

Revista Cubana de Urología

PRESENTACIÓN DE CASO

A propósito de un caso de papiloma invertido vesical

Concerning a case of inverted papilloma of the bladder

Maykel Quintana Rodríguez¹, Yanelys Isabel Soto González¹, Marco Antonio Gutiérrez González², Tania González León^{1*}

¹ Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana, Cuba.

² Hospital General Docente "Enrique Cabrera Cossío". La Habana, Cuba.

* Autor para la correspondencia: saguej@yahoo.com

RESUMEN

Introducción: El papiloma invertido de la vejiga es un tumor benigno, más frecuente en el paciente adulto. La hematuria macroscópica es el síntoma más frecuente y relevante. Los estudios imagenológicos y la cistoscopia no son específicos. Su diagnóstico de certeza es histopatológico. La resección endoscópica es el tratamiento de elección y requiere seguimiento por su potencial asociación al carcinoma urotelial.

Objetivo: Presentación de un caso con papiloma invertido vesical y breve revisión de la literatura.

Presentación de caso: Paciente femenina de 27 años de edad con diagnóstico incidental de lesión vesical por ecografía abdominal tratada mediante resección transuretral y confirmación patológica de papiloma invertido.

Conclusiones: El papiloma invertido vesical es una entidad rara que aunque tiene un comportamiento benigno puede asociarse a un carcinoma urotelial, en un bajo porcentaje, por lo que requiere seguimiento con endoscopias. La resección transuretral es la primera opción terapéutica.

Palabras clave: vejiga urinaria; cistoscopia; papiloma invertido; urotelio.

Recibido: 09/12/2019, Aceptado: 05/02/2020

Introduction: Inverted papilloma of the bladder is a benign tumour that occurs more often in adult patients. The macroscopic haematuria is the most common and relevant symptom. Imaging studies and cystoscopy are not specific. Its diagnosis of certainty is by histopathology. The treatment of choice is the endoscopic resection. Follow up is required due to its potential association to the urothelial carcinoma.

Objective: To describe a case with inverted papilloma of the bladder.

Case presentation: Female patient, 27 years old with incidental diagnosis by abdominal ultrasound of bladder injury. She was treated by transurethral resection after pathologic confirmation of inverted papilloma.

Conclusions: Inverted papilloma of the bladder is a rare entity that, although it has a benign behaviour, can be associated with an urothelial carcinoma in a low percentage. Therefore, it requires follow-up with endoscopy. Transurethral resection is the first therapeutic option.

Keywords: urinary bladder; cystoscopy; inverted papilloma; urotelium.

INTRODUCCIÓN

El papiloma invertido es una lesión urotelial poco frecuente, que representa del 1 al 2 % de las neoplasias uroteliales. Fue reconocida como entidad patológica en 1963. Puede presentarse en diferentes localizaciones del tracto urinario: pelvis renal, unión pieloureteral, uréter y uretra anterior, pero su aparición es más frecuente en la mucosa vesical (trígono, cuello vesical) y uretra prostática. Existen pocos informes de papiloma invertido en la literatura médica, la mayoría corresponde a pequeñas series o reporte de casos.^(1,2)

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina de 27 años de edad, sin antecedentes patológicos familiares y personales de importancia, que se remite a este servicio por una lesión en vejiga que se describió por ecografía durante un chequeo de rutina en otra institución. Los estudios complementarios arrojaron hemoquímica normal y urocultivo negativo.

Mediante la ultrasonografía se observa que ambos riñones tenían buena relación córtico-medular, no dilatación, ni litiasis. Vejiga en repleción de paredes regulares. Hacia el fondo vesical se ve imagen ecogénica de 10 x 7 mm, que no emite sombra acústica y no cambia de posición con los movimientos de la paciente ([Fig. 1](#)).

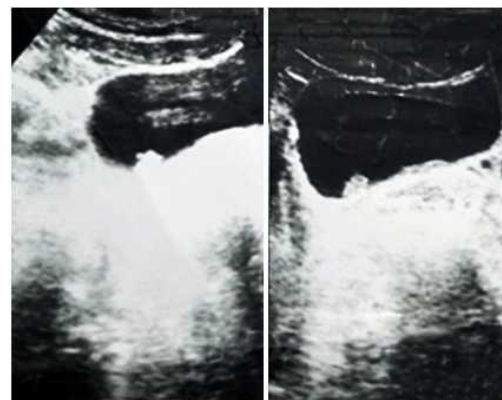


Fig. 1- Mediante ultrasonografía se observa que ambos riñones tienen buena relación córtico-medular, sin dilatación, ni litiasis.

La urografía por tomografía axial computarizada con contraste (Uro TAC) evidenció, en las imágenes excretoras, adecuada concentración y excreción renal bilateral. No alteraciones pielocaliciales, ni ureterales. Hacia el suelo

vesical, imagen de defecto de lleno de 5 mm, base de implantación estrecha (de 2 mm) de aspecto tumoral. Meatos ureterales libres ([Fig. 2](#)).



Fig. 2 - Hacia el suelo vesical se observa base de implantación estrecha (de 2 mm) de aspecto tumoral.

Se realizó cistoscopia diagnóstica. Se describe vejiga de buena capacidad, meatos ureterales normales que ayaculan orinas claras, y presencia de lesión de poco más de un cm de aspecto pediculado, arborescente, con pedículo único alargado. La lesión se resecó y se envió a estudio patológico ([Fig. 3](#)). En otras áreas de la mucosa vesical, hacia el fondo, existían zonas enrojecidas de aspecto no tumoral, de las cuales se tomó biopsia por ponche.

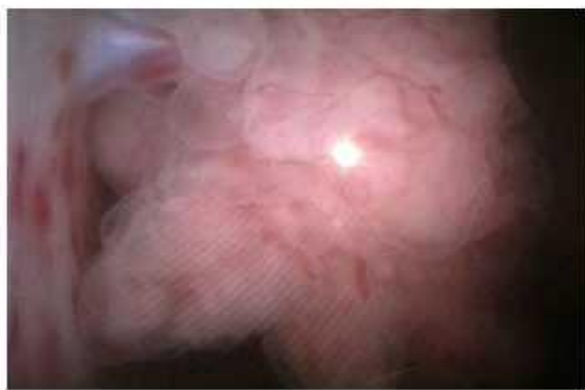


Fig. 3 - Imagen endoscópica de la lesión vesical.

El resultado del estudio histopatológico de la lesión se correspondió con un papiloma

invertido urotelial vesical ([Fig. 4](#)). Las áreas enrojecidas se asociaron a cistitis crónica.

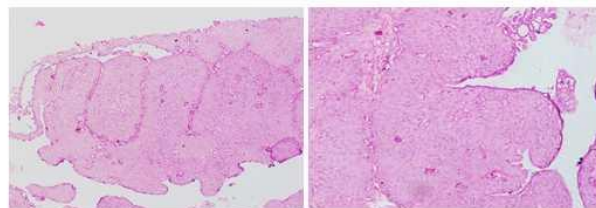


Fig. 4 - Se confirmó papiloma invertido urotelial vesical mediante microscopía.

La paciente ha evolucionado durante tres años sin recurrencia de la lesión. Se mantuvo seguimiento con ultrasonografía del tracto urinario, cistoscopia y urocultivos. En el primer año se realizaron cuatro consultas; en el segundo, dos y en el tercero, una.

DISCUSIÓN

El papiloma invertido es un tumor raro y benigno del urotelio. Su principal localización es vesical. Representa menos del 2 % de las neoplasias uroteliales de vejiga, aunque puede aparecer en cualquier sitio del tracto urinario donde exista urotelio.^(2,3,4)

Aparece entre la tercera y séptima décadas de la vida, pero su mayor frecuencia es entre los 60 y 70 años, principalmente en pacientes masculinos. Aunque se han descrito casos en la edad pediátrica, estos son infrecuentes.^(3,4,5,6,7)

La ubicación vesical es la más frecuente. Casi siempre el trigono vesical es la región afectada. Otras localizaciones son el fondo y cuello vesical. La localización uretral, ureteral o multifocal resulta ser infrecuente.^(1,3,4,5,6,7,8,10)

La etiología de esta entidad es idiopática y se ha asociado a neoplasias uroteliales de bajo grado, que pueden aparecer de manera sincrónica o después. Otros autores sugieren que es una

reacción de hiperplasia secundaria a un proceso inflamatorio crónico.⁽⁹⁾

Las teorías de patogenia relacionada con la inflamación crónica, la hiperplasia glandular y obstrucción urinaria han sido las más descritas. Sin embargo, para otros autores la asociación del papiloma invertido con factores irritativos u obstructivos es de 27 %. Además, se ha descrito su asociación con el papiloma virus (HPV).^(1,3,9,10)

La presentación clínica de este caso fue incidental, pero generalmente los pacientes refieren hematuria macroscópica y/o síntomas obstructivos urinarios bajos.^(10,11)

Los hallazgos radiológicos son inespecíficos. Las imágenes son indistinguibles de las neoplasias vesicales. Los defectos intraluminales se describen entre el 30 y 50 % de los casos. La ecografía es el método diagnóstico inicial que puede alertar sobre la presencia de una masa vesical sólida y ecogénica.^(3,10,11)

La cistoscopia es el método diagnóstico de elección. El papiloma se describe como nódulos elevados, pediculados o con base amplia. El aspecto papilar no es característico, por su crecimiento endofítico y el epitelio que lo recubre es de aspecto normal. La citología es negativa.^(3,4,5,6,7,8,9,10)

El diagnóstico definitivo es anatomopatológico. La histología describe lesión de configuración invertida, uniformidad de las células epiteliales con revestimiento de aspecto normal, mitosis ausentes o escasas, formación de microquistes (criptas) o presencia de metaplasia escamosa. Otros autores reportan dos tipos de papiloma invertido. El tipo I tiene características benignas

y el tipo II posee un potencial maligno. Hasta el presente no existen criterios para distinguirlos.^(10,11)

El potencial de malignización y recurrencia del papiloma invertido se ha descrito en 1 % para unos y en 15 % para otros. Se aconseja su seguimiento durante dos años como un tumor vesical de bajo grado.^(3,10)

Aunque los factores de riesgo para la recurrencia de estos tumores no han sido suficientemente estudiados, en algunas investigaciones se ha identificado que el sexo masculino, las lesiones grandes y el mayor número de estas, aumentan la recurrencia a más de una lesión por año. El crecimiento invertido puede asociarse a cualquier forma de neoplasia urotelial incluyendo el papiloma y el carcinoma urotelial, tanto de bajo como de alto grado de malignidad, que puede ser invasivo o no.⁽¹²⁾

El diagnóstico diferencial debe hacerse con una proliferación de nidos de *Von Brunn*, el carcinoma urotelial con un patrón de crecimiento invertido (endofítico), la neoplasia papilar urotelial de baja potencialidad de malignidad, la cistitis glandular, la cistitis quística y otros, aún más infrecuentes, como el adenoma nefrogénico, el paraganglioma y el tumor carcinoide.⁽¹³⁾

El tratamiento del papiloma invertido vesical es la resección transuretral. No se indica quimioterapia endovesical, a menos que se asocie a un carcinoma urotelial. El papiloma invertido del tracto urinario superior en la actualidad se trata con técnicas mínimamente invasivas, como primera opción.⁽¹⁰⁾

Se concluye que el caso presentado es raro. De ahí la necesidad de su publicación, ya que el papiloma invertido vesical constituye una entidad no frecuente. Aunque tiene un comportamiento benigno, puede asociarse a un carcinoma urotelial en un bajo porcentaje. Por tanto, requiere seguimiento con endoscopias. La resección transuretral es la primera opción terapéutica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sweeney MK, Rais-Bahrami S, Gordetsky J. Inverted urothelial papilloma: A review of diagnostic pitfalls and clinical management. *Can Urol Assoc J.* 2017 [acceso: 30/10/2019]; 11(1-2):66-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5403683/>
2. Guo A, Liu A, Teng X. The pathology of urinary bladder lesions with an inverted growth pattern. *Chin J Cancer Res.* 2016 [acceso: 30/10/2019]; 28(1):107-21. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4779755/>
3. Ho L, Jones E, Kavanagh A. Benign inverted papilloma at bladder neck causing acute urinary retention. *J Surg Case Rep.* 2018 [acceso: 30/10/2019]; 2018(6): rjy125. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6007691/>
4. El Bote H, Atik S, Fares R, Hage E. Papillome inverse de la vessie: une tumeur bénigne rare: à propos d' un Cas [Inverted papilloma of the bladder: a rare benign tumor: a case report]. *Pan Afr Med J.* 2017 [acceso: 30/10/2019]; 26:204. Disponible en:
5. Zhang XK, Wang YY, Chen JW, Qin T. Bladder papillary urothelial neoplasm of low malignant potential in Chinese: a clinical and pathological analysis. *Int J Clin Exp Pathol.* 2015 [acceso: 30/10/2019]; 8(5):5549-55. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4503134/>
6. Sung MT, Maclennan GT, Lopez-Beltran A, Montironi R, Cheng L. Natural history of urothelial inverted papilloma. *Cancer* 2006 [acceso: 30/10/2019]; 107:2622-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17078053>
7. Shin YS, Park JK. Inverted papilloma of the prostatic urethra arising in a juvenile. *World J Mens Health.* 2012 [acceso: 10/11/2019]; 30(3):192-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3623537/>
8. Takeuchi M, Sasaguri K, Naiki T, Mitsumori A, Ito H, Takahama J et al. MRI Findings of Inverted Urothelial Papilloma of the Bladder. *Am J Roentgenol.* 2015 [acceso: 30/10/2019]; 205(2):311-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26204280/>
9. Jorgensen PH, Vainer B, Hermann GG. A clinical and molecular review of inverted papilloma of the urinary tract: how to handle? *APMIS.* 2015 [acceso: 10/11/2019]; 123(11):920-9. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26358542>

10. Gómez García I, Rubio Hidalgo E, López García Moreno A, Buendía González E, García Bethancourt N, Bolufer E, et al. Papiloma invertido urotelial: nuestra experiencia clínica. Actas Urol Esp. 2010. [acceso: 01/12/2019]; 34(4):386-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062010000400012

11. Castillo O, Hoyos J, Vitagliano G, Arellano L. Papiloma invertido vesical. Arch Esp Urol. 2006 [acceso: 01/12/2019]; 59(7):691-5. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142006000700003&lng=es

12. Arslankoz S, Kulaç İ, Ertoy Baydar D. The Influence of Inverted Growth Pattern on Recurrence for Patients with Non-Invasive Low Grade Papillary Urothelial Carcinoma of Bladder. Balkan Med J. 2017 [acceso: 01/12/2019]; 34(5):464-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5635635/#>

13. Limaiem F, Leslie SW. Inverted Urothelial Papilloma. In: StatPearls. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing; 2019 [acceso: 04/06/2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537218/>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses.

Contribución de los autores

Maykel Quintana Rodríguez: Revisión bibliográfica y redacción del artículo.

Marco Antonio Gutiérrez González: Revisión bibliográfica y confección del caso clínico.

Yanelys Isabel Soto González: Diagnóstico y revisión bibliográfica. Proporcionó las imágenes microscópicas de la enfermedad.

Tania González León: Revisión crítica del artículo, redacción de las referencias bibliográficas y asistencia médica del caso clínico.