

# Papiloma urotelial vesical

D. Encinas Sánchez<sup>1</sup>, S. Bonilla Fornés<sup>1</sup>, G. Alonso Ciodaro<sup>2</sup>, E. Forsheden Ahs<sup>3</sup>, I. Catalina Fernández<sup>4</sup>,  
J. Mariño Del Rosal<sup>5</sup>, S. Sanjuán Rodríguez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Medicina de la UEX, Badajoz. <sup>2</sup>Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Materno-Infantil. Badajoz.  
<sup>3</sup>Wroclaw Medical University. Rektorat, Wroclaw, Polonia. <sup>4</sup>Servicio de Anatomía-Patológica, <sup>5</sup>Servicio de Urología. Hospital Universitario Infanta-Cristina. Badajoz.

## RESUMEN

**Introducción.** Los tumores vesicales en la infancia son excepcionales, existen casos clínicos aislados, por lo que no hay protocolos de tratamiento y seguimiento. Además, los criterios histológicos utilizados, hasta la actualidad, son los de la guía de la WHO del año 2004.

**Caso clínico.** Varón, 11 años, con dolor abdominal inespecífico. En la ecografía abdominal practicada se observa una tumoración próxima al meato ureteral izquierdo; mediante cistoscopia se procede a una vaporización con láser de Tulio, siendo el diagnóstico histopatológico de papiloma urotelial vesical.

**Comentarios.** Se discuten los diferentes métodos diagnósticos y terapéuticos, haciendo especial énfasis en la importancia de un correcto diagnóstico, ya que pueden confundirse con carcinomas.

A pesar de ser tumores benignos, pueden recidivar y malignizarse, por lo que aconsejamos seguir controles clínicos y ecográficos periódicos, realizando únicamente una cistoscopia en caso de que las ecografías sean sospechosas.

**PALABRAS CLAVE:** Tumores uroteliales; Niños; Resección transuretral; Papiloma urotelial.

## VESICAL UROTHELIAL PAPILLOMA

## ABSTRACT

**Introduction.** Vesical tumors of infancy are of a low incidence and isolated clinical cases exist, and therefore there are no protocols regarding treatment and monitoring. In addition, the histological criteria used until now are the ones in the WHO 2004 guidelines.

**Clinical case.** A 11 year old boy with non-specific abdominal pain. Upon abdominal ultrasound a tumor is observed near the left ureteral orifice, and proceeding with Thulium laser vaporization, a histological diagnosis is made: vesical urothelial papilloma.

**Comments.** Different diagnostic and therapeutic methods are discussed, with particular emphasis on the importance of a correct diagnosis due to risk of confusion with carcinomas.

**Correspondencia:** Dr. S. Sanjuán Rodríguez. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Materno-Infantil. C/ La Violeta s/n. 06010 Badajoz  
E-mail: s.sanjuan.rodriguez@gmail.com

*Este trabajo ha sido presentado totalmente en XXVII Reunión Nacional del Grupo de Uropediatría, 17 de junio 2016, Toledo.*

Recibido: Julio 2016

Aceptado: Diciembre 2016

Despite benign, there is a risk of malignant progression and we recommend pursuing clinical follow-ups and periodical ultrasounds, performing cystoscopy in case of suspicious findings on ultrasound.

**KEY WORDS:** Urothelial tumors; Pediatrics; Transurethral resection; Urothelial papilloma.

## INTRODUCCIÓN

Los papilomas uroteliales vesicales son excepcionales en la infancia. Según Rifat y cols.<sup>(1)</sup> solo existen publicados 125 casos en pacientes menores de 20 años. Debido al escaso número de casos publicados, su pronóstico no es bien conocido y su tratamiento es controvertido, ya que no existen guías específicas en la edad pediátrica<sup>(1,2)</sup>.

Actualmente, se siguen los mismos criterios que en los pacientes adultos, con ecografías y cistoscopias periódicas. Sin embargo, algunos autores consideran que estos tumores, en las dos primeras décadas de la vida, constituyen una entidad diferente, con un comportamiento clínico distinto al observado en adultos<sup>(1,2)</sup>.

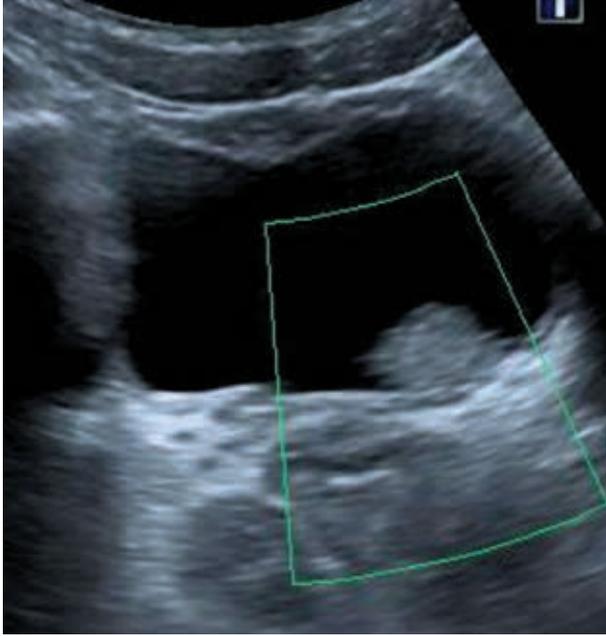
Desde el punto de vista histológico, se han utilizado los criterios de la WHO publicados en el año 2004, habiendo sido recientemente actualizados en 2016<sup>(3)</sup>.

## CASO CLÍNICO

Varón de 11 años que consulta por dolor abdominal inespecífico de 5 días de evolución, que no se acompaña de otra sintomatología. No presenta antecedentes familiares ni personales de interés.

La exploración general es normal. Analítica de sangre y orina normales. En la ecografía de abdomen (Fig. 1) se observa una imagen, próxima a meato ureteral izquierdo, de unos 2 cm de diámetro, sin llegar a obstruirlo.

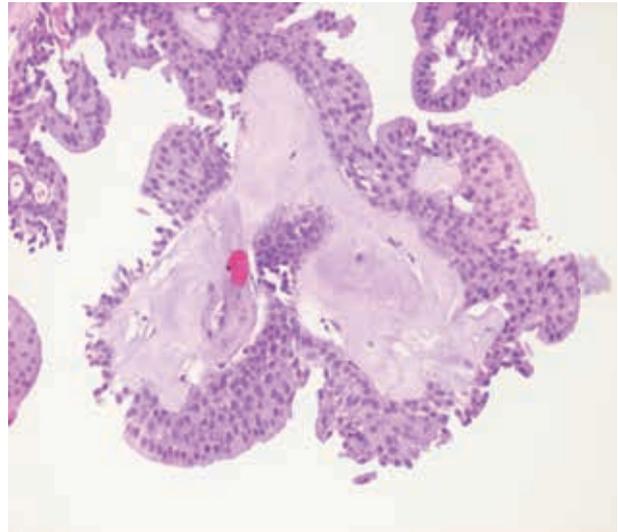
Se practica cistoscopia observando una formación de aspecto polipoideo (Fig. 2), próxima al meato ureteral izquierdo, de 1x3 cm de tamaño, realizando una vaporización con láser



**Figura 1.** Ecografía vesical: tumoración en pared vesical, izquierda.



**Figura 2.** Cistoscopia: tumoración polipoidea, exofítica, de 1 x 3 cm.



**Figura 3.** Estudio histológico: eje conectivo-vascular revestido por células uroteliales sin atipias con núcleos que mantienen polarización.

de Tulio. Se deja sonda vesical durante 48 horas, no presentando ninguna complicación. Diagnóstico histopatológico: papiloma urotelial vesical (Fig. 3).

El paciente ha evolucionado favorablemente, asintomático, realizándose una citología en orina y una ecografía vesical cada 3 meses, siendo hasta la actualidad normales, con un tiempo de seguimiento de un año.

Al año de la intervención, se repite una nueva cistoscopia, no observando recidiva del papiloma. Solamente, en la zona de implantación del papiloma, se observa una mucosa con una coloración más pálida, posiblemente secundaria a fibrosis.

## DISCUSIÓN

Los tumores uroteliales vesicales son excepcionales en la edad pediátrica, observándose más frecuentemente en pacientes de 60-70 años<sup>(2,4)</sup>. Dentro de este grupo de tumores, los papilomas uroteliales vesicales pueden aparecer en pacientes menores de 50 años, niños y adolescentes<sup>(2,3)</sup>. Generalmente, los tumores vesicales presentan una serie de factores de riesgo, tales como: fumadores, exposiciones profesionales a arsénico y antecedentes familiares<sup>(1,2,4-6)</sup>. Nuestro paciente estaba expuesto al humo del tabaco del padre, fumando en casa y en el coche unas 3 cajetillas de tabaco/día.

Según los nuevos criterios de la OMS de 2016, los tumores vesicales se dividen en: a) tumores penetrantes (carcinomas) y b) tumores no penetrantes, dentro de los cuales, están los papilomas uroteliales vesicales, que representan aproximadamente entre el 1-4% de todos los tumores vesicales no invasivos. Son tumores exofíticos, benignos, caracterizados por presentar una

cubierta con un urotelio con apariencia normal, con ausencia de atipias y siendo más frecuentes en varones<sup>(3,6)</sup>.

Los papilomas uroteliales vesicales pueden crecer de 2 formas: a) *de novo*: es el primer tumor que aparece, sin una historia previa de tumoración urotelial; b) aparecer en una zona donde previamente había otro tumor urotelial<sup>(3-5)</sup>.

Histológicamente, suelen ser lesiones únicas<sup>(2-6)</sup>, localizadas en la pared lateral y posterior de la vejiga, por encima del trigono, pero también se han encontrado cerca de los meatos ureterales, como observamos en nuestro paciente. No se sabe con exactitud por qué suelen desarrollarse cerca de los meatos ureterales, se cree que pudiera ser debido a inflamación crónica local secundaria a cálculos recurrentes, infecciones de orina de repetición (ITUs) y tóxicos, pero ninguna de las circunstancias anteriores concurrían en nuestro paciente<sup>(2,3,7)</sup>.

Generalmente suelen ser lesiones pequeñas, aunque pueden presentar una localización multifocal y no suelen invadir el detrusor<sup>(3,8)</sup>.

Mediante cistoscopia, el aspecto macroscópico es idéntico al tumor urotelial papilar de bajo grado de malignidad (PUNLMP) y al carcinoma urotelial papilar de bajo grado de malignidad<sup>(2-5,8)</sup>, por lo que, a pesar de su apariencia benigna, pueden ser verdaderos carcinomas, motivo por lo que es posible cometer un error diagnóstico y terapéutico. Es, pues, esencial que los estudios histológicos confirmen el diagnóstico de papiloma urotelial vesical, descartando así un tumor maligno<sup>(3,5)</sup>, y solo en caso de duda histológica se recomienda realizar técnicas de inmunohistoquímica<sup>(3,5)</sup>.

El diagnóstico suele retrasarse debido a que es una patología muy poco frecuente, y la forma más habitual de presentación clínica es como hematuria: macro o microscópica, en un paciente sin antecedentes de litiasis o traumatismo, por lo que generalmente se considera que la hematuria pudiera ser secundaria a otra patología. Además, los papilomas pueden ser confundidos con coágulos unidos a la pared vesical<sup>(1-4,6-8)</sup>.

Excepcionalmente, pueden observarse de una manera incidental, como es nuestro caso, al realizar la ecografía abdominal<sup>(2,7,9)</sup>, durante un tratamiento endoscópico de reflujo vesicoureteral, o en una niña con una acantosis nigricans<sup>(1,2,5)</sup>. También pueden presentarse como trastornos miccionales: disuria, urgencia miccional y polaquiuria e ITUs<sup>(8)</sup>.

La ecografía es el método de estudio más utilizado, ya que es de fácil acceso, se puede repetir reiteradamente, no origina radiaciones y nos permite observar tumores con un tamaño medio de 5-50 mm. Sin embargo, tiene el inconveniente de no poder detectar lesiones menores de 5 mm, pudiendo ser confundidos con coágulos en vejiga<sup>(2,4)</sup>. El estudio de citología en orina, no suele utilizarse en tumores benignos debido a su falta de fiabilidad, por lo que se reserva para los tumores malignos. Algunos autores<sup>(2,4)</sup>, siguiendo los criterios de los pacientes en edad adulta, solicitan TC y urografías, si bien, la TC creemos que se debe de posponer debido a su gran cantidad de radiaciones, así como la urografía, por su muy baja sensibilidad para detectar tumores pequeños. La cistoscopia se debe utilizar siempre que exista una duda diagnóstica y, desde luego, como procedimiento terapéutico de elección.

Su tratamiento es discutible, y no existen guías recientes de tratamiento y seguimiento. Nosotros hemos realizado una vaporización con láser, pero otros autores han realizado una resección mediante cistostomía<sup>(7)</sup>. No obstante, creemos que este procedimiento solo es justificable si no se dispone de medios endoscópicos. Los cistoscopios actuales permiten hacer una resección completa y teniendo en consideración que estos tumores tienden a recidivar<sup>(1,2)</sup> debemos reservar

la cistostomía para casos en que se malignice y se requiera resecciones tumorales amplias.

Tampoco existe un protocolo único de seguimiento para estos tumores pero hay autores que aconsejan realizar cistoscopias de repetición cada 6 meses, sin especificar durante cuánto tiempo de seguimiento, y con el riesgo de rotura uretral, etc.<sup>(1,2,4)</sup>.

A pesar de realizar una resección completa, debemos continuar el seguimiento durante un largo periodo de tiempo, pues tienen una tasa de recidiva del 8 al 14% y puede convertirse en carcinoma<sup>(1-5)</sup>.

## CONCLUSIÓN

Dadas las dudas y la escasa experiencia existente, estimamos que deben seguirse los criterios histomorfológicos más actuales, y realizar un seguimiento con ecografías durante al menos 5 años y, en caso de duda, con cistoscopias.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rifat US, Hamadalla NY, Chiad-Safi KC, Al Habash SS, Mohammed M. Urothelial bladder tumour in childhood: a report of two cases a review. *Arab J Urol*. 2015; 13: 116-21.
2. Berrettini A, Castagnetti M, Salerno A, Nappo SG, Manzoni G, Rigamonti W, et al. Bladder urothelial neoplasms in pediatrics age: experience at three tertiary centers. *J Pediatr Urol*. 2014; 11: 26.e1-e5.
3. Reuter VE, Algaba F, Amin MB, Cao D, Cheng L, Compérat E, et al. Non-invasive urothelial lesions. En: Moch H, Humphrey PA, Ulbright TM, Reuter VE, editores. *Who classification of tumours of the urinary system and male genital organs*. 4th Ed. Lyon: International Agency for Research on Cancer (IARC); 2016. p. 99-107.
4. Park S, Kim KS, Cho SJ, Lee DG, Jeong BC, Park KH, et al. Urothelial tumors of the urinary bladder in two adolescent patients: emphasis on follow-up methods. *Korean J Urol*. 2014; 55: 430-3.
5. Samaratunga H, Martignoni G, Egevad L, Delahunt B. Premalignant lesions of the urinary bladder. *Pathology*. 2013; 45: 243-50.
6. Huppmann AR, Pawel BR. Polyps and masses of the pediatric urinary bladder: a 21 year pathology review. *Pediatr Dev Pathol*. 2011; 14: 438-44.
7. Litchinko A, Meyrat BJ, Nobile A, Raffoul L, Dushi G, Estremadoyro V. Hematuria in a 12-year-old child, a rare case of urothelial papilloma of the urinary bladder. *J Ped Surg Case Reports*. 2016; 7: 45-7.
8. Apoznanski W, Rysiakiewicz J, Polok M, Rysiakiewicz K, Siekanowicz P, Hilger T, et al. Transurethral resection of the bladder tumour as a treatment method in children with transitional cell carcinoma of the bladder. Analysis of our material and literature review. *Adv Clin Exp Med*. 2015; 24: 505-9.