con lesiones semejantes a la presentada por los autores, pese al abundante material urológico que estudiamos durante años en nuestro hospital y en otras entidades. Pero habiendo recabado información en la bibliografía existente, creo que es interesante destacar la interpretación que se ha hecho de su histogénesis y, aunque respetemos la opinión de Bernstein y col. (1982), quien ha planteado una relación con la fasciitis nodular, en nuestra opinión hay que recordar también en esta consideración, algunas granulaciones inflamatorias muy vacuolarizadas y celulares de partes blandas, que tienen aspecto histológico muy proliferativo e inmaduro, habida cuenta que nosotros hemos tenido oportunidad de verlas raramente en otras localizaciones, en donde nos han planteado morfológicamente el difícil diagnóstico diferencial con un Sarcoma.

Por suerte, además, en la actualidad contamos con otra serie de técnicas, en particular la inmunomarcación, que concurren en nuestra ayuda al efectuar el diagnóstico de casos de difícil definición histológica.

Finalmente, no teniendo otra disquisición que aportar sobre esta rara entidad, solo me resta felicitar a los autores por el interesante aporte que han hecho de esta lesión.

Dr. Hector Gallardo