



REPORTE DE CASO

Linfoma B difuso de células grandes de la vejiga secundario



Andrea Vásquez Franco, Andrés Franco, David Correa Galeano,
Edwin Hernández* y Andrés Aristizabal

Departamento de Urología, IPS Universitaria León XIII, Medellín (Antioquia), Colombia

Recibido el 29 de diciembre de 2014; aceptado el 8 de septiembre de 2015

Disponible en Internet el 25 de noviembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Vejiga uniraria;
Enfermedades de la
vejiga urinaria;
Neoplasias de la
vejiga urinaria;
Linfoma no Hodgkin

Resumen

Introducción y objetivos: El cáncer de vejiga es la segunda malignidad urológica más común en EE. UU. y Europa. Tiene en el 90% de los casos origen urotelial. El compromiso por linfoma vesical es excepcional en el 0,5% de todos los tumores de vejiga. Afecta a las mujeres 6,5 veces más que a los hombres, con una edad media de 64 años y varía de 20 a 85 años. La etiología del linfoma vesical no está bien establecida. Se presenta un caso de linfoma no Hodgkin B difuso de células grandes, infradiaphragmático con compromiso extralinfático de vejiga.

Materiales y método: Estudio observacional descriptivo. Reporte de caso y revisión de la literatura.

Resultados: Paciente de 84 años sin antecedentes de importancia, con cuadro clínico de varios meses de evolución de sensación de masa en hipogastrio y síntomas urinarios bajos, sin síntomas sistémicos ni hematuria, asociado a bicitopenia y evidencia imaginológica de tumor vesical de 77 × 52 mm con contorno irregular y compromiso ganglionar retroperitoneal. Se realiza diagnóstico definitivo posterior a resección trasuretral, mediante perfil de inmunohistoquímico de linfoma vesical no Hodgkin B difuso de células grandes, de alto riesgo pronóstico, y se ofrece manejo sistémico con quimioterapia.

Conclusiones: El linfoma vesical representa un reto para el urólogo, ya que, a pesar de su baja incidencia, debe ser considerado en aquellos con presentación clínica inusual con hallazgos tomográficos y de cistoscopia de formaciones nodulares, generalmente solitarias en el 70% de los pacientes, o engrosamiento vesical difuso. Esta enfermedad se beneficia de la terapia sistémica con quimioterapia y el esquema más utilizado es el de ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, prednisona y rituximab (CHORP). La cirugía se reserva para el diagnóstico mediante resección trasuretral clasificatoria.

© 2015 Sociedad Colombiana de Urología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: betoh@une.net.co (E. Hernández).

KEYWORDS

Urinary bladder;
Urinary bladder
diseases;
Urinary bladder
neoplasms;
Non-Hodgkin
lymphoma

Secondary bladder non-Hodgkin lymphoma B**Abstract**

Introduction and objectives: Bladder cancer is the second most common urological malignancy in the U.S. and Europe, and 90% have a urothelial origin. Bladder non-Hodgkin lymphoma B has an exceptional presentation in 0.5% of all bladder tumours. It affects women 6.5 times more than men, with a mean age 64 years, ranging from 20 to 85 years. The aetiology is not well established. A case is presented of non-Hodgkin diffuse large cells with extra-lymphatic infradiaphragmatic compromise of the bladder, with high risk prognosis in a woman.

Materials and methods: A descriptive, observational study, with a case report and review of the literature.

Results: Patient of 84 years with no previous history was seen due to clinical picture of several months onset of the sensation of a hypogastric mass, and lower urinary tract symptoms with no systemic symptoms or haematuria. She had bicytopenia and imaging evidence of a bladder tumour of 77 × 52 mm with irregular contour and nodal involvement of retroperitoneum. Definitive diagnosis was made, after transurethral resection and immunohistochemical profile, of bladder non-Hodgkin lymphoma B. Chemotherapy was requested with a cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, prednisone and rituximab (CHORP) scheme.

Conclusion: Bladder lymphoma represents a challenge for the urologist, because, despite its low incidence, it should be considered in those with unusual clinical presentation with tomography and cystoscopy findings of solitary nodular formations in 70% of patients or diffuse thickening bladder. This condition benefits from systemic treatment with chemotherapy, the most used being the CHORP scheme. Surgery is reserved for diagnosis by transurethral classificatory resection.

© 2015 Sociedad Colombiana de Urología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El cáncer de vejiga es la segunda malignidad urológica más común en EE. UU. y Europa, y el 90% es de origen urotelial¹. Los tumores de vejiga no uroteliales representan menos del 10%, entre ellos están otros tumores de origen epitelial diferente al urotelial tales como: escamocelular, adenocarcinoma, carcinoma neuroendocrino de células pequeñas, carcinosarcoma, sarcoma y linfoma. El compromiso de la vejiga por linfoma es poco común: representa el 0,2% de todos los tumores vesicales². Fue descrito por primera vez por Eve y Chaffey en 1885, con un reporte de 200 casos en la literatura³. Estos tumores representan un reto para el urólogo en la práctica clínica, ya que, a pesar de su baja incidencia, deben ser considerados en aquellos pacientes con presentación clínica inusual⁴.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 84 años sin antecedentes de importancia, con cuadro de varios meses de evolución de síntomas urinarios bajos asociado a astenia, adinamia y dolor abdominal difuso. Niega hematuria y pérdida de peso. Llega al servicio de Urología con ecografía abdominal que reporta: vejiga con defecto de llenado que ocupa todo el piso y parte de sus paredes laterales, con medidas de 77 × 52 mm, con contorno ligeramente irregular que condiciona una hidroureteronefrosis izquierda. Se complementan estudios con cistoscopia que reportan: tumor sólido nodular único que compromete todo el piso de la vejiga y meatos ureterales.

Laboratorio: hemoleucograma: leucocitos 4.620; polimorfonucleares 62,2%; linfocitos 21,9%; hemoglobina 8,8; hematocrito 26,4; plaquetas 150.000; tiempos de coagulación normales; creatinina 1,6 (ERC estadio IIIB depuración calculada de 33 ml/min); uroanálisis con piuria y urocultivo negativo.

Estudios imaginológicos:

- Tomografía de tórax: sin evidencia de lesiones pulmonares.
- Tomografía de abdomen contrastada: con dilatación leve del sistema pielocalicial con diámetro AP de la pelvis renal derecha 15 mm y de la pelvis renal izquierda 13 mm, sin alteración en diferenciación corticomedular, con paso filiforme del medio de contraste a nivel de la unión ureterovesical bilateral por efecto mecánico de masa vesical dependiente de la pared posterior (fig. 1 a y b), con densidad de tejidos blandos que realza luego de la aplicación del medio de contraste de contornos lobulados, mide 8 × 7 × 11 cm.

Adenopatías retroperitoneales interaortocavas y paraaórticas que alcanzan 3,3 cm de diámetro. Estas adenopatías se extienden hacia la bifurcación aortoiliaca donde se observa conglomerado ganglionar que alcanza 6 × 4 × 3,5 cm.

Con los datos descritos de tumor vesical asociado a uropatía obstructiva se realiza resección trasuretral de lesión vesical extensa que compromete trigono y se extiende a cuello vesical, sólido, blanquecino, no ulcerado y de aspecto invasivo no urotelial. Se logra resección completa de porción

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4274830>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4274830>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)