

Tumor de células transicionales de vejiga en edad pediátrica

J. Mateos Blanco¹, J.I. Santamaría Ossorio², J.J. Pimentel Leo³, S. Sanjuán Rodríguez²

¹Servicio de Urología, Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz. ²Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Materno-Infantil, Complejo Infanta Cristina, Badajoz. ³Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

RESUMEN: Los tumores de células transicionales de vejiga son excepcionales en menores de catorce años; destacamos su habitual presentación mediante hematuria macroscópica, así como la controversia que existe en cuanto al diagnóstico anatómico-patológico. Asimismo consideramos el buen pronóstico, en general, de estos tumores aunque precisan un adecuado seguimiento por casos descritos de recidivas e incluso muerte.

PALABRAS CLAVE: Papiloma exofítico; Vejiga; Edad pediátrica.

TUMOR OF TRANSITIONAL CELLS OF THE BLADDER IN A PEDIATRIC AGE

ABSTRACT: Tumors of transitional cells of the bladder are unusual in children under fourteen. Characteristics of these tumors to be highlighted are their usual presentation through macroscopic hematuria, as well as the existing controversy about the anatomicpathologic diagnosis along with the generally good prognosis of these tumors, although they need an appropriate follow up due to some described cases of relapses and even death.

KEY WORDS: Papilloma exophytic; Bladder; Pediatric age.

INTRODUCCIÓN

Los papilomas vesicales son excepcionales en menores de catorce años y suelen aparecer como hematurias inespecíficas; histológicamente algunos autores^(1,2) consideran que son tumores benignos, mientras que la OMS los considera de bajo grado de malignidad⁽²⁾.

Si bien el tratamiento de elección es la resección transuretral (RTU), en algunos casos próximos al meato ureteral puede ser necesario realizar una cistostomía.

El objetivo de nuestro trabajo consiste en presentar un papiloma de crecimiento exofítico, excepcional en su presentación a esta edad; asimismo resaltar el buen pronóstico en general de estos tumores aunque precisan de un adecuado seguimiento^(3,4) por casos descritos de recidivas e incluso muerte.

Correspondencia: Dr. J. Mateos Blanco, Servicio de Urología, Hospital Infanta Cristina, Avda. de Elvas s/n, 06006 Badajoz.

CASO CLÍNICO

Varón de 13 años sin antecedentes familiares ni personales de interés, que acude a nuestro Hospital por presentar dos episodios de hematuria macroscópica indolora en los últimos tres meses, sin otra sintomatología. La exploración general es normal, así como el hemograma, bioquímica general, coagulación y análisis de orina. Se le practica una ecografía abdominal (Fig. 1) en la cual se observa una imagen ecogénica de 1,4 cm, situada en el lado derecho del suelo vesical. Se realiza una C.U.M.S en la cual no se visualiza ningún defecto de replección. El urocultivo es negativo. La cistoscopia muestra ambos orificios ureterales con morfología y localización correcta; inmediatamente por encima del meato ureteral derecho se observa una formación de aspecto coraliforme, de color marrón, pediculada, de aproximadamente 1,5 cm. Se realiza cistostomía, canalizando el meato ureteral derecho, y localizando la lesión a 0,5 cm por encima del mismo, procediéndose a su extirpación.

Diagnóstico anatomopatológico: papiloma exofítico (Fig. 2).

El control ecográfico y cistoscópico al año postintervención no ha mostrado ningún dato significativo que sugiriese recidiva.

DISCUSIÓN

El papiloma de células transicionales es un tumor extremadamente raro e incluso para algunos autores⁽⁵⁾ anecdótico en menores de catorce años.

El término anatómico-patológico es tremendamente controvertido: existe dificultad para distinguirlos de los carcinomas papilares grado I e incluso la consideración en algunas clasificaciones⁽⁶⁾ como tumores de grado I, así como la posibilidad de recurrencia del papiloma, transformado ya en un auténtico carcinoma de células transicionales⁽⁷⁾. Según el patrón de crecimiento se dividen en papiloma endofítico o exofítico.

Martínez Piñeiro⁽²⁾ recuerda que si bien bajo el término

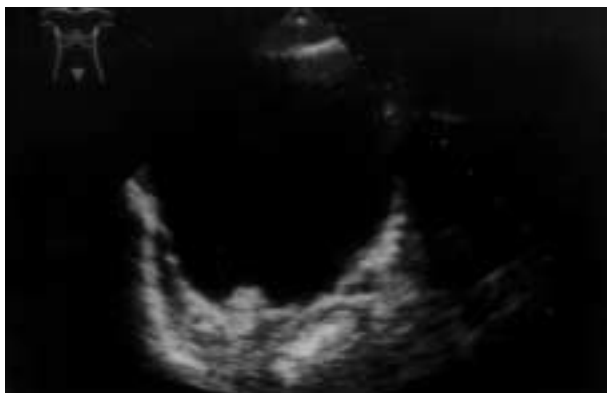


Figura 1. Imagen ecogénica de 1,4 cm situada en lado derecho del suelo vesical, en vecindad al meato de ese lado.

de papiloma se engloban una serie de tumores con características histológicas que pueden clasificarse como benignas, la *Organización Mundial de la Salud (OMS)* no los incluyó entre los tumores benignos⁽⁷⁾, porque pueden recidivar e incluso progresar de grado y convertirse en invasores. Otros autores⁽¹⁾ sí admiten su benignidad siempre y cuando cumplan una serie de criterios anatomopatológicos muy estrictos con lo cual pocas veces puede hacerse el diagnóstico de papiloma, de ahí que su incidencia sea alrededor del 3%. Friedell y cols.⁽⁸⁾ lo consideran como una lesión papilar grado 0, considerando ambas variedades, endofítica y exofítica. Por otra parte, Murphy y cols.⁽⁹⁾ consideran al papiloma como una neoplasia benigna, aunque admiten que raramente sus células son completamente normales, por lo que son clasificadas como grado 0-1 en el sistema Bergkvist⁽⁹⁾, representando estos tumores aproximadamente un 25% de las neoplasias de células transicionales, aunque reconocen que la mayoría de estos tumores son clasificados como carcinomas según la OMS dada su posibilidad de recidivar.

En cuanto al número de casos en la edad pediátrica de tumores de células transicionales, han sido descritos unos veinticinco⁽¹⁰⁾; sin embargo hay autores que citan 28⁽¹¹⁾ y otros 40⁽¹²⁾ en menores de veinte años, lo cual puede deberse a la controversia que existe en cuanto a la clasificación y nomenclatura de dichas lesiones, que serían consideradas de forma diferente por cada autor.

La incidencia del papiloma⁽²⁾ es de un 3% (de este porcentaje un 2,2% corresponde al endofítico⁽³⁾), con relación varón-mujer que oscila según los distintos autores entre 5-10:1. La incidencia de tumores vesicales uroteliales en menores de veinte años se estima en torno al 0,38%⁽⁵⁾.

Dentro de los factores etiológicos podemos citar estímulos irritativos crónicos, tabaco, tratamientos con ciclofosfamida, exposición a tóxicos industriales (industrias de tintes, pinturas, textiles, caucho, reveladores fotográficos...) o historia familiar de carcinoma vesical. Sin embargo, a pesar de todos estos reconocidos factores, sigue siendo en la mayoría de las veces idiopático, tal como sucede en el ca-

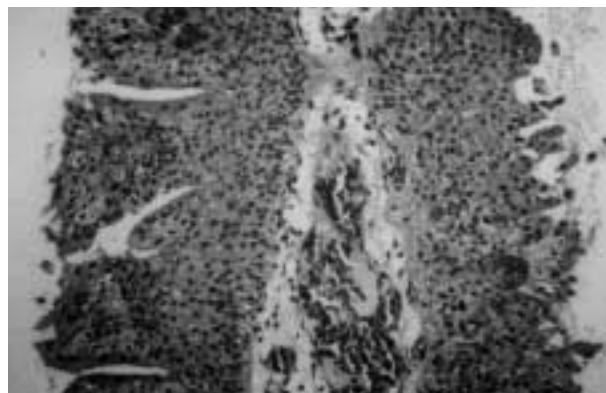


Figura 2. Fragmento de pared vesical en el que se identifica una minúscula lesión de aspecto papilar, tapizada por 6 capas de epitelio transicional, sin atipias nucleares ni actividad mitótica, que no infiltra la submucosa.

so que presentamos, al no existir factor de riesgo conocido.

La clínica habitual de los tumores de células transicionales, como sucede en nuestro paciente, está dominada por la hematuria indolora macroscópica (aunque hay casos de forma microscópica), de varios meses de evolución; otros síntomas que aparecen son: síndrome miccional, molestias abdominales difusas, infecciones del tracto urinario recurrentes, hemospermia e incluso clínica indistinguible de apendicitis aguda⁽¹⁰⁾. Es aconsejable el estudio detallado de cualquier hematuria en la infancia que no esté provocada por una infección urinaria o un traumatismo.

La zona más frecuente de localización es en trigono y cuello vesical en el 90%⁽¹⁾ de los casos, cercanos a los meatos ureterales pero sin afectar a éstos.

De entre los métodos diagnósticos, destaca el valor de la ecografía abdominal que es válida para estos tumores prácticamente en el 100% de los casos, siendo su rendimiento superior al de la urografía intravenosa^(10,13,14) y la CUMS, pues éstas presentan con cierta frecuencia falsos negativos. La citología urinaria no es demasiado útil dado el bajo grado de malignidad de estas neoplasias; sin embargo ha habido casos donde ha demostrado utilidad, sobre todo en el seguimiento del paciente tras la intervención. La cistoscopia en todos los casos confirmó el diagnóstico, constituyendo la prueba más valiosa aunque sea invasiva. Nosotros coincidimos con aquellos autores⁽¹⁴⁾ que resaltan la importancia de la ecografía al ser un método diagnóstico incruento, barato y con alta capacidad para distinguir lesiones neoformadas.

El diagnóstico diferencial del papiloma debe establecerse con ITU, litiasis, nidos de Von Brunn, cistitis quística y folicular, tumores.

En cuanto al tratamiento, en casi todos los casos se considera de elección la resección transuretral, e incluso hay autores que no son partidarios de la cistostomía⁽¹⁴⁾, aunque nosotros decidimos esta vía de abordaje dada la gran proximi-

dad de la lesión al meato ureteral. El seguimiento del paciente postintervención ha de hacerse siempre⁽¹⁵⁾, ya que hay casos de papilomas descritos asociados a carcinomas de células transicionales así como recurrencias y progresión del mismo^(3,17), y en nuestra opinión, debe ser mediante ecografías periódicas dada su gran efectividad y realizar cistoscopia y citología en caso de aparición de la lesión o clínica sugerente.

Como conclusión, consideramos que el papiloma exofítico de células transicionales es un tumor vesical infrecuente, que la OMS considera como una neoplasia de bajo grado de malignidad y no como un tumor benigno. La prueba diagnóstica de elección es la ecografía y el tratamiento más recomendado sería la extirpación mediante RTU, si bien esta técnica no es posible en todos los casos. Por último se aconseja la vigilancia mediante ecografías abdominales periódicas ante posibles recidivas, pues probablemente el papiloma no sea más que una variante del carcinoma urotelial.

BIBLIOGRAFÍA

1. García D, Pug P, Abad C, Calvo MA, De Torres I, Soler A. Papiloma invertido vesical. ¿Se puede considerar una neoplasia de bajo grado de malignidad? *Arch Esp Urol* 1993;**46**:244-247.
2. Martínez JF, Rioja LA. Tratado de Urología. In: Prous JR (ed). *Tumores vesicales*. 1ª ed. Barcelona: Prous editores; 1993, p. 2: 1158
3. Valero JA, Redondo E, Jiménez C, Gómez M, Isorna S. Papiloma invertido transicional: expresión del antígeno nuclear Ki-67 como factor pronóstico. *Arch Esp Urol* 1995;**48**:887-892.
4. Muñoz-Delgado J, Fernández M, Shihadeh S, De la Fuente M, García JA. Carcinoma urotelial vesical en pacientes menores de 10 años: aportación de dos nuevos casos. *Actas Urol Esp* 1997;**21**: 57-59.
5. Poddevin F, Bayart M. Tumeur urothéliale vésicale chez l'enfant. *J Urol* 1995;**101**:191-194.
6. Ramzi S, Vinay K, Robbins S. Patología estructural y funcional. In: Schoen FJ (ed). *Vías urinarias bajas*. 5ª ed. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana de España; 1995:1102-1103.
7. Mostolli FK, Sobin LK, Torloni H. *Histological typing of urinary bladder tumours*. World Health Organization. Geneva 1973.
8. Friedell GH, Bell JR, Burney SW. Histopathology and classification of urinary bladder carcinoma. *Urol Clin North Am* 1976;**3**:53.
9. Murphy W, Beckwith JB, Farrow GM. Atlas Wilson-Storey D, Allen A, Variens S. Transitional cell papillary bladder neoplasm in a girl: an unusual presentation. *J Pediatr Surg* 1992;**27**:113-114.
10. Androulakakis P, Davaris P, Karayannis A, Michael V, Aghioutantis C. Urothelial tumors of the bladder. *Child Nephrol Urol* 1992;**12**: 32-34.
11. Sánchez A, De Nova E, Fernández JC, García F, Llorens A, Orduña A. Tumor de células transicionales de vejiga en edad pediátrica: a propósito de un caso. *Actas Urol Esp* 1995;**19**:642-645.
12. Tamsen A, Casas V, Patil U, Elbadawi A. Inverted papilloma of the urinary bladder in a boy. *J Pediatr Surg* 1993;**28**:1601-1602.
14. Curtis M, Schned A, Hakim S, Cendron M. Papillary transitional cell carcinoma of the bladder with lymphangiectasia in a 8 year old boy. *J Urol* 1996;**156**:202.
15. Hoening D, Mcrae S, Chyan Chen S, Diamond D, Rabinowitz R, Caldamone A. Transitional cell carcinoma of the bladder in the pediatric patient. *J Urol* 1996;**156**:203-205.
16. Blasco JE, González V, Ramada FJ, Donderis C, Navalón P, Navarro FS, Zaragoza J. Papiloma invertido de vejiga tipo glandular: a propósito de un caso con claro factor irritativo crónico. *Arch Esp Urol* 1995;**48**:308-310.
17. Vesga F, Acha M, Albisu A, Blaso M, Llarena R, Pertusa C. Papiloma invertido vesical. A propósito de un nuevo caso. *Arch Esp Urol* 1994;**47**:615-616.