

Casos Clínicos

Leiomioma Endovesical numa Doente Assintomática

Luís Costa, José C. Amaral, Vítor Oliveira, Luís Ferraz

Serviço de Urologia – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

Resumo

O Leiomioma vesical é um tumor mesenquimatoso benigno, que se desenvolve a partir do tecido do músculo liso. É um tumor raro, estando descritos cerca de 300 casos a nível mundial. Corresponde a menos de 1% dos tumores vesicais e a 47% dos tumores mesenquimatosos urinários. Pode desenvolver-se ao longo de todo o tracto urinário, sendo mais frequente no rim (especificamente na cápsula renal) e na bexiga. Pode aparecer, também, na próstata, vesículas seminais, pénis, escroto, testículos e epidídimos.

É mais frequente no sexo feminino, numa proporção de 3 para 1, e tem um pico de incidência por volta dos 45 anos de idade.

Apresentamos o caso de uma doente enviada à nossa consulta por suspeita ecográfica de tumor vesical. O estudo com cistoscopia, ecografia e TAC, mostrou uma lesão com características clínicas sugestivas de leiomioma.

Dadas as dimensões consideráveis da lesão, a maioria dos autores sugere, nestes casos, a realização duma cistectomia parcial, no entanto, optámos por efectuar, com sucesso, uma ressecção endoscópica.

Palavras Chave: Leiomioma, bexiga, RTU.

Abstract

The vesical Leyomioma is a smooth muscle benign mesenchymatous tumor. It's a rare tumor with approximately 300 cases described worldwide. It corresponds to fewer of 1% of bladder neoplasms and to approximately 47% of the urinary mesenchymatous tumors. It can appear in virtually any location in the urinary tract, being more common in the kidney (capsule), bladder, prostate, seminal vesicles, penis, scrotum, testis and epididymis.

The typical patient is a female (it has a female predominance of 3:1), around 45 years of age.

We present the clinical case of a female patient sent to our hospital with an ecografic suspicion of a vesical tumor. The mass characteristics and appearance were compatible with a leyomioma.

In this case, due to its dimensions, the majority of authors suggests a parcial cystectomy as the standard treatment, nevertheless, we chose, successfully, an endoscopic approach.

Key words: Leiomyoma, bladder, TUR

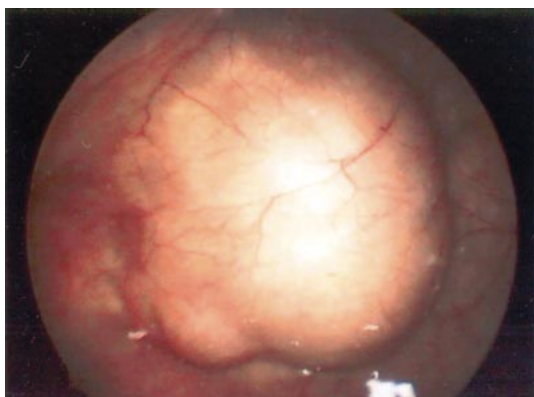


Figura 1

Caso clínico

M. C. S. M., de 48 anos de idade, sexo feminino, foi referenciada à consulta de Urologia do nosso Hospital por apresentar, numa ecografia pélvica de rotina pedida pela sua ginecologista, uma imagem suspeita de tumor vesical.

Na história clínica, a doente não referia sintomas urinários baixos, nomeadamente episódios de hematúria.

Na consulta externa realizou-se uma uretrrocistoscopia para esclarecimento da imagem ecográfica. Esta mostrou um tumor esférico de base larga e crescimento endovesical, polilobulado, de grandes dimensões, localizado na parede lateral esquerda da bexiga e recoberto com urotélio de aspecto normal (fig. 1).

Estas características, associadas à ausência de sintomas e ao bom estado da doente fizeram-nos logo pensar num tumor benigno na dependência do músculo vesical, muito provavelmente um leiomioma. Para melhor caracterização pediu-se uma TC que revelou a presença de uma massa sólida, com 4,5 cm de diâmetro na dependência da parede vesical e sem invasão das estruturas adjacentes. (Figs. 2 e 3).

Com o diagnóstico suspeito de leiomioma propôs-se uma cirurgia endoscópica que simultaneamente teria uma intenção diagnóstica e curativa.

Esta cirurgia, realizada em Julho de 2004, foi de execução fácil, rápida e pouco hemorrágica, conseguindo-se, em tempo útil, uma ressecção aparentemente completa. O pós-operatório foi normal e a doente teve alta ao quarto dia.

O exame histológico dos fragmentos enviados mostrou proliferação fusocelular sem atipias nem actividade mitótica apreciável e com imunoreactividade para a Vimentina, Desmina e Actina do músculo liso (figs. 4 e 5). Estes achados são compatíveis com o diagnóstico de Leiomioma.



Figura 2



Figura 3

A doente, ano e meio após a cirurgia, mantém-se assintomática e no último controlo ecográfico e cistoscópico, não apresentou evidência de recidiva tumoral. (Fig. 6)

Discussão

Os leiomiomas vesicais são, em termos macroscópicos, tumores geralmente esféricos ou ovóides, com dimensões habituais entre os 1 e 10cm, estando descritas dimensões até 30cm e 9Kg de peso. Têm uma superfície irregular, uma consistência elástica e não invadem a mucosa ou planos adjacentes.

Podem ter um crescimento endovesical em cerca de 67% dos casos, extravesical em 30% e intramural em 7%.

Em dois terços dos casos, estes tumores desenvolvem-se ao nível do triângulo.

Existem diversas teorias para explicar a sua gênese. As hipóteses são o desenvolvimento a partir dum processo inflamatório crónico, corresponderem a um fenómeno de metaplasia perivesical, terem uma causa endócrina ou desenvolverem-se a partir de resquícios embrionários.

Não estão descritos casos de degenerescência maligna mas a recidiva tumoral é a regra, sempre que a exérese for incompleta.

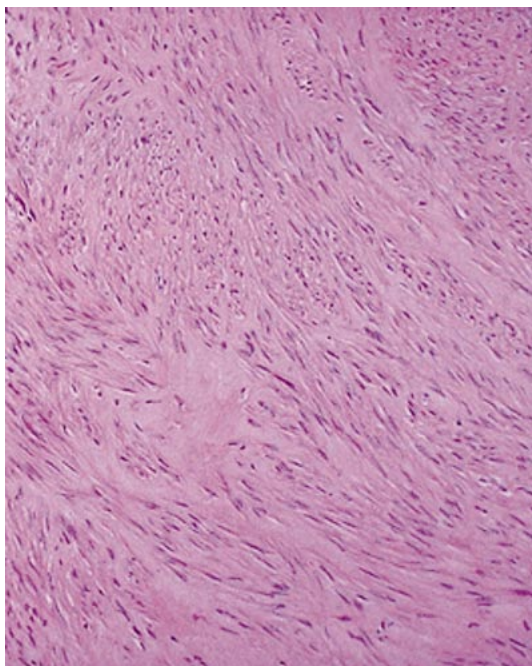


Figura 4

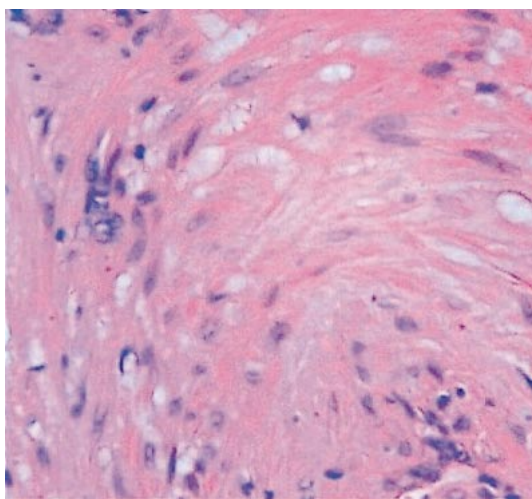


Figura 5

A clínica depende das dimensões e localização do tumor. Podem manifestar-se por sintomas urinários, quer obstructivos (em 24% dos casos), quer irritativos (em 50% dos casos). Podem, também, ser causa de hematuria, infecções urinárias recorrentes, dor pélvica ou lombar, obstrução ureteral e mais raramente retenção urinária aguda. Podem, também, ser totalmente assintomáticos (cerca 26,7% dos casos) constituindo um achado em exames efectuados por outros motivos.

O diagnóstico pré-operatório é considerado difícil e baseia-se no aspecto cistoscópico e nos exames de imagem. Nenhum deles permite, no entanto, a distinção com certeza, entre um leiomioma e um leiomiossarco-



Figura 6

ma, entidade esta de evolução e prognóstico mais sombrio.

A uretrocistoscopia mostra, nos tumores de crescimento endovesical, uma massa nodular, regular, ovóide, de limites bem definidos, recoberta por mucosa de aspecto normal. Pode igualmente ser pediculado ou sésil. O facto da mucosa estar perfeitamente íntegra é um pilar diagnóstico.

A ecografia é também um exame de primeira linha, fornecendo muita informação. Mostra, habitualmente, uma massa pouco ecogénica, homogénea, bem delimitada, mais ou menos esférica. A mucosa vesical apresenta-se como um halo hiperecogénico que recobre a massa. Nos tumores posteriores da mulher, a ecografia transvaginal dá-nos a melhor definição. Pode ocorrer compressão ureteral com consequente ureterohidronefrose.

A Urografia Endovenosa, pode mostrar no cistograma um defeito de subtracção homogéneo, de bordos regulares. Nos casos de compressão ureteral observa-se atraso da excreção e nas películas mais tardias uma ureterohidronefrose homolateral.

A Tomografia Computorizada mostra uma massa de densidade tecidual homogénea, pouco captante de contraste, sem sinais de invasão dos planos e estruturas adjacentes e sem adenopatias.

A Ressonância Magnética Nuclear é mais informativa, com a presença duma massa homogénea, de contornos regulares, hipointensa ou de densidade intermédia em T1 e hipointensa em T2, que se intensifica com a injeção de Gadolínio. Pode ter zonas heterogéneas que traduzem zonas de fibrohialinose.

A citologia urinária é negativa para células malignas.

Outro exame diagnóstico possível é a PAAF ou biópsia por ressecção transuretral. A PAAF consiste numa punção e aspiração com agulha de tipo "Tru-cut", dirigida por TC ou ecografia. Já as biópsias a frio são

inadequadas, dada a escassa representatividade de tecido muscular na amostra e ausência de invasão da mucosa por parte destes tumores.

O diagnóstico diferencial faz-se com outros tumores e afecções dos órgãos pélvicos, nomeadamente, outros tumores vesicais, uterinos, ováricos ou adenopatias.

A terapêutica mais vezes realizada é a cirúrgica, mesmo nas formas assintomáticas, dado o potencial de crescimento destes tumores e o facto da certeza diagnóstica só ser possível mediante avaliação histológica. Alguns autores, no entanto, propõem a vigilância nas formas assintomáticas, espelhando a atitude perante os leiomiomas uterinos.

A abordagem cirúrgica pode ser endoscópica, mediante ressecção transuretral, ou por cirurgia aberta. A RTU está especialmente indicada nos tumores endovesicais de pequenas dimensões. A cirurgia aberta consiste na Cistectomia parcial, exérese ou enucleação, por via laparotómica ou transvaginal. A enucleação está descrita como sendo de fácil execução e com uma eficácia sobreponível à da cistectomia parcial.

Conclusão

O leiomioma vesical, pelas suas características, geralmente permite um diagnóstico de suspeição elevado, embora necessite de confirmação histológica. Embora, em relação ao tratamento, a maioria dos autores tenha optado por uma cirurgia aberta, nós pudemos constatar que apesar das dimensões consideráveis a cirurgia endoscópica torna-se uma boa opção. A lesão é pouco

sangrativa, e o tipo de tecido permite uma grande velocidade de ressecção, o que possibilita a sua exérese em tempo útil.

O prognóstico é excelente, mas a vigilância ecográfica é considerada mandatória, pois existem sempre dois riscos; um é a recidiva local, o outro é a possibilidade de estarmos perante um leiomiossarcoma de baixo grau, cuja diferenciação histológica é ténue e por isso de diagnóstico difícil.

Bibliografia

- J. I. Jiménez Aristu, F. Lozano Urunuela** e al: "Leiomioma de vejiga. A propósito de un caso". *Actas Urol Esp.* 25 (3):223-225, 2001
- R. Gibanel Garanto, J. M. Mallare Sala** e al: "Leiomioma Vesical". *Actas Urol Esp.* 25 (9): 662-663, 2001
- M. Silva-Ramos, P. Massó** e al: "Leiomioma de vejiga. Análisis de agregación de 90 casos". *Actas Urol Esp.* 27 (8): 581-586, 2003
- Andreas Andreou, C Pfister** e al: "Léiomyome vésical. Approche diagnostique et thérapeutique". *Progrès en Urologie.* 13, 693-697, 2003
- P E Bryckaert, P F Ceccaldi** e al: "Algies pelviennes d'un léiomyome de vessie: difficultés diagnostique et radiologique". *Progrès en Urologie,* 12, 1299-1301, 2002
- Radhia Saidi, m Lefi** e al: "Le léiomyome de la vessie". *Progrès en Urologie,* 12, 493-496, 2002
- A Abengozar Garcia-Moreno, J. M. Mirat** e al: "Leiomioma vesical: revision de la literatura y presentacion de três casos clínicos". *Actas Urol Esp.* 22 (8): 702-706, 1998
- Darlene M. Gaynor-Krupnick, Karl Kreder.** Bladder Neck Leiomyoma Presenting As Voiding Dysfunction. *J.Urol.* vol. 172, 249-250, Julho 2004.