

Tumor urotelial de vejiga en la infancia: reporte de un nuevo caso y revisión bibliográfica

Urothelial bladder tumor in childhood: a new case report and bibliographic review

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

Médicos de Urología Integral, Paraná, Entre Ríos. *Anatomopatóloga.

INTRODUCCIÓN

Los tumores vesicales son infrecuentes en la infancia, solo un 0,38% de los casos corresponden a menores de 20 años, prevaleciendo los de origen mesodérmico¹. Considerando aquellos de estirpe epitelial, algo más de 100 casos han sido diagnosticados desde 1950^{1,2}, tratándose, en su gran mayoría, de lesiones superficiales, de comportamiento benigno^{2,3,4}. Más frecuentes en varones (cociente hombre/mujer de 5/1 a 7/1), su etiología aún no ha sido aclarada⁵.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una niña de 11 años de edad que consulta ante un episodio de hematuria macroscópica indolora.

La ecografía de árbol urinario informó, como dato positivo, imagen polipoidea sólida, de 17x8 mm, sobre piso vesical (**Figura 1**). La cistoscopia, bajo anestesia general, evidenció tumoración vesical posterior, bien delimitada, de aspecto típicamente benigno, procediéndose a la resección endoscópica.

Evolución postoperatoria satisfactoria, sin evidencia clínica de recidiva a 5 años del procedimiento.

La histopatología confirmó lesión papilar, revestida por varias capas de células ordenadas, que conservan la polaridad, núcleos redondos a ovales,

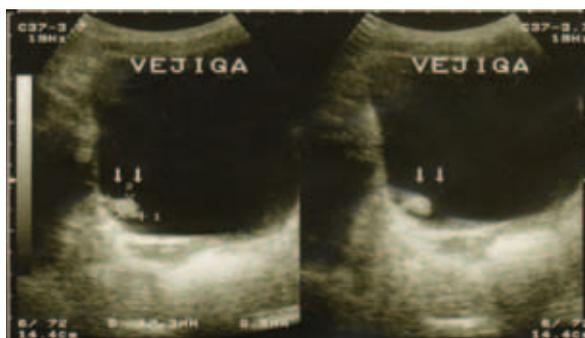


Figura 1. Ecografía vesical que evidencia pequeña lesión polipoidea.

ligeramente aumentados de tamaño, con cromatina finamente granular, no observándose figuras mitóticas (**Figura 2**).

DISCUSIÓN

Los tumores uroteliales de vejiga son inusuales en las primeras dos décadas de la vida, siendo reportados como casos aislados o pequeñas series^{1,3,6,7}.

Khaisidy estima que su frecuencia, en menores de 40 años, es inferior al 1% de los casos reportados⁸.

Hoening, por su parte, afirma que debe tenerse en mente dicho diagnóstico ante un niño o adolescente

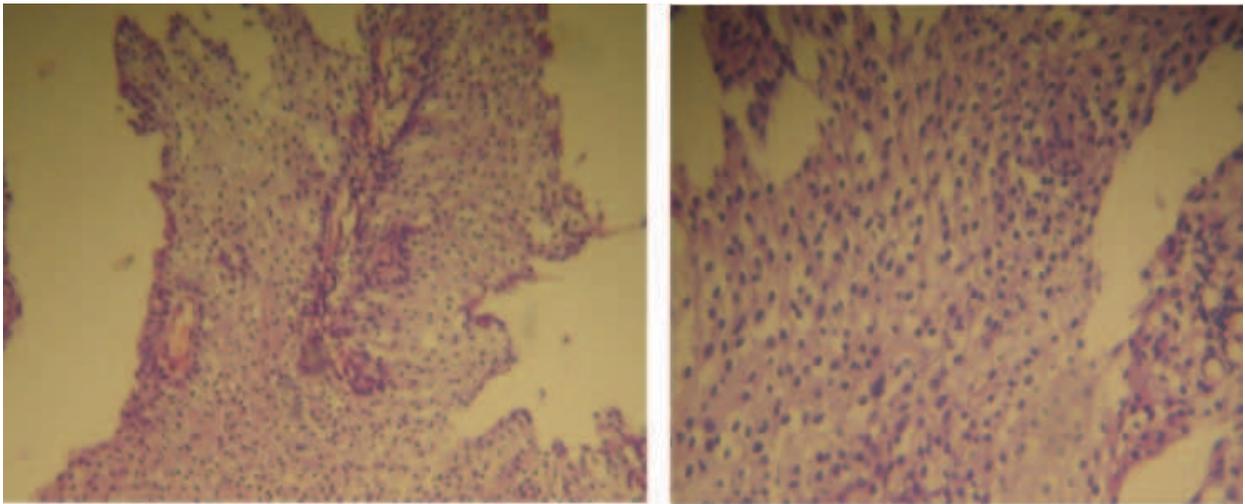


Figura 2. Histopatología con tinción Hematoxilina-Eosina, x10 (a izquierda) y x40 (a derecha).

con hematuria macroscópica inespecífica, persistente e indolora⁶. En este mismo sentido, Ruiz sugiere estudiar toda hematuria no provocada por infección urinaria o traumatismo⁵.

Se trata de lesiones ampliamente prevalentes en el sexo masculino, siendo, en la mayoría de los casos, unifocales y de localización trigonal⁴.

Histológicamente se consideran tumores benignos (bajo grado y estadio), mientras que el consenso de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2004/ Sociedad Internacional de Patología Urológica 1998, los define como neoplasias uroteliales papilares de bajo potencial maligno (PUNLMPs)^{3,4,5,9}.

La génesis de estos tumores es discutida, ya que los factores de riesgo comprobados para aquellos que se presentan en adultos (tabaquismo, exposición ocupacional a aminas aromáticas, radiación pelviana y ciertos citotóxicos), no se registran habitualmente.

Clínicamente se presentan con hematuria macroscópica indolora (80%), síndrome irritativo miccional (15%) y microhematuria (5%)^{1,6}.

La ecografía del árbol urinario es el primer estudio por imágenes a solicitar, ante la sospecha clínica, evitando, por otra parte, la realización rutinaria de endoscopias (bajo anestesia), en el contexto de seguimiento postoperatorio^{1,5,6,7}.

Ecográficamente, la lesión aparece como una masa sólida, endoluminal, habitualmente pediculada, de tamaño variable, única y asentando generalmente en el piso vesical.

La cistoscopia (bajo anestesia general) confirmará la lesión, dando lugar a la resección endoscópica de la misma.

En cuanto a la citología urinaria, la mayoría de los autores concuerda que no tiene indicación, por tratarse de lesiones superficiales, de muy bajo grado^{1,5,6,7}.

La resección endoscópica resolvió quirúrgicamente la patología en todos los casos reportados.

Histológicamente, la lesión está constituida por una proliferación de células uroteliales uniformes, con núcleos homogéneos, sin atipias ni mitosis, sobre un eje conectivo-vascular, conformando un aspecto macroscópico papilar.

El pronóstico es excelente y la recurrencia excepcional, Hoenig⁶ informa 2 al 5% en su casuística, mientras Fine³ reporta 13% de recurrencias en el seguimiento, todas de bajo grado, resueltas con una nueva resección endoscópica.

Es así que algunos autores, considerando los aspectos psicológicos particulares de este grupo etario, sugieren no utilizar "terminología oncológica" en la descripción de estos pacientes^{3,10}.

Para finalizar y en relación al control postoperatorio, parecería más adecuado realizar cistoscopia, en caso de ecografía semestral o clínica sugestiva de lesión^{5,6,7}, que valoración endoscópica anual rutinaria, con ecografía previa negativa¹. El período de seguimiento, si bien no está uniformemente aceptado, debería no ser menor a 10 años^{1,3}.

En conclusión, las neoplasias uroteliales de vejiga en individuos jóvenes, particularmente en aquellos menores de 20 años, constituyen por sus características biológicas, un grupo aparte, dada su muy baja frecuencia y comportamiento uniformemente benigno. Esto influye positivamente en su manejo, teniendo en cuenta, no solo el tiempo potencial de seguimiento

to, sino también las repercusiones psicológicas, que un diagnóstico de "cáncer", traerían aparejadas en esta particular población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Caffaratti J, Garat JM, Villavicencio H. Urothelial bladder tumours in childhood: a retrospective study. *www.bjui.org*. 2010.
2. Rodriguez A, Burday D, Sexton W, y cols. Urothelial carcinoma in a child. *Arch Esp Urol*. 2005; 58(5):473-5.
3. Fine SW, Humphrey PA, Dehner LP, y cols. Urothelial neoplasm in patients 20 years or younger: a clinic-pathological analysis using the world health organization 2004 bladder consensus classification. *J Urol*. 2005; 174(5):1976-80.
4. Paner GP, Zehnder P, Amin AM, y cols. Urothelial neoplasms of the urinary bladder occurring in young adult and pediatric patients: a comprehensive review of literature with implications for patient management. *Adv Anat Pathol*. 2011; 18(1):79-89.
5. Ruiz E, Alarcon Caba M, Toselli L, y cols. Carcinoma transicional de vejiga en adolescentes: un diagnóstico para tener en cuenta. *Arch Argent Pediatr*. 2009; 107(1):49-59.
6. Hoening DM, McRae S, Chen SC, y cols. Transitional cell carcinoma of the bladder in the pediatric patient. *J Urol*. 1996; 156(1):203-5.
7. Lerena J, Krauel L, Garcia-Aparicio L, y cols. Transitional cell carcinoma of the bladder in children and adolescents: six-case series and review of the literature. *J Pediatr Urol*. 2010; 6(5):481-5.
8. Khaisidy L, Khasu B, Mallett E, y cols. Transitional cell carcinoma of bladder in children. *Urology* 1990; 35:142-144.
9. Alanee S, Shukla AR. Bladder malignancies in children aged <18 years: results from the Surveillance, Epidemiology and End Results database. *BJU Int*. 2010; 106(4):557-60.
10. Eable J, Sauter G, Epstein J, y cols. Pathology and genetics of tumors of the urinary system and male genital organs. En: World Health Organization Classification of Tumors: Lyon, Francia. IARC Press. Ps. 2004; 89-123.