

# Leiomioma vesical: reporte de un nuevo caso y revisión bibliográfica

## *Bladder leiomyoma: a new case report and bibliographic review*

Roberto C. Elías, Daniel Rico, Raúl Rodríguez, Rubén Otegui, Roberto Cura, Laura Basaldúa

*Urología Integral, Paraná, Entre Ríos.*

### INTRODUCCIÓN

La mayoría de los tumores vesicales, en el adulto, se originan en el urotelio.

Por su parte, las lesiones de estirpe mesenquimato-sa son entidades menos frecuentes, siendo su incidencia del 1 al 5%. El leiomioma es el tipo histológico más reportado, representando un 35% de los casos comunicados en la literatura. Más común en mujeres, con un pico de incidencia entre la 4<sup>o</sup> y 5<sup>o</sup> década de la vida, los síntomas así como el tratamiento van a estar dados por el tamaño y la localización de la lesión. Al originarse en el músculo liso, cualquier órgano del árbol urinario puede ser asiento de estos tumores, siendo más afectados el riñón y la vejiga. De comportamiento benigno, su pronóstico es excelente, sin recidivas postoperatorias.

### CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 61 años de edad, con antecedente de repetidos episodios de polaquiuria y disuria intensas, de más de 3 años de evolución, con poca respuesta a diferentes tratamientos sintomáticos, en una ocasión con urocultivo positivo, lográndose, esa vez, mejoría transitoria, con el tratamiento antibiótico específico. No se había realizado ningún estudio por imágenes previamente ni refería antecedentes patológicos y/o comorbilidades de importancia. Al examen físico presentaba cistocele grado 2, con incontinencia de orina leve, a esfuerzos moderados.

Solicitamos ecografía de árbol urinario que informa, como dato positivo, imagen redondeada, sólida, de 19 x 18 x 19 mm, submucosa, en pared vesical posterior (Fi-

gura 1). La cistoscopia confirmó la tumoración vesical posterior, bien delimitada, con mucosa vesical indemne, programándose la resección endoscópica.

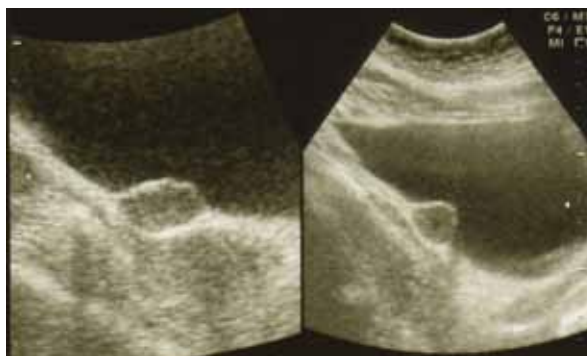


Figura 1.

El procedimiento fue sencillo, siendo la lesión bien delimitada, de consistencia firme y poco sangrante; tanto el aspecto quirúrgico final como el control ecográfico posterior (Figura 2), confirmó la completa remoción de la misma.

Evolución postoperatoria satisfactoria, con remisión de la sintomatología precedente.

La histopatología informó: tejido compuesto de haces de células fusiformes, de forma y tamaño uniforme, núcleos ovalados y escasas mitosis, revestido de mucosa transicional, todo ello compatible con Leiomioma submucoso de vejiga (Figura 3).

### DISCUSIÓN

El leiomioma es una lesión no epitelial, benigna, muy infrecuente, representando del 0,04 al 0,5% de los tu-



Figura 2.



Figura 3.

mores vesicales en general, siendo el subtipo histológico más frecuente (35 al 46%) dentro de las neoplasias de origen mesenquimatoso<sup>1-4</sup>.

No más de 300 casos han sido descriptos en la literatura, luego de que Jackson, en 1870, lo informara por primera vez<sup>2,5</sup>.

Habitualmente se trata de reportes de casos individuales, siendo excepcionales los trabajos que incluyan dos<sup>6</sup> o tres<sup>7</sup> casos. Recientemente, entre nosotros, López Fontana<sup>8</sup> y Cobreros<sup>9</sup> aportaron sendos casos típicos, confirmando su buen pronóstico, con tratamiento quirúrgico.

Virtualmente cualquier órgano que contenga músculo liso, puede ser asiento de este tumor, siendo los sitios más frecuentes de origen, piel, útero, retroperitoneo, aparato genitourinario y gastrointestinal<sup>10,3,11</sup>.

En el tracto genitourinario, asienta con mayor frecuencia sobre el riñón y la vejiga (sobre todo en trigono y cuello vesical)<sup>3,11,12</sup>.

A nivel de esta última, puede localizarse de manera intramural (7%), extramural (30%) y submucosa (63%)<sup>13,1</sup>.

Más frecuente en mujeres, con una relación 5/2 y un amplio rango etario que va de los 20 a 60 años<sup>13,14,10</sup>.

La génesis de este tumor es discutida, aunque varias teorías intentan explicar su origen:

- ♦ Teoría Irritativa-inflamatoria, que sugiere un estímulo inflamatorio crónico, sobre el músculo liso, como origen de la transformación.
- ♦ Teoría Disontogénica, que atribuye su origen a la presencia de restos embrionarios de Wolf y Muller.
- ♦ Teoría Vascular-irritativa, que lo relaciona con una metaplasia perivascular.
- ♦ Teoría Endocrina, que atribuye a la progesterona y estrógenos un rol principal, a través de receptores esteroideos tumorales<sup>3,15,16,17</sup>.

Esta lesión puede permanecer asintomática, por muchos años, alcanzando un tamaño considerable o provocar un cuadro de dolor pélvico crónico<sup>11,12,17</sup>. Por otra parte, suele manifestarse a través de sintomatología irritativa-obstructiva, así como hematuria, dependiendo ello del tamaño y sobre todo localización del tumor<sup>18</sup>.

En relación a esto último, se han descripto casos de retención urinaria e insuficiencia renal obstructiva, secundarios a la presencia tumoral no sospechada<sup>5,10</sup>.

Cabral Ribeiro<sup>19</sup> refiere un caso extramural voluminoso, operado con diagnóstico presuntivo de tumor de uraco.

Dado el pleomorfismo sintomático, y la ausencia de laboratorio específico, la sospecha tumoral se basa en los estudios por imágenes, siendo la ecografía del árbol urinario el primer estudio a solicitar<sup>3,10</sup>.

Ecográficamente la lesión aparece como una masa parietal sólida, homogénea, bien delimitada, sésil, que respeta la mucosa suprayacente, cuando la localización es submucosa; cuando el tumor es extramural y de volumen apreciable, se deberá diferenciar de las estructuras vecinas con las que contacta o desplaza<sup>20</sup>.

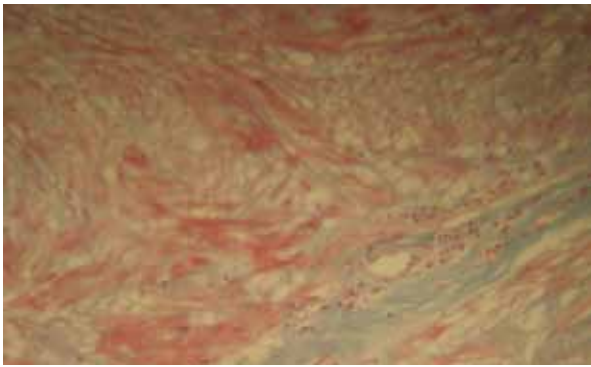
La Cistoscopia confirmará una tumoración, habitualmente sécil, que respeta la mucosa que la reviste<sup>20</sup>.

Si bien para decidir el abordaje quirúrgico no se necesitan más estudios, en casos de sintomatología extraurinaria, poca clara o no disponibilidad de estudios más sencillos, la PIV, TAC o RMN abdominopélvica ayudarán a definir el diagnóstico<sup>18,19,20</sup>.

La primera, a través de la identificación de defectos de relleno y desplazamientos parietales vesicales, las dos últimas comparables a la ecografía, en cuanto a las características tumorales y sus relaciones con la pared vesical y órganos vecinos<sup>6,18,20</sup>.

Según Mizuno<sup>21</sup>, la Ecografía, la RMN (con y sin Gadolinio) y la Cistoscopia ofrecen la mejor definición diagnóstica, en comparación con la TAC y la PIV.

El tratamiento es quirúrgico y, dada la naturaleza benigna de las lesiones, el mismo deberá ser lo más



**Figura 4.**

conservador posible; las alternativas van a depender del tamaño y localización parietal de la lesión. La RTU estará indicada en tumores pequeños submucosos, la Enucleación o Cistectomía Parcial (abierta o laparoscópica) para aquellos de mayor tamaño y localización intra o extramural<sup>11,10,22</sup>.

Macroscópicamente, se trata de un tumor blanco-grisáceo de consistencia gomosa, tamaño y peso variables, habiéndose descrito un ejemplar de 9000 gramos<sup>23</sup>.

Histológicamente, la lesión está formada por una proliferación de fibras musculares lisas, de citoplasma eosinofílico, con menos de 2 mitosis (x campo de alto poder), rodeadas de tejido conectivo, sin necrosis ni atipia celular<sup>2,15</sup>.

El pronóstico tumoral es excelente y la recurrencia rara, si la resección fue completa<sup>20</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ojeda Calvo A, Nuñez A, Alonso A, y cols. Leiomioma vesical. *Actas Urol Esp.* 2001, 25:759.
2. Goluboff E, O'Toole K, Sawczuk I. Leiomyoma of bladder: Report of case and review of literature. *Urology* 1994, 43:238.
3. Rubio A, Bono Ariño A, Berné JM, y cols. Leiomioma vesical. *Arch Esp Urol.* 2000; 53:934.
4. Yoon IJ, Kim KH, Lee BH. Leiomyoma of the urinary bladder: MR findings. *AJR.* 1993; 161:449.
5. Herranz LM, Arellano R, Nam S y cols. Leiomioma vesical en un varón. *Arch Esp Urol.* 2004, 57:827.
6. Cánovas Ivorra JA, García Zamora JA, Vierna García J y cols. Leiomioma vesical. A propósito de dos nuevos casos y revisión de la literatura. *Arch Esp Urol.* 2007, 60:684.
7. Moreno García A, Mirat JM, Pinna CC y cols. Leiomioma vesical: Revisión de la literatura y presentación de tres casos clínicos. *Actas Urol Esp.* 1998, 22:702.

8. López Fontana R, Rovere E, Silva J y cols. Leiomioma de vejiga: Un raro tumor no epitelial. Congreso Argentino de Urología 2010, PO 07.
9. Cobreros C, Poli G, Babbino L y cols. Leiomioma del cuello vesical como causa de retención urinaria aguda. A propósito de un caso. Congreso Argentino de Urología 2011, P-70.
10. Silva-Ramos M, Massó P, Versos R y cols. Leiomioma de vejiga. Análisis de agregación de 90 casos. *Actas Urol Esp.* 2003, 27:581.
11. Jiménez J, Lozano F, De Pablo A y cols. Leiomioma de vejiga. A propósito de un caso. *Actas Urol Esp.* 2001, 25:223.
12. Belis J, Post G, Rochman S y cols. Genitourinary Leiomyomas. *Urology* 1979, 13:429.
13. Gibanel R, Mallafre JM, Rodríguez A y cols. Leiomioma vesical. *Actas Urol Esp.* 2001, 25:662.
14. Gaynor-Krupnick DM, Kreder KJ. Bladder neck leiomyoma presenting as voiding dysfunction. *J Urol.* 2004, 172:249.
15. Rodríguez de Ledesma JM, Torroella V, Ramírez J y cols. Leiomyoma vesical. Revisión de la literatura y presentación de un nuevo caso. *Arch Esp Urol.* 2000, 53:167.
16. Furuhashi M, Suganuma N. Recurrent bladder leiomyoma with ovarian steroid hormone receptors. *J Urol.* 2002, 167:1399.
17. Funez FA, Cidre MJ, Fernandez EF y cols. Leiomioma vesical de crecimiento extramural. Una causa poco frecuente de dolor pélvico. *Arch Esp Urol.* 1999, 52:800.
18. Ferrero Doria R, Ramos Niguez JA, García Victor F y cols. Leiomioma vesical. Presentación de un caso clínico. *Arch Esp Urol.* 2005, 58:1072.
19. Cabral Ribeiro J, Souza L, Silva C y cols. Leiomioma da bexiga simulando neoplasia do útero. *Acta Urológica Portuguesa* 2002; 19:47.
20. Castillo O, Foneron A, Vitagliano G y cols. Bladder Leiomyoma: Case Report *Arch Esp Urol.* 2008, 61:87.
21. Mizuno K, Sasaki S, Tozawa K. Leiomyoma of the urinary bladder during pregnancy. *Int J Urol.* 2003, 10:407.
22. Jeschke K, Wakoning J, Winzely M y cols. Laparoscopic partial cystectomy for leiomyoma of the bladder wall. *J Urol.* 2002, 165:2115.
23. Teran AZ, Don Gambrell R. Leiomyoma of the bladder: Case report and review of the literature. *Int J Fertil.* 1989, 34:289.