**CISTITIS XANTOGRANULOMATOSA****XANTHOGRANULOMATOUS CYSTITIS****Dres. Fayad, E. J.*; Ginesta, A. S.; Velasco, P. B.; Vizconti, J. E.; Divinsky, J. A.; Metz, L. M.**

RESUMEN: *Se presenta un caso de cistitis xantogranulomatosa en una paciente con antecedente de carcinoma transicional superficial de vejiga en tratamiento. Es destacable la baja incidencia de esta patología, su ocasional relación con el adenoma del uraco y la falta de tratamiento médico efectivo, sus similitudes y diferencias con la malacoplasia vesical.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 63, N° 4, Pág. 143, 1998)

Palabras clave: Vejiga; Tumor; Cistitis xantogranulomatosa.

SUMMARY: *A case of xanthogranulomatous cystitis is presented in a patient with a former history of superficial transitional bladder carcinoma under therapy. It should be noted that this pathology has a low incidence and its occasionally related to urachus adenoma, there its a lack of effective medical therapy and it has similarities and differences with bladder malacoplasia.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 63, N° 4, Pág. 143, 1998)

Key words: Bladder; Tumor; Xanthogranulomatous cystitis.**INTRODUCCION**

La cistitis xantogranulomatosa es un proceso inflamatorio crónico y benigno de la mucosa vesical de probable etiología inmunológica, asociado ocasionalmente con el adenoma del uraco. Se describe una predisposición a enfermedades bacterianas y micóticas por la

pérdida de la capacidad fagocitaria de los leucocitos para atacar a ciertos microorganismos, debido a un imperfecto en la producción de metabolitos bactericidas.

Macroscópicamente son lesiones nodulares con áreas quísticas o de necrosis, de color amarillo o naranja, en relación con el acúmulo de lípidos en el citoplasma de los macrófagos.

Microscópicamente consiste en un gran número de macrófagos con núcleos redondos u ovals con citoplasma granuloso o espumoso.

Las lesiones xantogranulomatosas se caracterizan por la presencia de células gigantes multinucleadas y ocasionalmente algunos cristales de colesterol.

Desde el punto de vista histológico, *Thannhauser* dividió la xantogranulomatosis en tres tipos:

* Jefe de Clínica Urológica. Servicio de Urología,
Antártida Hospital Privado
Av. Rivadavia 4980, (1425) Capital Federal
Telefax: 901-6664 / 903-6666

Tipo 1: Infiltración intracelular de lípidos secundaria a una hipercolesterolemia (xantogranulomatosis hipercolesterolémica).

Tipo 2: Acumulación y retención intracelular de lípidos secundarias a un incremento de la síntesis celular (xantogranulomatosis hiperlipémica).

Tipo 3: Precipitación y cristalización extracelular de lípidos (xantogranulomatosis normocolesterolémica). Este tipo se subdivide en:

A) Síndrome de *Schuller Christian*.

B) Células xantogranulomatosas presentes en tejidos inflamatorios o tumorales.

La malacoplasia vesical es una afección de etiología desconocida caracterizada por una placa gris-amarillenta en la submucosa vesical, que puede corresponder a procesos inflamatorios crónicos. Pueden ser únicas o múltiples y el epitelio suprayacente puede estar intacto o destruido. El corion está infiltrado por histiocitos con citoplasma vacuolado y por elementos particulares más grandes, redondeados y refringentes: los cuerpos de *Michaelis-Gutmann* característicos de la afección. Son granulaciones citoplasmáticas de calcio e hierro en los histiocitos, donde se asocia una matriz central proteica a una estructura periférica cristalina.

La biopatología de la cistitis xantogranulomatosa y de la malacoplasia vesical es por lo tanto similar, así como también su morfología; la diferencia radica en la presencia de los cuerpos hematxilínicos de *Michaelis Gutmann* en la segunda.

En el presente trabajo se describe un caso diagnosticado en el Servicio de Urología de Antártida Hospital Privado y su evolución hasta el momento actual.

Cistitis xantogranulomatosa

Inflamación crónica

Alteración del metabolismo lipídico asociada con el adenoma del uraco

Similitud con el cáncer vesical y la malacoplasia

Diagnóstico: histológico

Tratamiento: seguimiento

CASO CLINICO

Paciente Z.C., H.C1. N° 704879, de sexo femenino, de 66 años de edad. Buen estado general, persistentemente con síntomas irritativos urinarios bajos, dolor hipogástrico indefinido de varios años de evolución.

Cuenta con el antecedente de carcinoma transicional vesical superficial e infecciones urinarias a repetición. A mediados de 1995 consulta por hematuria macros-

cópica, cifras nitrogenadas en rangos aceptables, urocultivo negativo y *Papanicolaou* en orina que informa: carcinoma de células transicionales.

Se le realizó una uretrocistofibroscopia (CFC) donde se observa: mucosa uretral edematizada y congestiva, cuello vesical congestivo, vejiga con capacidad reducida y medio levemente hematórico, trigono y meatos visibles pero edematizados; en la mucosa vesical se visualizan pequeñas imágenes polipoideas múltiples, en todas las paredes de la vejiga con zonas de aspectos infamatorios.

El urograma excretor muestra eliminación renal bilateral con leve ureterouronefrosis bilateral, vejiga pequeña y sin imágenes litiásicas.

En octubre de 1995 fue intervenida quirúrgicamente, realizándose una resección endoscópica vesical. El informe anatomopatológico fue un carcinoma transicional superficial de vejiga (G1, P1, Lo), por lo que se indicó realizar inmunoterapia endovesical con BCG, pero frente a una recidiva, a los 8 meses, de una lesión de iguales características, se indicó iniciar quimioterapia endovesical con mitomicina C.

En octubre de 1996 se realiza CFC, encontrándose una vejiga de escasa capacidad, mucosa edematizada, masa neoplásica en fondo y cara anterior de 3-4 cm de diámetro, de aspecto infiltrante, meatos ureterales edematosos y dilatados.



Foto 1: Urograma excretor. Ureterouronefrosis bilateral, vejiga pequeña e irregular.

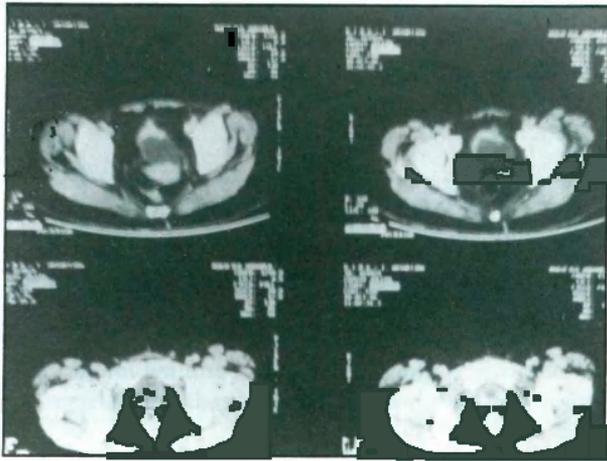


Foto 2: Tomografía axial computada pelviana. Vejiga engrosada y pequeña.

Se realizó un urograma excretor que mostró una importante ureterouronefrosis, con uréteres inferiores de características patológicas; vejiga pequeña e irregular (Foto 1). Tomografía axial computada con ureterouronefrosis bilateral, vejiga pequeña y engrosada (Foto 2), sin adenopatías retroperitoneales.

Se efectuó una resección endoscópica vesical de dicha masa y mapeo vesical.

El análisis anatomopatológico fue: **cistitis xantogranulomatosa** (Fotos 3 y 4) con mucosa ulcerada, edema vascular del estroma con abundantes histiocitos y linfocitos. Histiocitos con vacuolas en el citoplasma y algunos multinucleados, sin depósitos de colesterol ni presencia de cuerpos de *Michaelis-Gutmann* (xantogranulomatosis tipo 3). No se evidencia tejido con carcinoma transicional de vejiga, ni en la lesión reseçada ni en el mapeo vesical.

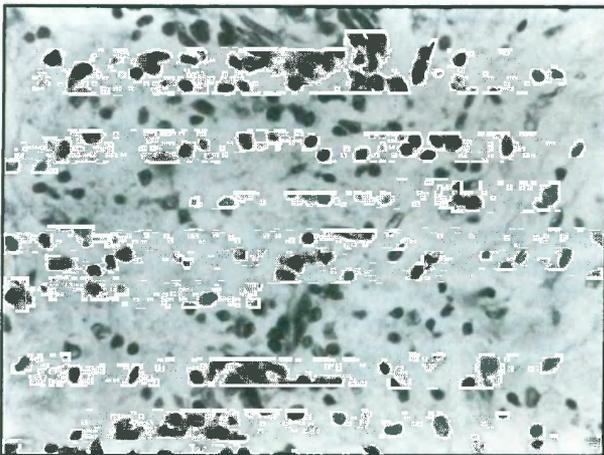


Foto 3: Células inflamatorias y células xantomatosas con núcleos centrales y esféricos con citoplasma granular claro.

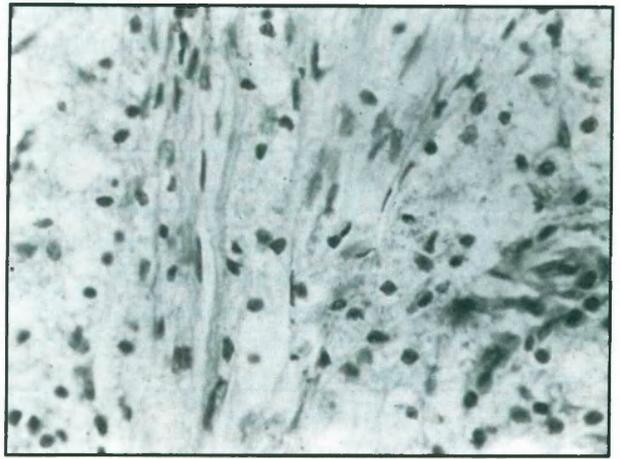


Foto 4: Células xantomatosas con infiltrado inflamatorio crónico.

Actualmente la enferma presenta incontinencia urinaria nocturna, disuria, orina turbia, leucocitos abundantes, urocultivo positivo para *Enterococcus faecalis* y *Papanicolaou* en orina negativo. Persiste su uronefrosis bilateral comprobada por ultrasonografía, sin presencia de litiasis, con aceptable función renal.

Se realizó una nueva CFC y mapeo vesical en julio de 1997, en la cual se observa: uretra sin particularidades, vejiga de muy poca capacidad, sin imágenes de recidiva tumoral. Meatos ureterales patológicos. Lesiones eritematosas en cara anterior y fondo vesical. Se toman biopsias de dichas zonas cuyo resultado anatomopatológico fue: cistitis crónica reagudizada con hemorragia antigua y fibrosis hialina en la pared.

En la actualidad realiza controles cuatrimestrales con endoscopia vesical y semestralmente citología urinaria y ecografía renal. La paciente no acepta por el momento el tratamiento propuesto.

CONCLUSIONES

La xantogranulomatosis y la malacoplasia son procesos inflamatorios que cursan en la vía urinaria y pueden asemejar a un carcinoma.

Frente a pacientes con antecedentes de procesos inflamatorios crónicos, con placas grises amarillentas o naranja, se debe pensar en la posibilidad de estas cistopatías no tumorales.

La biopsia vesical es la que diferencia a estas tres patologías e indica el tratamiento a seguir.

La resección de lesiones aisladas xantogranulomatosa no debe ser indicada en forma rutinaria como tratamiento.

Esta enfermedad, asociada o no con sus antecedentes quirúrgicos (resección endoscópica por tumor

vesical), con posteriormente inmunoterapia y quimioterapia endovesical, llevaron a una microvejiga que necesitará una solución quirúrgica.

Clasificación

Tipo 1: Xantogranulomatosis hipercolesterolémica

Tipo 2: Xantogranulomatosis hiperlipémica

Tipo 3: Xantogranulomatosis normocolesterolémica

BIBLIOGRAFIA

1. Borner, O. P.: Immunoassays for carcinoembryonic antigen: specificity and interferences. *Scand. J. Clin. Lab. Invest.*, 53: 1-9, 1993.
2. García, A. A.; Florentine, B. D.; Simons, A. J.; Skinner, E. C. y Leichman, L. W.: Xanthogranulomatous cystitis as a cause of elevated carcinoembryonic antigen mimicking recurrent colorectal cancer. Report of case. Department of Medical Oncology, University of Southern California School of Medicine, Los Angeles, USA.
3. Ichikawa, T.; Nishiura, T.; Kumamoto, Y. y Sugiura, H.: Report on two cases of the xanthogranuloma associated with urachal adenoma. *Jap. J. Urol.*, 53: 34, 1962.
4. Kaim, A.; Cathomas, G.; Krsch, E.; Schmid, H. P. y Steimbrich, W.: Xanthogranulomatous pyelonephritis with phlegmonous abdominal wall infiltration: diagnosis and assessment of extent via computerized tomography. *Dtsch. Med. Wochenschr.*, 120: 168-172, 1995.
5. Nishimura, K.; Nozawa, M.; Hara, T. y Oka, T.: Xantoma of the bladder. *J. Urol.*, 153: 1912-1913, 1995.
6. Miliuskas, J. R.: Bladder xanthoma. *Histopathology*, 21: 177, 1992.
7. Shigeta, M.; Moriyama, H.; Fukushige, M.; Takemoto, T.; Fukuhara, T. y Hua, Z. J.: Xanthoma of the bladder: a case report. *J. Hiroshima Med. As.*, 42: 859, 1989.
8. Tan, L. B.; Chiang, C. P.; Huang, C. H. y Chian, C. H.: Xanthogranulomatous cystitis: a case report and review of the literature. *Int. Urol. Nephrol.*, 26 (4): 413-417, 1994.
9. Thannhauser, S. J.: Xanthomatosis in lipidoses: Diseases

of the Intracellular Lipid Metabolism (3rd ed.). New York, Grune & Stratton, 1985; III: 87.

10. Walther, M.; Glenn, J. F. y Vellios, F.: Xanthogranulomatous cystitis. *J. Urol.*, 134 (4): 745-746, 1985. *Dis. Colon-Rectum*, 39 (9): 1051-1054, 1996.

COMENTARIO EDITORIAL

El presente trabajo trata un tema poco conocido por los urólogos y los pocos casos comunicados en la literatura así lo atestiguan. Distinta es la situación de la pielonefritis xantogranulomatosa, entidad mucho más frecuente y pasible de ser diagnosticada presuntivamente antes del acto quirúrgico.

La introducción de la presente comunicación es por demás completa e ilustrativa. El cuadro sinóptico del final de la misma es realmente didáctico.

El caso clínico es interesante; realmente es curioso que en esta paciente existan las dos patologías entre las cuales habitualmente debe hacerse el diagnóstico diferencial. Tal vez podría haber sido más completa la descripción de los antecedentes, pues no queda claro cuántas veces había sido resecada endoscópicamente esa vejiga como para relacionar este antecedente con la retracción vesical final. Tampoco informa si la paciente presentaba o no alteraciones del metabolismo lipídico. Finalmente refiere que la paciente no aceptó el tratamiento propuesto, pero no dice cuál es dicho tratamiento.

Las conclusiones nos alertan a tener en mente esta patología y hacen hincapié en la importancia capital de la biopsia endoscópica sistemática de toda masa vesical como elemento imprescindible del diagnóstico.

La calidad de la bibliografía consultada expone a las claras la seriedad con que los autores han encarado la realización de este trabajo.

Sólo me resta felicitar a los autores por tan interesante comunicación.

Dr. Guillermo Gueglio
Servicio de Urología del Hospital
Italiano, Buenos Aires, Argentina