

**CASO CLÍNICO****Cistitis glandular y polipoide con metaplasia de urotelio prostático y nidos de Brunn***Francolugo Vélez V.A.^{1,2} y Ortega Montillo C.²***RESUMEN**

Se presenta un caso de cistitis glandular de forma polipoide. La cistitis glandular es una lesión proliferativa infrecuente y se transforma en epitelio cilíndrico productor de moco, localizada dentro de la mucosa y submucosa de la vejiga.^{2,3} Se ha encontrado en pacientes de todas las edades y tiene una incidencia de menos del 1%. Se considera que forma parte de un amplio espectro de lesiones proliferativas de la vejiga que se desarrollan como respuesta a la inflamación e incluyen nidos de Brunn, cistitis quística, cistitis folicular y glandular.^{2,3} En pacientes con lipomatosis pelviana existe una alta incidencia de cistitis glandular^{4,5} y debe considerarse ésta para algunos casos con lesión premaligna, según lo informado por Edwards y cols. en 1972, al publicar un caso de cistitis glandular que evolucionó hacia adenocarcinoma.⁶

Reporte del caso

Masculino de 17 años que se presentó en el hospital por sentir un mes antes una masa en el hipogastrio, presencia de hematuria, dificultad para orinar que no había reconocido pero que llama la atención a sus padres por lo que se presenta de urgencia. A la exploración física se le encontró un globo vesical; por retención urinaria se le instaló

SUMMARY

One case of glandular polipoide cystitis is presented. Glandular cystitis is a proliferative non common injury and turns into a cylindric snot producer epithelium located inside bladder's mucous and submucous.^{2,3} It's been found in all age patients with low incidence (less than 1%). It's believed that it is part of a great number of bladder proliferative injuries being formed as an inflammation reaction This includes Brunn nets, cystic cystitis, follicular and glandular cystitis.^{2,3} In patients with pelvic lipomatosis, there is a high incidence of glandular cystitis,^{4,5} considered by some, as a premalign injury as reported by Edwards et al in 1972, where a glandular cystitis evolve to an adenocarcinoma.⁶

Case report

17 years old male, appear in the hospital referring a month ago a "mass in hypogastrium" hematuria, unrecognized difficulty to urinate that is strange for parents so they came to emergency department.

During exploration bladder was full with urine, draining 1200 ml approximately. Patient brought with him a US (carried out a day before) where clots and bilateral hidronefrosis were present in bladder. High urinary retention and some prostatitis data.

Urodynamic study was requested and reported 1 000 ml of residual urine, very low proprioceptive sensibility, maximum cystometric capacity 642

1 Catedrático, Universidad Autónoma de Morelos. 2 Hospital Henri Dunant, Cuernavaca, Morelos

una sonda que drenó aproximadamente 1200 ml. Se presentó con un US que le habían realizado un día anterior, donde se informaba vejiga con coágulos e hidronefrosis bilateral, con gran retención urinaria y datos de prostatitis.

Se le solicitó estudio urodinámico que informó 1 000 ml de orina residual, con sensibilidad propioceptiva muy disminuida, capacidad cistométrica máxima de 642 ml, con presión de 50 cm de H₂O, contracciones no inhibidas presentes de baja presión y coincidentes de actividad electromiográfica. En la cistometría de vaciamiento había micción espontánea retardada, con Qmax de sólo 5 ml/seg, y una presión del detrusor de 91 cm de H₂O, con ausencia de silencio electromiográfico aunque discretamente influenciado por prensa abdominal. El diagnóstico urodinámico mostró disinergia vesico-esfinteriana, lo cual indicó valoración neurológica y cateterismo intermitente.

Se continuó su estudio con US de control, urografía excretora, valoración neurológica y cistografía. En el US se encontró dilatación de cavidades renales, con datos de proceso inflamatorio, vejiga de esfuerzo con pseudodivertículos y la imagen de tumoración intravesical. En la urografía excretora se encontró discreta dilatación de las cavidades renales, vejiga de esfuerzo y discretos defectos de llenado. La valoración neurológica fue normal. La cistografía corroboró una vejiga de esfuerzo con vejiga traveculada y pseudodivertículos, sin reflujo vesicouretral. La cistoscopia corroboró una masa que era sésil, que se iniciaba en la uretra prostática muy cercana al trigono, de aproximadamente 4 a 5 cm y que obstruía por completo el cuello vesical, por lo que se procedió a realizar resección transuretral de la tumoración, con resultado histopatológico de cistitis glandular y polipoide con metaplasia de urotelio prostático y nidos de Brunn.

ml with 50 cm of water pressure. Non inhibited shonkages present with low pressure and coincident electromiographic activity.

Cistometric emptiness: spontaneous micction retarded (Qmax only 5ml/seg). Detrusor pressure of 91 cm of water with no electromiographic silence, but a little but influenced by abdominal press.

Urodynamic diagnostic: bladder-sphincter disinergia, suggesting neurological valuation and intermittent catheter. We continuous him studies with control US, excretorial urography, neurological valuation and cistography. US reported renal cavities distended with some inflammation process data, effort bladder with pseudo diverticles and intravesical growth (tumoration) image. Excretorial urography reported renal cavities lightly distended endeavour/effort bladder and inconspicuous filling faults. Neurological assessment was normal.

Cistographic study corroborates an effort bladder, traveculated bladder and pseudo diverticles with no vesicouretral reflux. Cistoscopy shows a bladder that was sésil (pediculated), was initiated in the prostatic ureter very close to trigono of 4 to 5 cm approximately. This batter was completely blocking vesical collar.

A tumoration transuretral resection was carry out and the histopathology result was glandular and polypoide cyst with prostatic urotelio metaplasia and Brunn nests.

INTRODUCCIÓN

Se presenta el caso de un joven de 17 años con cistitis glandular y polipoide con metaplasia de urotelio prostático y nidos de Brunn. La cistitis glandular es una lesión proliferativa infrecuente¹ y se transforma en epitelio cilíndrico productor de moco, localizado dentro de la mucosa y submucosa de la vejiga.^{2,3} Se ha encontrado en pacientes de todas las edades, con una incidencia

de menos del 1%. Se considera que forma parte de un amplio espectro de lesiones proliferativas de la vejiga que se desarrolla como respuesta a inflamación e incluye nidos de Brunn. La cistitis glandular ha sido considerada como una lesión premaligna. Se han documentado algunos casos que progresan hacia la malignidad durante intervalos de muchos años. En pacientes con lipomatosis pelviana existe una alta incidencia de

cistitis glandular^{4,5} y de considerarse ésta para algunos como lesión premaligna según lo publicado por Edwards y cols. en 1972, al informar un caso de cistitis glandular que evolucionó hacia adenocarcinoma.⁵ Sin embargo, otros han negado esta asociación declarando que los cambios proliferativos, tales como cistitis quística y cistitis glandular, son benignos y son comúnmente hallazgos de necropsia.^{3,4}

REPORTE DEL CASO

Masculino de 17 años que se presentó en el hospital por sentir un mes antes una “masa en el hipogastrio”, presencia de hematuria, dificultad para orinar que no había reconocido, pero que llama la atención de sus padres, por lo que se presenta a urgencias del hospital donde al ser revisado de inmediato se descubre un globo vesical por retención urinaria, por lo que se le instala sonda de Foley de silicón transuretral, drenando aproximadamente 1200 ml. Se presentó con un US que le habían realizado un día antes, donde se informa de vejiga con coágulos e hidronefrosis bilateral, con gran retención urinaria y datos de prostatitis (Figuras 1 y 2).

Se retira la sonda y reanuda micciones, pero al segundo día nuevamente se presenta a consulta por presentar retención urinaria, por lo que se deja sonda de mismas características a permanencia. La edad del paciente y la preocupación de los padres hacen decidir un estudio completo antes de

iniciar manipulación, solicitándose varios estudios. El primero de ellos fue un estudio urodinámico que informó 1 000 ml de orina residual, con sensibilidad propioceptiva muy disminuida, capacidad cistométrica máxima de 642 ml, con presión de 50 cm de H₂O, contracciones no inhibidas presentes de baja presión y coincidentes de actividad electromiográfica. Cistometría de vaciamiento: micción espontánea retardada con un Qmax de sólo 5 ml/seg y presión del detrusor de 91 cm de H₂O, con ausencia de silencio electromiográfico, aunque discretamente influenciado por prensa abdominal. El diagnóstico urodinámico señaló disinergia vesicoesfinteriana, lo cual sugirió valoración neurológica y cateterismo intermitente (Figura 3).

La valoración neurológica se informó como completamente normal. En la urografía excretora se encontró una dilatación discreta de las cavidades renales, vejiga de esfuerzo, con un divertículo a la derecha y pseudodivertículos en otras partes de la vejiga y la probable imagen de tumoración intravesical (Figuras 4 y 5).

La cistografía corroboró los datos, encontrándose una vejiga de esfuerzo, ya con cierta antigüedad, sin reflujo vesicoureteral (Figuras 6 y 7).

El ultrasonido de control no mostró ningún cambio (Figura 8).

La cistoscopia corroboró una masa que era sésil e iniciaba en la uretra prostática, muy cercana al trigono de aproximadamente 4 a 5 cm, y que obstruía por completo el cuello vesical.

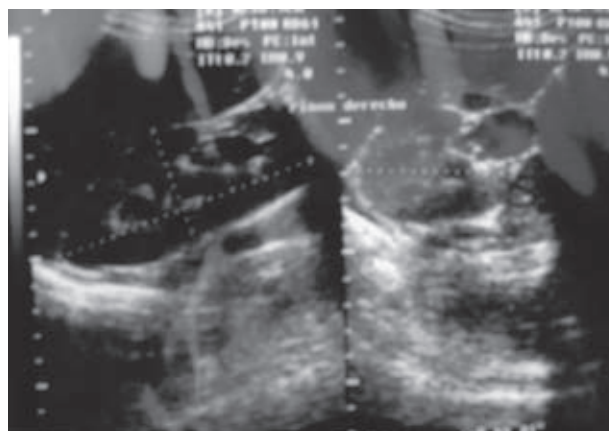


Figura 1. Ultrasonido previo con datos de dilatación importante de las cavidades renales.

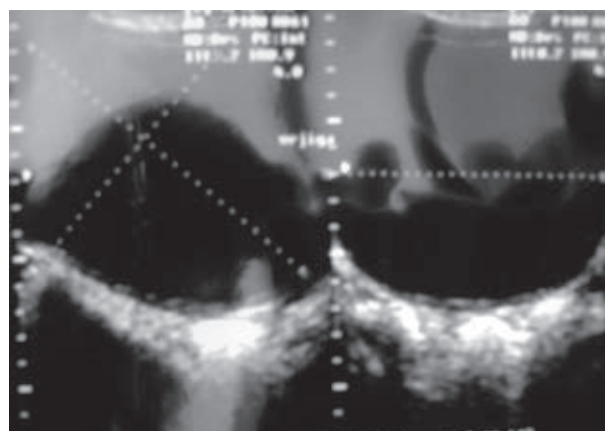


Figura 2. Ultrasonido previo donde se informan datos de coágulos intravesicales y prostatitis.

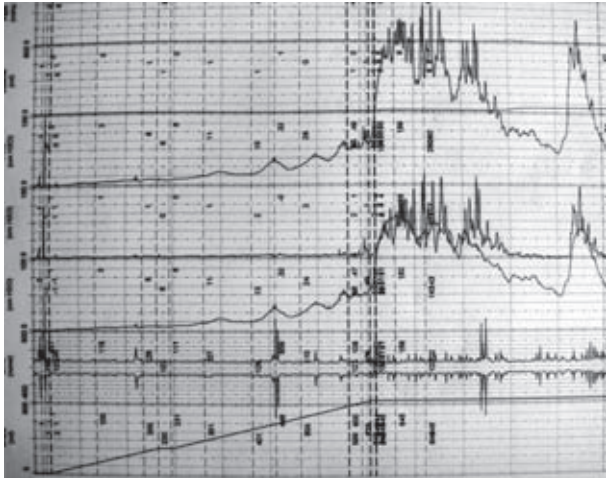


Figura 3. Estudio urodinámico.



Figura 4. Urografía excretora con discreta dilatación de ambas pelvis renales, globo intravesical, divertículo a la derecha en vejiga traveculada yseudodivertículos.



Figura 5. Urografía excretora en donde se aprecia mayor concentración de la orina en la vejiga, la que es traveculada, con datos de esfuerzo, con un divertículo a la derecha y pseudo-divertículos. Llama la atención el levantamiento del globo vesical por una masa irregular pequeña.

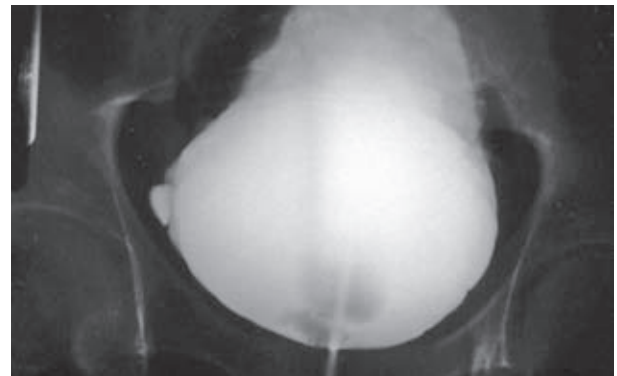


Figura 6. Cistografía sin reflujo vesicoureteral.

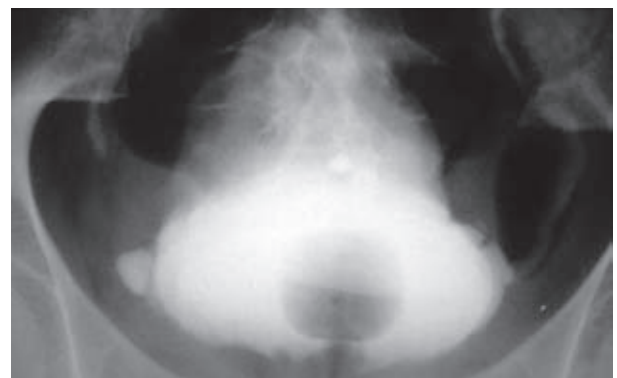


Figura 7. Cistografía que muestra vejiga de esfuerzo, con divertículo a la derecha, pseudodivertículos e imagen de tumoración a nivel del cuello vesical.

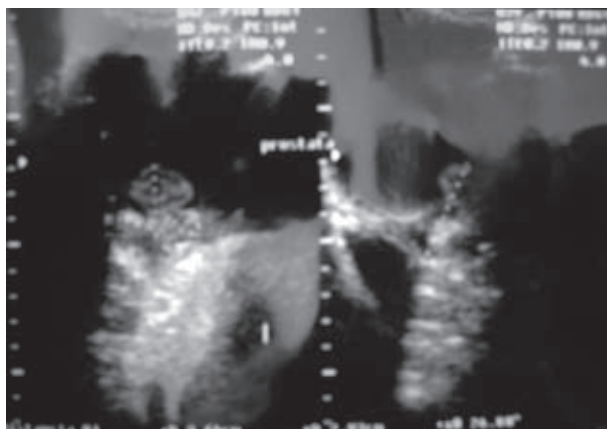


Figura 8. US que muestra una masa polipoide.

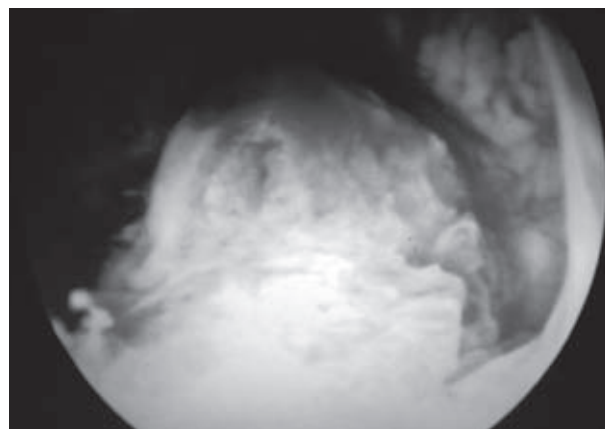


Figura 11. Por detrás del trigono se veía tejido irregular, que se resecó.

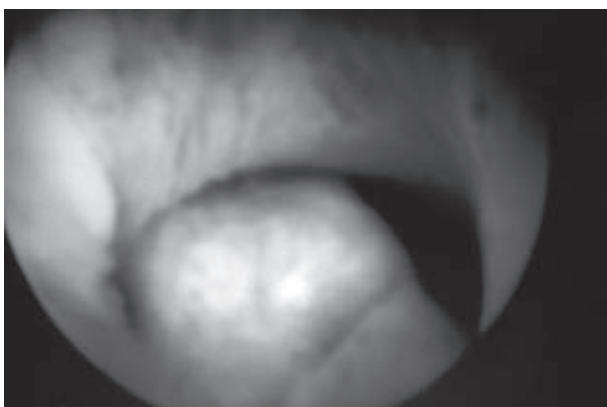


Figura 9. Acercamiento al cuello vesical y se encuentra masa que obstruía por completo el cuello vesical.

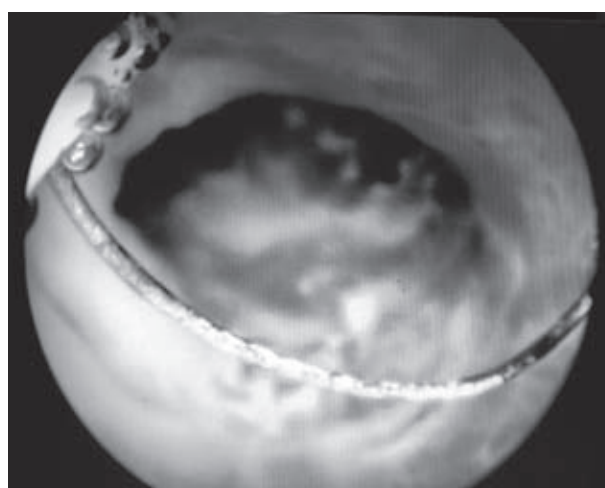


Figura 12. Después de resecados las zonas sospechosas.

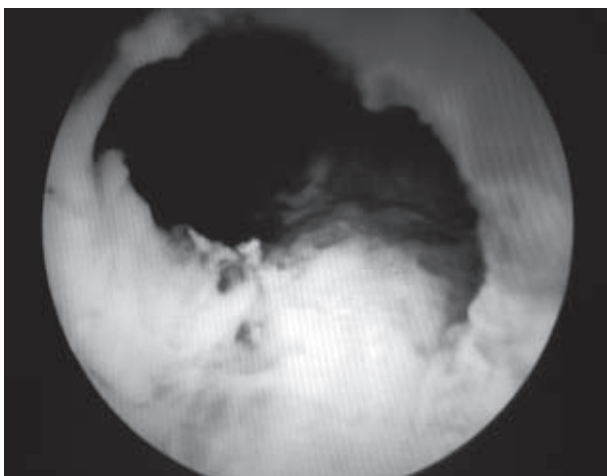


Figura 10. Imagen posterior a la resección de la masa principal.

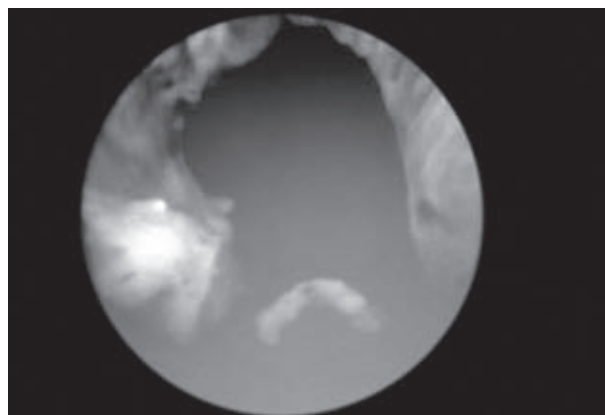


Figura 13. Imagen final.

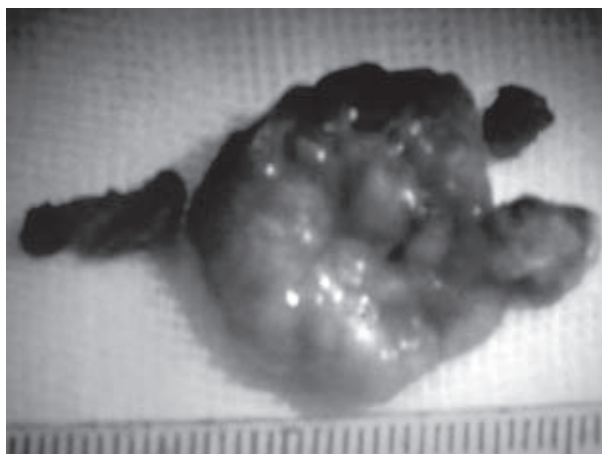


Figura 14. Fragmentos reseca- dos.

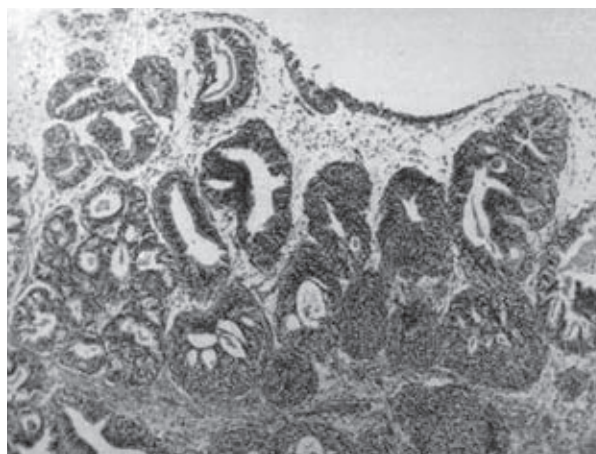


Figura 17. Nidos de Von Brunn.

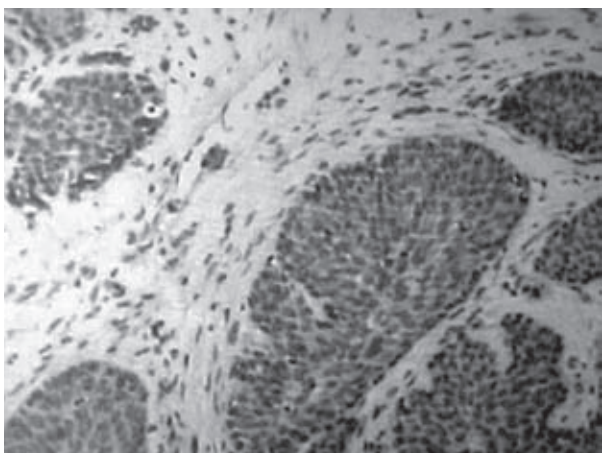


Figura 15. Cistitis glandular y polipoide.

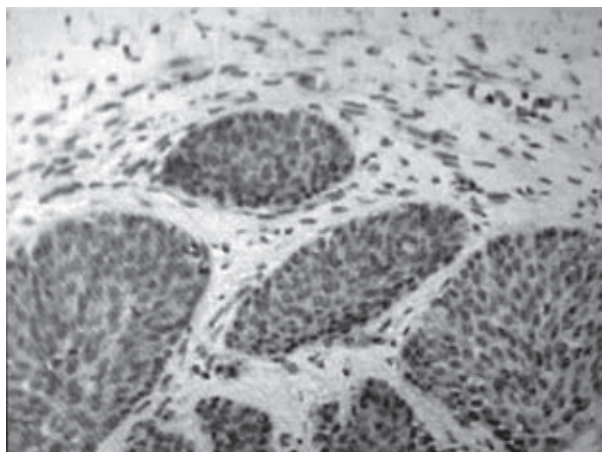


Figura 16. Cistitis glandular y polipoide.

COMENTARIO

Se presentó un caso de cistitis glandular de forma polipoide. La cistitis glandular es una lesión proliferativa infrecuente y se transforma en epitelio cilíndrico productor de moco, localizada dentro de la mucosa y submucosa de la vejiga.^{2,3}

Se considera como un estadio evolutivo de la cistitis quística. Fue descrita por primera vez en 1761 por Morgagni. Se ha encontrado en pacientes de todas las edades, con una incidencia menor al 1%.

Se considera que forma parte de un amplio espectro de lesiones proliferativas de la vejiga que se desarrollan como respuesta a inflamación e incluyen nidos de Brunn, cistitis quística, cistitis folicular, glandular y posiblemente adenocarcinoma de vejiga.^{4,5}

A la cistitis glandular se han reconocido dos teorías, que no han sido completamente entendidas:²

1. Respuesta metaplásica de las células transicionales del epitelio a una irritación crónica (infección, litiasis, tumores u obstrucción). El urotelio responde con una proliferación en excesivo crecimiento y formación de yemas epiteliales. Estas yemas se pueden dirigir hacia abajo, adentro del tejido conjuntivo subespinal. Pueden permanecer como nidos de Brunn, convirtiéndose en quistes (cistitis quística) o modificarse adentro de células columnares mucinosas que forman glándulas secretantes (cistitis glandular).⁷

2. Origen embriogenético, debido a que las células intestinales endodérmicas anidadas permanecen

en la vejiga después de la separación del resto del tracto urogenital. La cistitis glandular puede ocurrir en derivados mesodérmicos, arriba de las estructuras del tracto urinario superior (uréter y pelvis renal), las cuales embriológicamente son separadas del tracto intestinal. La cistitis glandular y el adenocarcinoma ocurren como una adquisición posnatal. La cistitis glandular ocurre más comúnmente en la base de la vejiga, alrededor del cuello vesical, trigono y orificios uretrales. Cuando el proceso inflamatorio se extiende puede producir obstrucción uni o bilateral. La cistitis glandular se ha asociado con lipomatosis pélvica, una rara condición vista más comúnmente en hombres jóvenes o de mediana edad. En pacientes con lipomatosis pelviana existe una alta incidencia de cistitis glandular y se ha considerado ésta para algunos como lesión premaligna según lo publicado por Edwards y col. en 1972, al informar un caso de cistitis glandular que evolucionó hasta adenocarcinoma.^{4,6}

La cistitis glandular ha sido considerada como una lesión premaligna para adenocarcinoma de vejiga. Se han documentado varios casos que progresan hacia la malignidad durante intervalos de muchos años. Sin embargo, otros han negado esta asociación declarando que los cambios proliferativos, tales como la cistitis quística y cistitis glandular, son benignos y son datos comunes de necropsia, hasta en un 60%, no considerándose una lesión de riesgo para sufrir carcinoma de vejiga.⁷

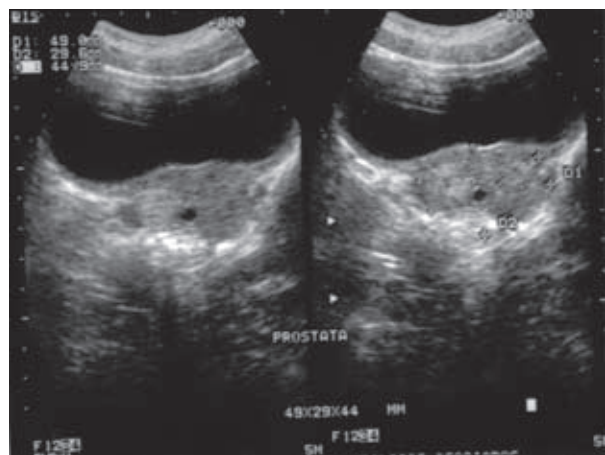


Figura 18. Ultrasonido de control posoperatorio al 7 de noviembre de 2005.

Se recomienda realizar una cistoscopia anual, citología urinaria y biopsia vesical de lesiones sospechosas, recomendadas para el temprano descubrimiento de cambios malignos en casos remotos o raros.

Se presentó el caso de un joven de 17 años, que ante su inexperiencia, lo llevó a la retención aguda de orina con una vejiga de esfuerzo que podía confundir con un problema neurológico, lo cual obligó a realizar un estudio completo para descartar cualquier otro diagnóstico diferencial, encontrándose alteraciones del tracto urinario tanto superior como inferior por el problema obstructivo, resolviéndose con resección transuretral de todo el tejido obstructivo y sospechoso de alteración histológica; se diagnosticó como una cistitis glandular y polipoide con metaplasia de urotelio prostático y nidos de Brunn, el cual ha evolucionado en forma normal, reanudando micciones espontáneas con chorro grueso, sin infección y control por ultrasonido vesical (Figura 18).

BIBLIOGRAFÍA

1. Ranaldive UN, Deodhar KP, Bapat SD. Usefulness of urinary bladder biopsies - study of 98 cases. *J Postgrad Med.* 1983;29:10-4
2. Sánchez García P, Baró Ros MJ, Panades Ciurana. Cistitis glandular como causa de pseudotumor vesical. A propósito de un caso. *Urología I Comarques.* Número 6, 1997.
3. Edgar Velazco Z. Cistitis glandular (presentación de un caso inusual). *Revista Colombiana de Urología.* <http://www.encolombia.com/urologia-cistitis-glandular.htm>. 2005.
4. Kadir Türkölmez, et al. Pelvis Lipomatosis Associated with invasive cistitis glandularis. *J of Ankara Medical School.* 2002;24(3).
5. Patrick C Waish, Alan B Retik, Thomas A Stamey, E Darracott Vaughan. *Campbell urología.* Sexta edición, tomo 1, Editorial Médica Panamericana. 1992. Pág. 550.
6. Edwards DD, Hurm RA, Jaeschke WH. Conversion of cystitis glandularis to adenocarcinomas, *J Urol.* 1972; 108:568.
7. Yagüe León A. Tumores vesicales: etiología, histogénesis, diagnóstico y factores pronósticos. *Boletín Oncológico Teruel.* 1999;12 III.