



Contribución de la biopsia vesical al estudio de la paciente uroginecológica

Óscar Flores-Carreras,* Claudia J Martínez-Espinoza,** María Isabel González-Ruiz,** Yadhira E Montes-Casillas***

Nivel de evidencia: II-3

RESUMEN

Antecedentes: una de las características de los síntomas urinarios en la mujer es su falta de especificidad. Las pacientes con incontinencia de esfuerzo o de urgencia, irritación local por infección, estenosis distal o algún proceso neoplásico tienen síntomas muy parecidos.

Objetivo: determinar la frecuencia de lesiones estructurales detectadas por uretrocistoscopia y en las que se practicó biopsia vesical.

Material y método: estudio descriptivo, retrospectivo, analítico de expedientes y videos de 331 pacientes tratadas en Urodifem de Occidente (Unidad de uroginecología privada). Se tomaron 35 biopsias. El análisis estadístico se hizo con desviación estándar, promedios, porcentajes y prueba de Fisher.

Resultados: edad promedio 60 ± 13.76 . Síntomas predominantes: síndrome irritativo 62.8%; dolor pélvico 45.71%; incontinencia por urgencia 31.4%; hematuria 31.4%; disfunción de vaciado vesical 11.4%. Principales hallazgos endoscópicos: uretrotrigonitis, lesiones glomerulares, úlceras de Hunner, tumor o lesión sospechosa. El diagnóstico endoscópico-histológico más común fue: cistitis intersticial 42.9%; cistitis crónica 11.4%; cistitis glandular 8.6%; cistitis folicular 11.4%; cáncer vesical 5.7%; papiloma vesical 5.7%.

Conclusiones: este estudio apoya la práctica de la biopsia vesical cuando se observan lesiones diferentes a las propias de la infección vesical.

Palabras clave: biopsia vesical, disfunción vesical, lesión sospechosa vesical, uretrocistoscopia.

ABSTRACT

Background: One of the characteristics of urinary symptoms in women is their lack of specificity. Patients with stress incontinence or urgency, local irritation, infection, distal stenosis or a neoplastic process have very similar symptoms.

Objective: Determine the frequency of bladder structural lesions detected by urethrocystoscopy in which we performed bladder biopsies.

Material and method: Descriptive, retrospective, analytical study of files and videos of 331 patients treated in Urodifem de Occidente (private Urogynecology Center). Thirty-five biopsies were taken. The statistical analysis was expressed as means standard deviations, ranges, percentages and Fishers test.

Results: Patients ages range 30-90 years average $60+13.76$. Predominant symptoms were: irritative vesical syndrome 62.8%; pelvic pain 45.71%; urge incontinence 31.4%; hematuria 31.4%; vesical voiding dysfunction 11.4%. Principal endoscopic findings: Urethrotrigonitis; glomerular lesions or Hunner ulcers; vesical trabeculations; tumor or suspect lesions. Histopathologic findings were: Interstitial Cystitis 42.9%; chronic Cystitis 11.4%; Cystitis glandularis 8.6%; Cystitis follicular 11.4%; bladder cancer 5.7%; Vesical Papilloma 5.7%.

Conclusions: This study supports the practice of vesical biopsy when lesions other than those from chronic infection are observed in the presence of tumors or suspect lesions.

Key words: Bladder Biopsy, Bladder Dysfunction, Bladder suspect lesions, Urethrocystoscopy.

RÉSUMÉ

Antécédents: L'une des caractéristiques des symptômes urinaires chez les femmes est leur manque de spécificité. Les patients souffrant d'incontinence de stress ou d'urgence, une irritation locale, une infection, une sténose distale ou d'un processus néoplasiques présentent des symptômes très similaires.

Objectif: Déterminer la fréquence des lésions structurelles détectées par urethrocistoscopie et dans lequel a subi une biopsie de la vessie.

Matériel et méthode: Les dossiers descriptive, rétrospective, analytique et vidéo de 331 patients traités dans l'Ouest Urodifem (unité urogynécologie privé). 35 biopsies ont été prises. L'analyse statistique a été fait avec l'écart type, des moyennes, des pourcentages et le test de Fisher.

Résultats: L'âge moyen 60 ± 13.76 . Les symptômes du syndrome d'irritation prédominante 62,8%, des douleurs pelviennes 45,71%, 31,4% d'incontinence par impériosité, hématurie, 31,4%; miction dysfonction 11,4%. Principales constatations endoscopiques: urethrotrigonitis, des lésions glomérulaires, ulcères Hunner, tumeur ou d'une lésion suspecte. Le diagnostic histologique endoscopique était plus fréquent: cystite interstitielle 42,9%, 11,4% cystite chronique, cystite glandularis 8,6%, 11,4% cystite folliculaire, le cancer de la vessie 5,7%, 5,7% du papillome de la vessie.

Conclusion: Cette étude soutient la pratique de la biopsie de la vessie lorsque les lésions sont vues différentes de celles typiques d'une infection de la vessie.

Mots-clés: biopsie de la vessie, le dysfonctionnement de la vessie, de la vessie lésion suspecte, urethrocistoscopie.

RESUMO

Antecedentes: Uma das características dos sintomas urinários em mulheres é a falta de especificidade. Pacientes com incontinência urinária de esforço ou urgência, irritação local, infecção, estenose distal ou um processo neoplásico tem sintomas muito semelhantes.

Objetivo: determinar a freqüência de lesões estruturais detectados por urethrocistoscopy e no qual foram submetidos a biópsia da bexiga.

Materiais e métodos: Os registros descritivo, retrospectivo, de análise e de vídeo de 331 pacientes tratados em Western Urofem (unidade de uroginecología privado). 35 biópsias foram tomadas. A análise estatística foi feita com desvio padrão, médias, percentagens e teste de Fisher.

Resultados: A média de idade de $60 \pm 13,76$. Os sintomas da síndrome irritativa predominante 62,8%, dor pélvica 45,71%, 31,4% incontinência de urgência, hematuria, 31,4%; disfunção miccional 11,4%. Principais achados endoscópicos: urethrotrigonitis, lesões glomerular, úlceras Hunner, tumor ou lesão suspeita. O diagnóstico endoscópico-histológico foi mais comum: cistite intersticial 42,9%, 11,4% cistite crônica, cistite glandularis 8,6%, 11,4% folicular cistite, câncer de bexiga 5,7%, 5,7% do papiloma da bexiga.

Conclusões: Este estudo apóia a prática de biópsia da bexiga quando as lesões são vistas diferentes daqueles típicos de infecção da bexiga.

Palavras-chave: biópsia da bexiga, disfunção da bexiga, bexiga lesão suspeita, urethrocistoscopy.

Una de las características de los síntomas de la paciente uroginecológica es su falta de especificidad. Las pacientes con incontinencia de esfuerzo o de urgencia, irritación local por infección, estenosis distal o algún proceso neoplásico tienen síntomas muy parecidos. La hematuria es un signo que debe despertar la sospecha de lesión neoplásica en el aparato urinario, aunque este signo no sea específico, porque puede no aparecer en algunas lesiones neoplásicas urinarias.¹

El uroginecólogo debe tener una disciplina de evaluación mediante estudios endoscópicos de la vía urinaria inferior y buscar siempre la detección temprana de neoplasia vesical.

La prevalencia de cáncer vesical en la mujer es baja (0.4%), pero con alta mortalidad.² La American Cancer Society estimó que en el año 2008 se diagnosticarían 68,810 casos nuevos de cáncer vesical en Estados Unidos (51,230 hombres y 17,580 mujeres) y que habría 14,100 muertes por cáncer de vejiga (9,950 hombres y 4,150 mujeres). El factor de riesgo para cáncer vesical en el hombre es cuatro veces mayor que en la mujer.³

* Profesor titular del Programa de especialidad de Urología ginecológica.

** Médica uroginecóloga.

*** Médica ginecoobstetra en adiestramiento de la especialidad de Urología Ginecológica.

Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, CUCS, Universidad de Guadalajara.

Correspondencia: Dr. Óscar Flores Carreras. Urofem de occidente, SC. Unidad de Urología Ginecológica. Juan Ruiz de Alarcón 176-A, colonia Arcos Vallarta, CP 44140, Guadalajara, Jal. Correo electrónico: oscar.flores@urofem.com.mx

Recibido: septiembre, 2009. Aprobado: febrero, 2010.

Este artículo debe citarse como: Flores-Carreras O, Martínez-Espinoza CJ, González-Ruiz MI, Montes-Casillas YE. Contribución de la biopsia vesical en el estudio de la paciente uroginecológica. Ginecol Obstet Mex 2010;78(3):187-190.

La versión completa de este artículo también está disponible en: www.nietoeditores.com.mx

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, retrospectivo, analítico y de expedientes de pacientes que acudieron a la clínica privada Urofem de Occidente por diversos síntomas urinarios. Se incluyeron 35 pacientes en quienes en el estudio endoscópico se apreció una lesión sugerente de afectación vesical, como cistitis intersticial o un tumor. El protocolo de estudio incluyó: 1) historia clínica, 2) cuestionario urológico, 3) examen general de orina o urocultivo negativos para infección, 4) detección de hematuria, 5) descripción endoscópica y 6) diagnóstico histopatológico.

La uretrocistoscopia se realizó en posición de litotomía, seguida de un protocolo establecido, que incluyó uretrocistoscopia o cistoscopia, en ese orden. En ambos se utilizó solución estéril, a temperatura ambiente como medio de distensión.

Para la uretrocistoscopia se utilizó un equipo endoscópico (Karl Storz) con telescopio de 0° y 70°, camisa 22 Fr y pinza de biopsia flexible calibre 7Fr (Karl Storz). En los primeros 10 casos se aplicó anestesia local con gel de xilocaina. Cuando este producto desapareció del mercado local se practicó la biopsia sin anestesia en el resto de las pacientes.

Los datos se recopilaron y analizaron en Excel de Microsoft. Los datos cuantitativos se expresaron como media (\pm desviación estándar, rango). La terminología utilizada fue la recomendada por la International Continence Society.

RESULTADOS

De 331 cistoscopias practicadas entre enero de 2001 y abril de 2008, se realizaron 35 biopsias de vejiga (10.6%). Los límites de edad de las pacientes fueron 30 y 90 años, con promedio de 60 ± 13.76 . El síntoma predominante fue el

síndrome irritativo vesical en 22 casos (62.8%); dolor pélvico en 16 (45.7%); incontinencia urinaria por urgencia en 11 casos (31.4%); hematuria en 11 casos (31.4%) y disfunción del vaciado vesical en cuatro casos (11.4%). (Figura 1)

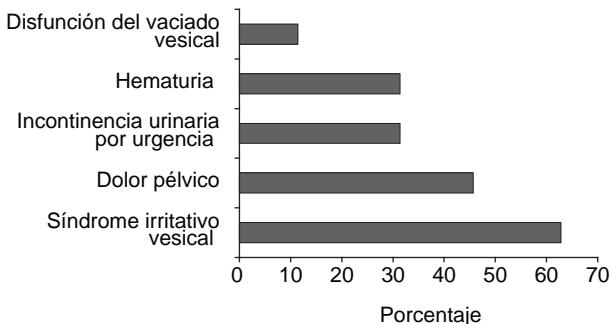


Figura 1. Síntomas predominantes.

Los antecedentes patológicos encontrados fueron: cirugía ginecológica 14 casos (40%); cirugía uroginecológica 13 casos (37.1%); tabaquismo 10 casos (28.6%); cistitis recurrente 10 casos (28.6%); cirugía de columna vertebral 2 casos (5.7%); enfermedad renal 2 casos (5.7%); diabetes mellitus tipo 2 dos casos (5.7%); hipertensión arterial 2 casos (5.7%); artrosis de columna un caso (2.9%) y artritis reumatoide una paciente (2.9%). (Figura 2)

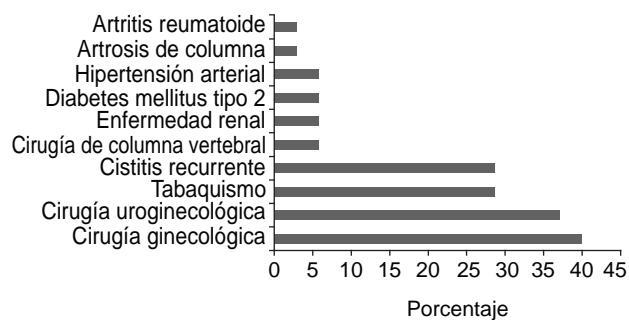


Figura 2. Antecedentes patológicos.

Los hallazgos endoscópicos encontrados fueron: trigonitis 54.3%; uretritis crónica 31.4%; lesiones glomerulares 28.6%; trabeculación vesical 25.7%; meato uretral estrecho 25.7%; cistitis crónica 22.9%; úlceras de Hunner 22.9%; lesión sospechosa de malignidad 20%; lesión máculo papular 14.3%; petequias 11.4%; formaciones pseudopapilares en el cuello vesical 11.4%; cistitis quística, pólipos uretrales, pólipos vesicales, tumoración de trígono y uréter ectópico, un caso por cada diagnóstico (2.9%). Hubo más de un hallazgo endoscópico por paciente. (Cuadro 1)

Cuadro 1. Hallazgos endoscópicos

	<i>n</i>	Porcentaje
Trigonitis	19	54.3
Uretritis crónica	11	31.4
Lesiones glomerulares	10	28.6
Trabeculación vesical	9	25.7
Meato uretral estrecho	9	25.7
Cistitis crónica	8	22.9
Úlceras de Hunner	8	22.9
Lesión sospechosa de malignidad	7	20
Lesión máculo papular	5	14.3
Formaciones pseudopapilares	4	11.4
Petequias	4	11.4
Cistitis quística	1	2.9
Pólipos uretrales	1	2.9
Pólipos vesicales	1	2.9
Tumoración del trígono	1	2.9
Uréter ectópico	1	2.9

Los diagnósticos histopatológicos fueron: cistitis intersticial 15 casos (42.9%); cistitis crónica 4 casos (11.4%); cistitis glandular 3 (8.6%); cistitis folicular 4 casos (11.4%); papiloma vesical 2 casos (5.7%); cistitis aguda inespecífica, pólipos angiromatosos, cistitis polipoide, micropapilomatosis, cáncer vesical *in situ*, adenocarcinoma de vejiga y metaplasia escamosa con un caso cada uno (2.9%). (Cuadro 2)

Cuadro 2. Diagnósticos histopatológicos

	<i>n</i>	Porcentaje
Cistitis intersticial	15	42.9
Cistitis crónica	4	11.4
Cistitis folicular	4	11.4
Cistitis glandular	3	8.6
Papiloma vesical	2	5.7
Cistitis aguda inespecífica	1	2.9
Pólipos angiromatosos	1	2.9
Cistitis polipoide	1	2.9
Micropapilomatosis	1	2.9
Cáncer vesical <i>in situ</i>	1	2.9
Adenocarcinoma de vejiga	1	2.9
Metaplasia escamosa	1	2.9

En las pacientes con hematuria los diagnósticos histopatológicos fueron: cistitis intersticial, cinco casos (45.5%); papiloma vesical, dos casos (18.1%); cistitis crónica, 1 caso (9.1%); cistitis folicular, 1 caso (9.1%); cistitis glandular, 1 caso (9.1%) y pólipos angiromatosos, 1 caso (9.1%) (Figura 3)

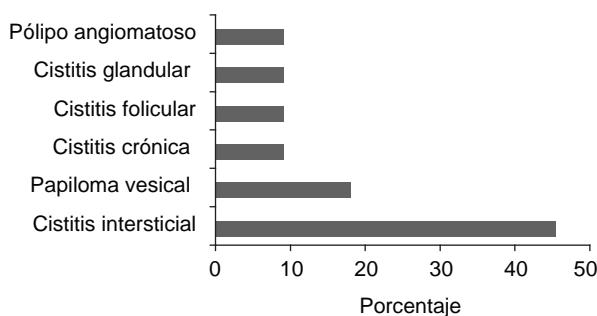


Figura 3. Diagnóstico histopatológico en pacientes con hematuria.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La biopsia de vejiga es un procedimiento de bajo riesgo, relativamente sencillo y que cursa con un grado de molestia moderado para la paciente. En virtud de la breve longitud de la uretra, el acceso a la cavidad vesical es fácil y puede efectuarse incluso sin anestesia local. Existen, sin embargo, concentrados de lidocaína en gel que pueden aminorar la sensación de inconformidad local. Estas particularidades han permitido efectuar esta práctica como procedimiento de consultorio, con ventajas en riesgos y gastos económicos, en contraposición con el procedimiento intrahospitalario.

En la bibliografía médica especializada hay posiciones encontradas en relación con el uso sistemático de la uretrocistoscopia en la paciente con síntomas de la vía urinaria inferior. Hay quienes la recomiendan⁴ y otros la limitan a pacientes con síntomas de irritabilidad con macro o micro hematuria. De cualquier forma, existe un consenso general para considerar a la uretrocistoscopia como el método “patrón de referencia” para el diagnóstico de cáncer vesical.^{5,6} En nuestra opinión está justificado integrar la uretrocistoscopia como parte del protocolo de estudio de la paciente con incontinencia urinaria, irritabilidad vesical o disfunción del vaciado vesical.

El objetivo primordial de la toma de la biopsia vesical es diagnosticar lesiones con morfología histológica específica y, principalmente, malignas en etapas iniciales de su evolución. La prevalencia del cáncer vesical en la mujer es menor que en el hombre: 0.4 vs 1.6%. El riesgo de cáncer vesical aumenta con la edad. Más de 70% de las personas con cáncer vesical son mayores de 65 años.³ El cáncer vesical se diagnostica con una frecuencia casi doble en las personas blancas que en las de raza negra. Los hispanos-latinoamericanos tienen una tasa menor que las personas de raza negra. En nuestra casuística se detectaron dos casos de cáncer, lo que representa 5.71%, porcentaje mayor al descrito por otros autores

(0.2-3.9%).⁵⁻⁷ Ninguno de los dos casos refirió hematuria macro o microscópica, lo que apoya lo expresado por otros autores en relación con la baja sensibilidad de este signo en la detección de tumores vesicales malignos.¹

También se detectaron tres casos de cistitis glandular, padecimiento que se relaciona estrechamente con el adenocarcinoma de vejiga, que es una lesión metaplásica del urotelio vesical que aparece en 13% de pacientes asintomáticas.^{8,9}

El tabaquismo es el mayor factor de riesgo de cáncer vesical; origina casi la mitad de las muertes por cáncer vesical en el hombre (48%) y menos de un tercio en la mujer.³ Por esto se investigó este antecedente y se encontró en diez pacientes (28.6%). Una de las dos pacientes con cáncer vesical era fumadora.

Esta investigación fortalece el criterio de practicar biopsia vesical cuando se observe alguna lesión con morfología semejante a la clásica de infección crónica o francamente tumoral o sospechosa de tumor maligno. Con este criterio se detectaron dos casos de cáncer vesical y tres de cistitis glandular. Independientemente, la biopsia puede favorecer al diagnóstico de otras enfermedades, como en el caso que aquí se reporta de cistitis intersticial. Se recomienda tener en mente este recurso diagnóstico.

REFERENCIAS

- Wu JM, Williams KS, Hundley AF, et al. Microscopic hematuria as a predictive factor for detecting bladder cancer and cystoscopy in women with irritative voiding symptoms. Amer J of Obstet Gynecol 2006;194:1423-1426.
- National Cancer Institute. Surveillance. Epidemiology and end Results (Seer) Program <<http://seer.cancer.gov/statistics>>. [Accessed Oct 20, 2005].
- Jemal A, Murray T, Ward E, et al. Cancer Statistics 2005. CA Cancer J Clin 2005;55:10-30.
- Cundiff GW, Bent AE. The contribution of urethrocystoscopy to evaluation of lower urinary tract dysfunction in women. Int Urogynecol J 1996;7:307-311.
- Pashos CL, Botheman MF, Laskin BL, Redaelli A. Bladder cancer epidemiology, diagnosis and management. Cancer Pract 2002;10:311-322.
- Borden LS, Clark PE, Hall MC. Bladder cancer. Curr Opinion Oncol 2003;15:227-233.
- Sokoe ER, Patel SR, Sung VW, et al. Results of urine cytology testing and cystoscopy in women with irritative symptoms. Am J Obstet Gynecol 2005;192:1560-1565.
- Bryan RT, Nicholls JH, Harrison RF, et al. The role of beta-catenin signaling in the malignant potential of cystitis glandularis. J Urol 2003;170(S):1892-1896.
- Sung MT, Lopez-Beltran A, Eble JN, et al. Divergent pathway of intestinal metaplasia and cystitis glandularis of the urinary bladder. Mod Pathol 2006;19(11):1395-1401.