

## Caso Clínico-Radiológico

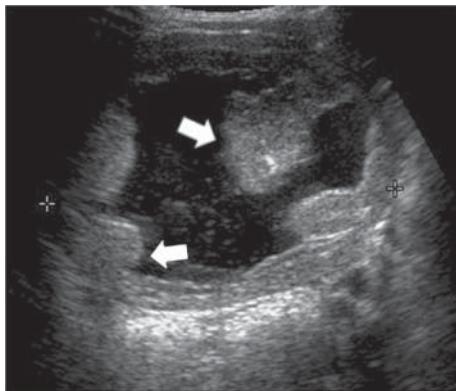
ANÍBAL ESPINOZA G.<sup>1,3</sup>, FABIOLA TARSETTI C.<sup>1</sup>, PAMINA CORTÉS C.<sup>2</sup>

1. Médico Radiólogo. Unidad de Radiología. Hospital Clínico San Borja Arriarán.
2. Médico General. Hospital Metropolitano Santiago.
3. Médico Radiólogo. Clínica Alemana Santiago.

### Historia Clínica

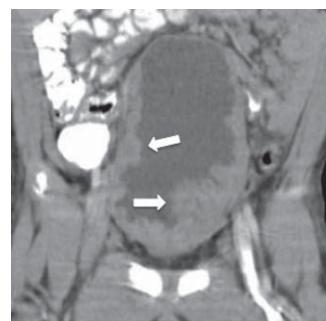
Niño de 2 años y 10 meses de edad, que es llevado por su madre al Servicio de Urgencia por un cuadro de 3 días de evolución, caracterizado por disuria, poliaquiuria y tenesmo vesical asociado a estícticas. Al interrogatorio dirigido, refiere que las molestias habrían comenzado alrededor de 10 meses atrás y habrían ido progresando lentamente, hasta el momento de la consulta.

Al examen físico se encontraba afebril, con abdomen blando y se palpa una masa hipogástrica dura, fija. Resto del examen negativo.



**Figura 1.** US con corte transversal en la zona del hipogastrio, muestra la vejiga de paredes engrosadas y muy irregulares, con imágenes polipoideas de la mucosa (flechas).

Se realiza ultrasonografía (US) abdominal y pelviana. Se ilustra un corte sagital de la vejiga (figura 1). El examen se complementó con una tomografía computarizada (TC) de abdomen y pelvis (figura 2).



**Figura 2a.** Reconstrucción coronal de TC a nivel de la pelvis, muestra la vejiga de paredes engrosadas e irregulares (flechas). Se asocia a hidronefrosis, secundario al compromiso de los meatus uretrales (no mostrado en las imágenes).



**Figura 2b.** Reconstrucción sagital TC a nivel de la pelvis, muestra la vejiga de paredes engrosadas, con extensión de la lesión hacia caudal y compromiso de la uretra proximal y compriéndola el recto (flecha). Existe sonda Foley in situ (flecha curva).

### ¿Cuál sería su hipótesis diagnóstica?

Trabajo recibido el 17 de agosto de 2009, aceptado para publicación el 18 de enero de 2010.

Correspondencia a:

Aníbal Espinoza G.

E-mail: anibalespinoza2005@yahoo.com



**Figura 3.** Muestra la Hidronefrosis.

## Evolución

Con los antecedentes clínicos y los hallazgos de la US y TC, debe plantearse la posibilidad de una neoplasia con compromiso de la vejiga y del piso pelviano. Por la edad el niño, el primer diagnóstico a considerar sería el de un rabdomiosarcoma de la vejiga o de la próstata. Otra neoplasia menos común a considerar sería un linfoma. En segundo lugar, aunque mucho menos probable, debería considerarse la posibilidad de un proceso inflamatorio crónico inhabitual, tipo tuberculosis. Por último, otras causas de engrosamiento de la pared vesical, incluyen aquellas causas de origen funcional (vejiga neurogénica) o secundarias a uropatía obstructiva (valvas de uretra posterior).

Se realizó cistoscopía, donde el aspecto de la lesión sugirió una etiología tumoral. El estudio histológico mostró un rabdomiosarcoma embrionario. El gran tamaño del tumor no permitió determinar si el origen era vesical o prostático.

## Diagnóstico

Rabdomiosarcoma intrapelviano.

## Discusión

Los tumores vesicales malignos son raros en pediatría, siendo el rabdomiosarcoma el

más frecuente bajo los 10 años de edad y con una frecuencia mayor a los 4 años. Se origina de células musculares primitivas y la localización intrapelviana es una de las más frecuentes, originándose en la vejiga o próstata en el niño y en útero y vagina en la niña. Se puede manifestar como una infiltración difusa de la vejiga con engrosamiento parietal o en forma de masa localizada, la puede ser polipoidea y a veces en forma de racimo de uvas. Las manifestaciones más frecuentes son hematuria, disuria, infección y retención urinaria. Otro tumor muy infrecuente a esta edad, es el tumor de células transicionales.

Dentro de los tumores benignos de la vejiga, se incluyen hemangioma, neurofibroma y el pseudotumor inflamatorio.

El hemangioma vesical puede presentarse como una lesión focal o engrosamiento parietal difuso con imágenes vasculares en su espesor y calcificaciones, fenómenos especialmente demostrables con US y Doppler color. La hematuria es el signo clínico principal.

El neurofibroma vesical puede ocurrir como fenómeno aislado o estar relacionado con Neurofibromatosis tipo I, su manifestación clínica principal es la infección urinaria. Se origina de los plexos nerviosos, los que aumentan de tamaño en el espesor de la pared vesical, configurando una lesión en forma de racimo o como múltiples cuerdas con nudos. El pseudotumor inflamatorio es una lesión asociada a inflamación crónica vesical y uso de cateterismo intermitente, se presenta como una masa sólida sésil o polipoidea que puede presentar ulceración.

La segunda causa a considerar sería un proceso inflamatorio, que se puede presentar como un engrosamiento parietal difuso de toda la vejiga, de contornos regulares o irregulares, a veces lobulados. La cistitis bacteriana es la causa más frecuente. Entre las causas virales destaca la infección por adenovirus que puede producir un marcado engrosamiento vesical y sangramiento, confundiéndose con causas tumorales. Otros gérmenes son extremadamente infrecuentes.

Dentro de las causas inflamatorias no infecciosas está la toxicidad por agentes alquilantes usados en quimioterapia, como ciclofosfami-

da, ifosfamida, las que pueden ser causa de una severa cistitis hemorrágica.

Causas funcionales como la incoordinación vésico-esfinteriana en casos de vejiga neurogénica o causas anatómicas obstructivas, como las valvas de uretra posterior, determinan también un engrosamiento parietal vesical que puede ser marcado e irregular. En el caso de la obstrucción anatómica, la dificultad en el vaciamiento vesical produce una sobrecarga de presión para la vejiga lo que determina una hipertrofia muscular de la pared (vejiga de lucha).

En general un engrosamiento leve y difuso de la pared vesical debe hacer pensar en una causa benigna. La presencia de engrosamiento parietal acentuado, irregular o focal debe hacer descartar otras etiologías y muchas veces es necesario el estudio histológico. Otros signos clínicos de alerta son hematuria y retención urinaria. Afortunadamente las lesiones benignas o pseudotumorales son más frecuentes que las malignas.

## Referencias

- 1.- *Ring E, Riccabona M, Fotter R:* Normal values. En: Fotter R. ed. Pediatric Uroradiology, Berlin Heidelberg: Editorial Springer-Verlag, 2001; 413-20.
- 2.- *Zubieta R, Retamal MG, Méndez G, et al:* Cistitis crónica fibrótica-telangiectásica por ciclofosfamida. Rev Ch Urol 2004; 69: 179-82.
- 3.- *Rodríguez E:* Las Disfunciones Miccionales en la Infancia. Rev Ch Pediatr 2004; 75: 512-9.
- 4.- *Wong-You-Cheong J, Woodward P, Manning M, Sesterhenn I:* Neoplasms of the Urinary Bladder. Radiologic-Pathologic Correlation. RadioGraphics 2006; 26: 553-80.
- 5.- *Wong-You-Cheong J, Woodward P, Manning M, Davis C:* Inflammatory and Nonneoplastic Bladder Masses: Radiologic-Pathologic correlation. Radio Graphics 2006; 26: 1847-68.
- 6.- *Zacharia T, Jaramillo D, Young-Poussaint T, Korf B:* MR imaging of abdominopelvic involvement in neurofibromatosis type 1: a review of 43 patients. Pediatr Radiol 2005; 35: 317-22