

CASOS CLINICOS

Reacción pseudosarcomatosa en la vejiga urinaria

J. Geli i Burgués* / F. J. Pardo-Mindán**

RESUMEN

Se describen nueve casos de reacción pseudosarcomatosa de los fibroblastos en la lámina propia de la vejiga urinaria. La edad media de los pacientes fue de 58 años, predominando ligeramente en hombres. La lesión acompañó a otros procesos, generalmente tumores de urotelio o infecciones crónicas. Microscópicamente se caracteriza por la proliferación de fibroblastos que a veces tienen núcleos muy irregulares.

Concluimos la importancia de conocer esta reacción pseudosarcomatosa de la vejiga urinaria, ya que, siendo benigna, puede confundirse con un sarcoma e incluso con un carcinoma poco diferenciado.

Introducción

Las células mesenquimales de la lámina propia de la vejiga urinaria son muy lábiles, proliferando e hipertrofiándose ante cualquier estímulo crónico, produciendo lesiones morfológicamente semejantes a fibromatosis o sarcomas¹.

El motivo de este trabajo es la presentación de nueve casos de proliferación de células mesenquimales en la lámina propia de la vejiga urinaria, que acompañan a procesos neoplásicos

vesicales o simplemente aparecen por lesiones irritativas crónicas como pueden ser la presencia de sondas, la administración de radioterapia o en procesos inflamatorios crónicos inespecíficos.

Material y métodos

Este trabajo se ha realizado a partir de la revisión de 396 biopsias de la pared vesical, obtenidas por resección transuretral, o por cistectomía.

De estas piezas, nueve presentaban lesiones de reacción pseudosarcomatosa en la lámina propia. La historia clínica de cada uno de estos pacientes fue revisada.

* Estudiante de 6.º curso de Medicina.

** Dpto. de Anatomía Patológica. Clínica Universitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. Pamplona.

Tabla I. DATOS CLINICOS DE LOS PACIENTES

Caso	Edad (años)	Sexo	Diagnóstico clínico	Clinica	Diagnóstico Anatómo-patológico
1	64	Hombre	Carcinoma urotelio	Hematuria	Displasia grave urotelio
2	43	Mujer	Adenocarcinoma de sigma con invasión de la vejiga	Hematuria	Invasión de la vejiga por adenocarcinoma de colon
3	78	Hombre	Adenocarcinoma de colon con invasión de la vejiga	Hematuria	Invasión de la vejiga por adenocarcinoma de colon. Linfangitis carcinomatosa
4	60	Hombre	Seguimiento de carcinoma de vejiga	Hematuria	Cistitis crónica. Displasia moderada de urotelio.
5	51	Hombre	Seguimiento de carcinoma de vejiga	Hematuria	Displasia leve. Cistitis crónica
6	50	Mujer	Fístula vesico-vaginal	Hematuria	Displasia leve. Cistitis crónica
7	55	Hombre	Tumor vejiga	Hematuria	Carcinoma de vejiga
8	60	Mujer	Displasia grave de urotelio	Hematuria	Cistitis crónica
9	65	Hombre	Seguimiento carcinoma de vejiga	Hematuria	Cistitis crónica

El material se fijó en formol y se incluyó en parafina. Se efectuaron cortes de 5 micras y se tiñeron con H-E, PAS y tricómico de Masson.

Resultados

Datos clínicos

Los datos clínicos de los pacientes se recogen en la tabla I.

La edad media de aparición fue 58 años (43-78 años). Hay un ligero predominio en hombres que probablemente sea el reflejo de la mayor frecuencia en el hombre de enfermedades crónicas de la vejiga. La hematuria es el signo clínico en todos los casos. Sin embargo, esta hematuria puede ser debida a cualquiera de los múltiples procesos crónicos que acompañan siempre a esta lesión: carcinoma primario (1 caso) o secundario (2 casos) de la vejiga, irritación crónica por sondas (1 caso), radioterapia (2 casos), quimioterapia (1 caso), o procesos inflamatorios crónicos inespecíficos (2 casos).

Anatomía Patológica

La lesión es pequeña y mal definida macroscópicamente. Aparece como una zona sonrosada o blanquecina. Puede estar erosionada o ulcerada con áreas hemorrágicas.

Histológicamente, en la lámina propia aparece una hiperplasia e hipertrofia de fibroblastos de forma estrellada o fusiforme (Fig. 1). La disposición de los fibroblastos es irregular. Son células con uno o varios núcleos hiper cromáticos, irregulares y grandes, a veces con nucleolos prominentes (Fig. 2). Puede verse alguna mitosis típica. Un infiltrado inflamatorio difuso de leucocitos polimorfonucleares, neutrófilos, eosinófilos; linfocitos y macrófagos pueden aparecer junto a la lesión. En cuatro casos existía un moderado edema en la lámina propia. Los vasos son prominentes y están congestivos (Fig. 3). En algunos casos hay zonas necróticas superficiales con erosiones de la mucosa.

Discusión

Los nueve casos descritos constituyen una alteración de las células mesenquimales, probablemente fibroblastos, de la vejiga urinaria, que proliferan y aumentan de tamaño ¹.

Revisando nuestros archivos, ciframos la frecuencia en un 2 % de todas las biopsias de vejiga. Cabe la posibilidad de que la incidencia real sea mayor

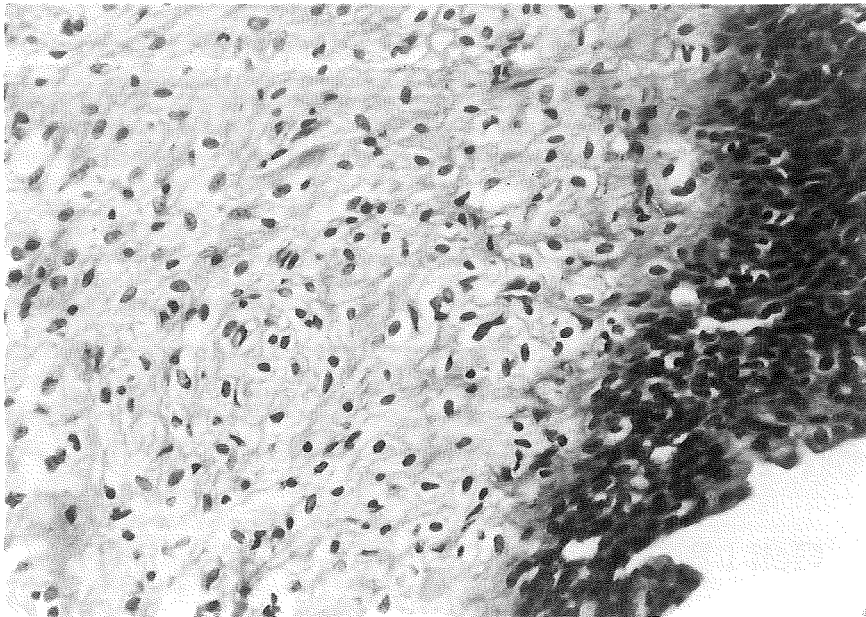


Fig. 1.—Proliferación de fibroblastos por debajo del urotelio (H.E. x 300).

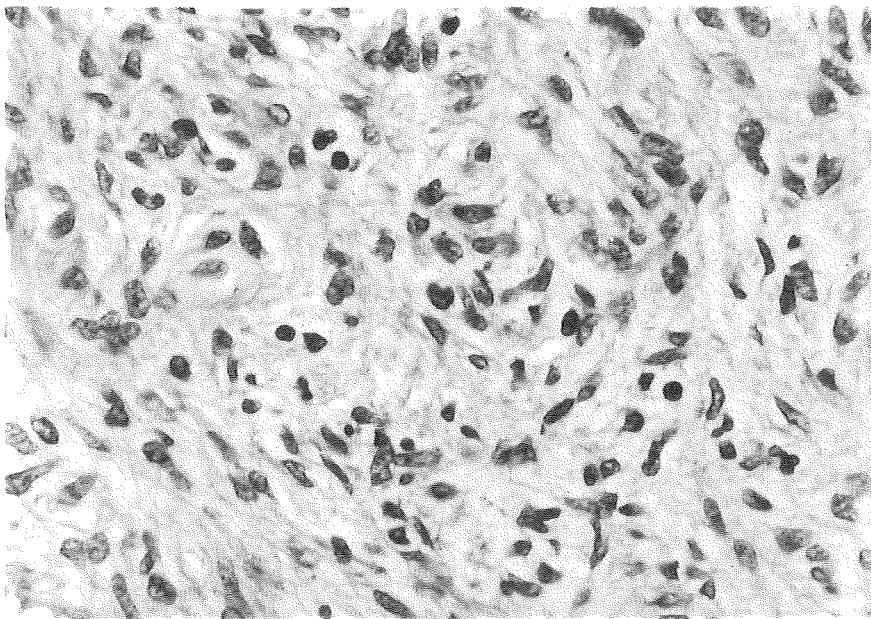


Fig. 2.—Fibroblastos de núcleo irregular. Nótese el carácter "histiocitoide" de las células (H. E. x 300).

ya que, en general, no se altera el epitelio superficial y no daría ninguna sintomatología. Sin embargo, el hecho de que siempre aparezca junto a otras lesiones de la pared de la vejiga, sugiere que se trata de una proliferación secundaria de los fibroblastos por una irritación crónica de cualquier tipo.

La hematuria es el dato clínico más común aunque probablemente se debe a la enfermedad subyacente.

La importancia de las alteraciones descritas radica en que suelen ser confundidas con otros procesos malignos

de la vejiga como son el histiocitoma fibroso maligno ², fibrosarcoma ³, sarcoma de Kaposi ⁴, leiomiomasarcoma ⁵ o con cualquier tumor primario o secundario de origen mesenquimal ⁶. Incluso en algunos casos se puede plantear el diagnóstico diferencial con carcinomas poco diferenciados de urotelio ⁷, más aún teniendo en cuenta que muchos de estos pacientes tienen historia pasada o reciente de carcinoma.

Por lo que hemos descrito, creemos que deben considerarse esas alteraciones como un nuevo tipo de lesiones de

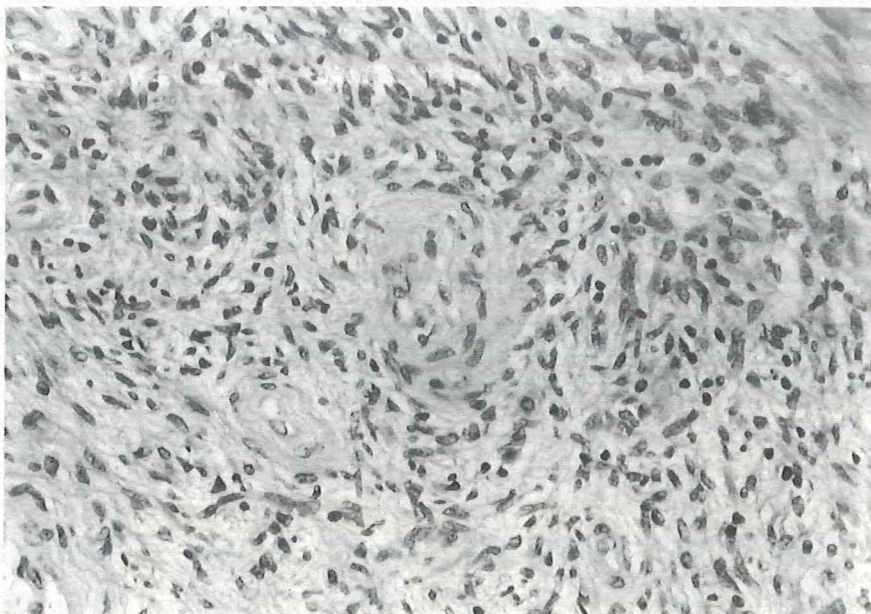


Fig. 3.—Engrosamiento de la pared de los vasos en medio de una zona de proliferación celular (H.E. x 300).

la vejiga urinaria totalmente benignas que aparecen en relación con procesos crónicos y que pueden ser considerados como variante de tejido de granulación.

Bibliografía

1. Proppe KH, Scully RE y Rosai J. *Postoperative spindle cell nodules of genitourinary tract resembling sarcomas*. Am J Surg Pathol 8: 101-108, 1984.
2. Henriksen OP, Mogensen P y Engelholm AJ. *Inflammatory fibrous histiocytoma of the urinary bladder*. Acta path microbiol immunol scand Sect. A, 90: 333-337, 1982.
3. Russell WO, Cohen J y Enzinger FM. *A clinical and pathological staging system for soft tissue sarcomas*. Cancer 40: 1.562-1.570, 1977.
4. O'Brien PH y Brasfield RD. *Kaposi's Sarcoma*. Cancer 19: 1.497-1.510, 1966.
5. Enzinger FM. *Histological typing of soft tissue tumors*. World Health Organization Geneva, 1969.
6. Leopold GK. *Tumors of the urinary bladder*. Armed forces Institute of Pathology, 1975.
7. Gilbert HF, Gopal CP, George KN y Enrique AS. *The pathology of human bladder cancer*. Cancer 45: 1.823-1.831, 1980.

PSEUDOSARCOMATOUS REACTION IN THE URINARY BLADDER

Summary

We present nine cases of a pseudosarcomatous reaction in the lamina propria of the urinary bladder. The average age of the patients was 58 years. The lesion was diagnosed in bladders biopsied by other diseases, mainly carcinoma and chronic inflammations. Microscopically, it is characterized by proliferation of bizarre fibroblasts which show multiple nuclei. We conclude that this pseudosarcomatous reaction in the urinary bladder must be known to be differentiated from sarcomas and undifferentiated carcinomas of the urinary bladder.

COLECCION CIENCIAS MEDICAS - LIBROS DE MEDICINA

PROTOCOLOS TERAPEUTICOS DEL CANCER

Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología
de la Clínica Universitaria de Navarra
1984. ISBN 84-313-0864-8. 324 págs. 5.530 ptas.

PROTOCOLOS TERAPEUTICOS DEL CANCER - II. Toxicidad, síntomas, síndromes y complicaciones

Comisión de Oncología de la Clínica Universitaria de Navarra
1983. ISBN 84-313-0783-8. 494 págs. 3.500 ptas.

PROTOCOLOS TERAPEUTICOS DEL CANCER - I. Diagnóstico y tratamiento (2.ª edición)

Comisión de Oncología de la Clínica Universitaria de Navarra
1983. ISBN 84-313-0724-2. 360 págs. 3.500 ptas.

Novedad

(PRECIOS SIN INCLUIR EL 6% DE I.V.A.)



EUNSA

EDICIONES UNIVERSIDAD DE NAVARRA, S. A. - Apdo. 396 - Tel. (948) 256850* - 31080 PAMPLONA (ESPAÑA)

Fortam[®] ceftazidima

COMPOSICION: Fortam es Cefotazidima (D.C.I.) como pentahidrato, en viales de 500 mg, 1 g y 2 g. **PROPIEDADES:** Antibiótico cefalosporínico bactericida, inhibe la síntesis de las proteínas de la pared celular, y es resistente a la mayoría de las β -lactamasas.

Niveles séricos mcg/ml	500 mg	1 g	2 g
Vía Intramuscular	18	37	—
Vía Intravenosa	46	87	170

Semivida sérica: 2,2 horas. Unión a proteínas séricas: 10 %. No se metaboliza en el organismo y se excreta en forma activa por filtración glomerular. **Actividad "in vitro". Gram-negativos:** Pseudomonas aeruginosa y Pseudomonas spp., Klebsiella pneumoniae y Klebsiella spp., Proteus spp. (Indol positivo y negativo), Providencia spp., Escherichia coli, Enterobacter spp., Citrobacter spp., Serratia spp., Salmonella spp., Shigella spp., Yersinia enterocolitica, Pasteurella multocida, Acinetobacter spp., Neisseria gonorrhoeae, Neisseria meningitidis, Haemophilus influenzae (incluyendo las cepas productoras de β -lactamasas) y Haemophilus parainfluenzae. **Gram-positivos:** Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis, Micrococcus spp., Streptococcus spp. (incluyendo Streptococcus pneumoniae y Streptococcus pyogenes). **Anaerobios:** Peptococcus spp., Peptostreptococcus spp., Streptococcus spp., Propionibacterium spp., Clostridium perfringens, Fusobacterium spp., Bacteroides spp. (muchas cepas de Bacteroides fragilis son resistentes). «In vitro» no es activa frente a estafilococos meticilín-resistentes, Streptococcus faecalis, Listeria monocytogenes, Campylobacter spp., Clostridium difficile. **Contenido total de sodio:** 52 mg (2,3 mEq) por gramo de Cefotazidima. **INDICACIONES:** FORTAM (Cefotazidima) está indicada en el tratamiento de infecciones bacterianas graves, simples o mixtas, producidas por cepas sensibles de los gérmenes mencionados. Antes de iniciar el tratamiento es aconsejable realizar un antibiograma. Cuando la gravedad del caso lo requiera y el cuadro clínico permita sospechar una infección por gérmenes sensibles a la Cefotazidima, puede iniciarse la terapéutica con FORTAM ya antes de conocerse el resultado del antibiograma. Casos de riesgo vital: puede estar indicada una asociación con aminoglicósidos. Presencia de anaerobios: administrar el antibiótico apropiado asociado a Cefotazidima. **POSOLÓGIA:** La dosis, vía i.v. e i.m. es la misma, debe reservarse la vía i.v. para las dosis altas. 1. **Función renal normal.**

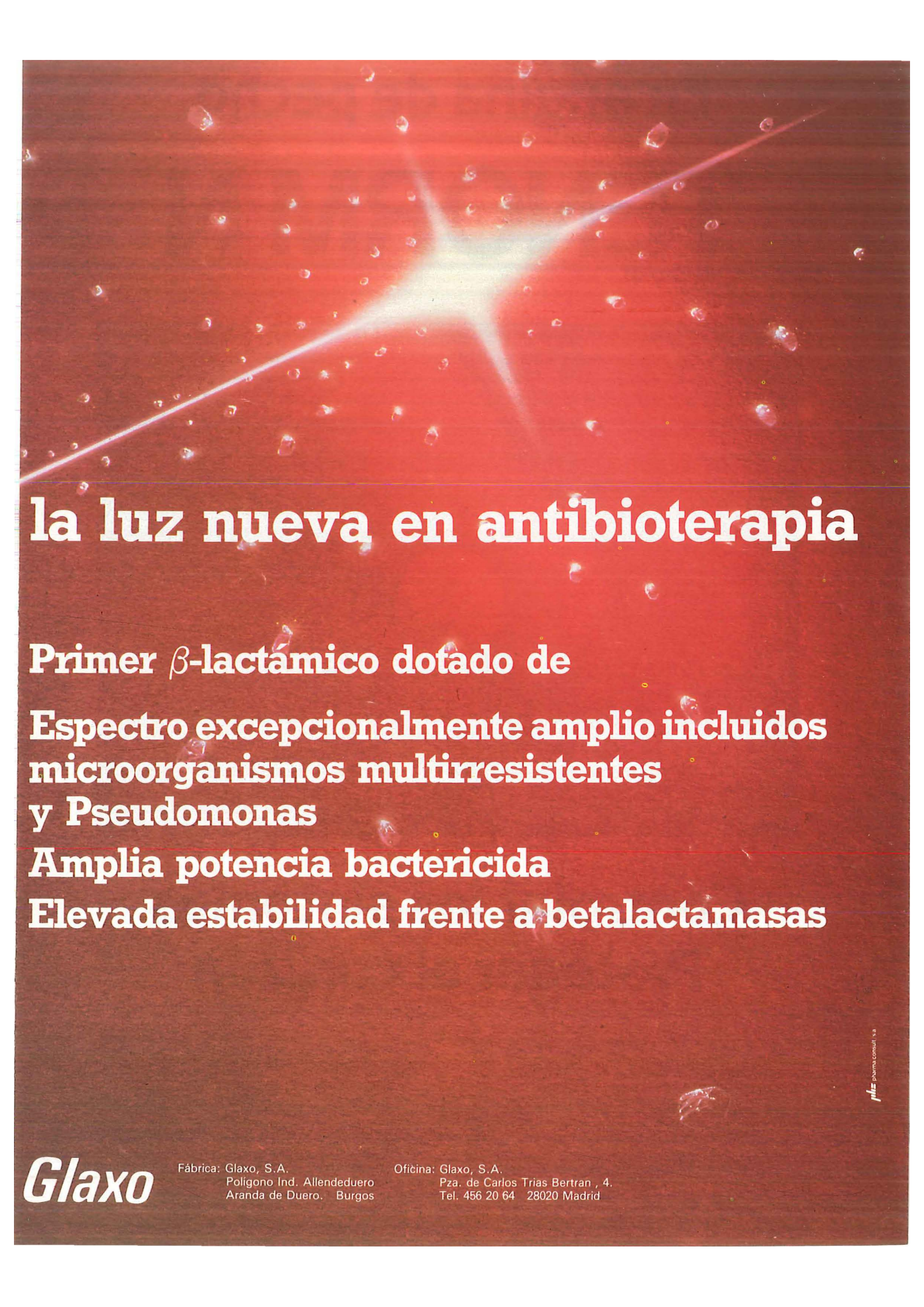
Neonatos y niños de hasta 2 meses: 25-60 mg/kg/día en 2 dosis. Niños mayores de 2 meses y menores de 1 año: 25-50 mg/kg, 2 veces día. 2. **Función renal alterada.** Después de una dosis inicial de 1 g en adultos la dosis de mantenimiento será:

Aclaramiento creatinina (ml/min.)	Creatinina sérica aprox. μ mol/l (mg/100 ml)	Dosis unitaria recomendada de Cefotazidima (g)	Frecuencia de dosis (h)
50-31	150-200 (1,7-2,3)	1,0	12
30-16	200-350 (2,3-4,0)	1,0	24
15-6	350-500 (4,0-5,6)	0,5	24
< 5	> 500 (> 5,6)	0,5	48

En pacientes con infecciones graves, especialmente en neutropénicos, e insuficiencia renal coexistente se incrementará la dosis unitaria de la tabla en un 50 % o la frecuencia de administración. Los niveles mínimos de Cefotazidima no deben exceder los 40 mcg/ml. **NORMAS PARA LA CORRECTA ADMINISTRACION:** **Vía I.M.:** Reconstituir el contenido del vial con 500 mg, 1000 mg con 1,5 ml, 3 ml de la ampolla disolvente, respectivamente. **Vía I.V.:** Disolver el contenido del vial con la ampolla disolvente del envase para la inyección I.V. directa. Para la infusión I.V. corta (por ej.: hasta 30 minutos) se disuelven 2 g en 50 ml de agua destilada. Estas soluciones pueden administrarse directamente en la vena o introducirse en los tubos de administración parenteral si el paciente recibe líquidos parenterales. **Estabilidad con los solventes más comunes:** La solución mantiene una potencia satisfactoria durante 24 horas si se almacena a temperatura inferior a 25 °C, cuando se prepara con agua para inyectables o cualquiera de los solventes más comunes con los que es estable a concentraciones entre 1 mg/ml y 40 mg/ml, excepto en la solución de bicarbonato sódico, que no se recomienda como diluyente. Los viales se suministran a presión reducida. Al disolverse el producto, se libera dióxido de carbono y se desarrolla una presión positiva. Se recomiendan las técnicas de reconstitución descritas en el prospecto. **NOTA:** Para conservar la esterilidad del producto, la aguja para extracción del gas no debe insertarse antes de que el producto se haya disuelto. Uso intramuscular: puede reconstituirse con clorhidrato de lidocaína inyectable al 0,5 ó 0,1 %, siendo estable durante 6 horas a 25 °C. **ADVERTENCIAS:** Historia de hipersensibilidad a cefalosporinas, penicilinas, o un fondo alérgico fundamentalmente de naturaleza medicamentosa. **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad a las cefalosporinas. **PRECAUCIONES:** Suspender el tratamiento en caso de hipersensibilidad. Aunque no se ha observado nefrotoxicidad con la Cefotazidima, vigilar la función renal en pacientes graves que reciban dosis altas del producto o en administración simultánea con aminoglicósidos.

Embarazo: Al no haberse demostrado su inocuidad durante el embarazo, no se recomienda su uso, sólo se utilizará en aquellos casos en que la valoración riesgo/beneficio así lo aconseje. **Lactancia:** Se excreta por la leche materna a bajas concentraciones. Se tendrá precaución cuando se administre a madres lactantes. **INTERACCIONES:** En su administración simultánea, con aminoglicósidos pueden aparecer signos de nefrotoxicidad. No debiendo ser mezclados en la misma jeringa ambos antibióticos. Interferencia en determinaciones analíticas: Puede dar lugar a una falsa prueba directa de Coombs positiva, y a falsas glucosurias por métodos reductores (Fehling, Clini-Test, etc.) pero no por técnicas enzimáticas. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** Se han descrito en escaso número las siguientes reacciones adversas: a) Locales: flebitis o tromboflebitis con la administración i.v.; dolor después de la i.m. b) Hipersensibilidad: rash cutáneo, fiebre, prurito. c) Gastrointestinales: diarrea, náuseas, vómitos, molestias abdominales y ocasionalmente colitis. d) Sanguíneas: elevaciones transitorias de urea y creatinina y más escasamente transitorias leucopenia, neutropenia y trombocitopenia. e) Hepáticas: elevación de las enzimas hepáticas SGOT, SGPT y fosfatasa alcalina. En tratamientos prolongados sobreinfección con microorganismos no sensibles. **INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO:** Reacción tóxica por hiperdosificación (especialmente en pacientes con insuficiencia renal grave): eliminar el antibiótico por diálisis peritoneal o hemodialisis. Reacción de hipersensibilidad: suspensión de la administración, aplicándose el tratamiento específico adecuado a la naturaleza e intensidad de la misma (antihistamínicos, corticosteroides, adrenalina, etc.). **PRESENTACIONES Y P.V.P.:** FORTAM 500 mg: acompaña al vial una ampolla de 5 ml de agua bidestilada apirógena. Envase con 1 vial: 1.380 ptas.; envase con 50 viales: 44.737 ptas. FORTAM 1 g: acompaña al vial una ampolla de 10 ml de agua bidestilada apirógena. Envase con 1 vial: 2.477 ptas.; envase con 50 viales: 80.309 ptas. FORTAM 2 g: acompaña al vial un dispositivo que permite mantenerlo en posición invertida cuando se emplee en venoclisis. Envase con 1 vial: 4.619 ptas.; envase con 50 viales: 149.766 ptas. Para cualquier consulta dirigirse al Dpto. Científico de Glaxo, S.A. Plaza de CARLOS TRIAS BERTRAN, 4. Tel. 456 20 64 - 28020 MADRID.

	Adultos	Niños mayores de 1 año
Mayoría de las infecciones	1 g cada 8 h ó 2 g cada 12 horas	30-100 mg/kg/día en 2-3 dosis
Infección tracto urinario	500 mg-1 g cada 12 h	
Infecciones muy graves	2-3 g cada 8 h. Máximo 9 g/día	150 mg/kg/día en 3 dosis. Máximo 6 g/día



la luz nueva en antibioterapia

Primer β -lactámico dotado de

**Espectro excepcionalmente amplio incluidos
microorganismos multirresistentes
y Pseudomonas**

Amplia potencia bactericida

Elevada estabilidad frente a betalactamasas

Glaxo

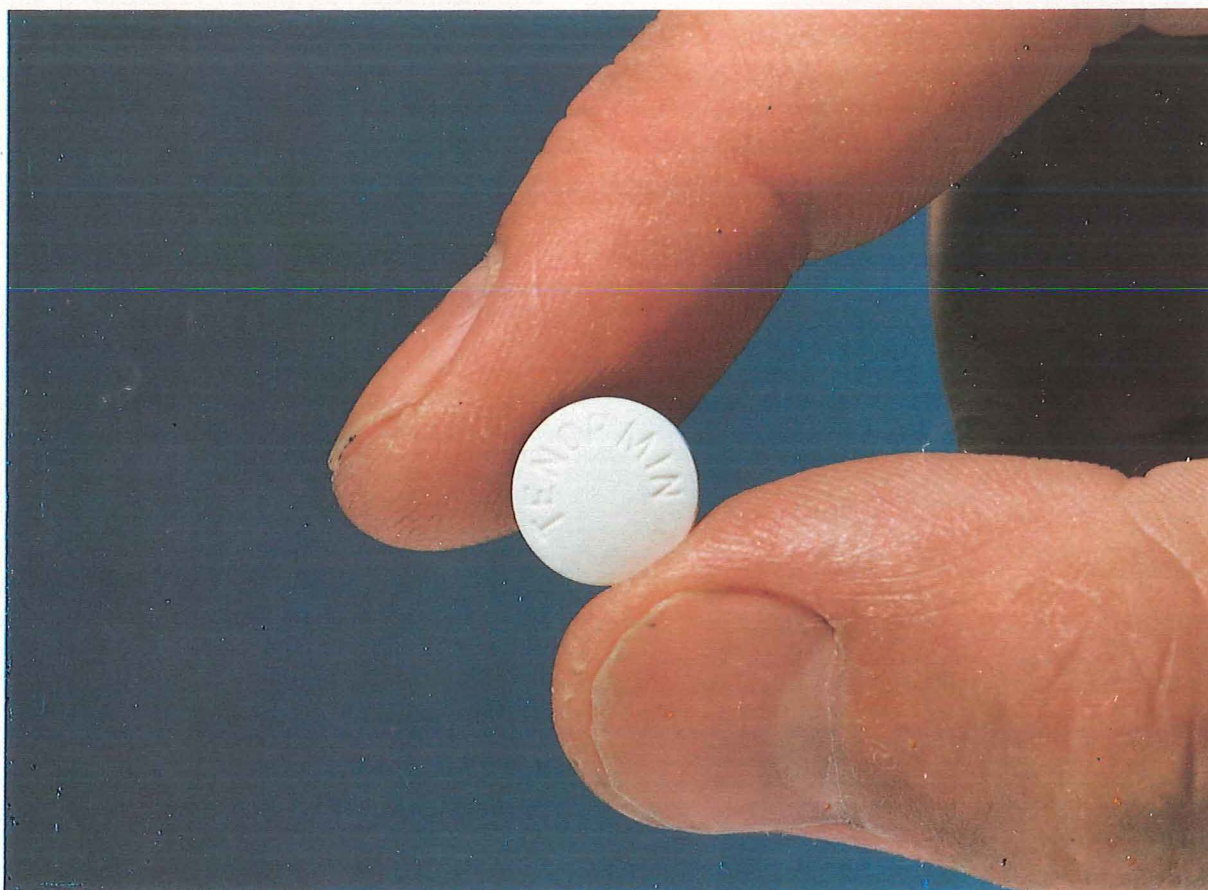
Fábrica: Glaxo, S.A.
Polígono Ind. Allenduedero
Aranda de Duero. Burgos

Oficina: Glaxo, S.A.
Pza. de Carlos Trias Bertran, 4.
Tel. 456 20 64 28020 Madrid

En angina de pecho

TENORMIN

Atenolol



Controlar los síntomas

Proteger el corazón

COMPOSICION (Por comprimido): Atenolol, 100 mg. **INDICACIONES:** Tratamiento de la hipertensión arterial, incluyendo la de origen renal, y de la angina de pecho. **POSOLOGIA:** La mayoría de los pacientes responden a 100 mg diarios, administrados en una sola toma. **CONTRAINDICACIONES:** Bloqueo cardíaco de 2.º ó 3.º grado. **PRECAUCIONES:** No debe emplearse en enfermos con insuficiencia cardíaca no tratada, pero puede utilizarse cuando ésta haya sido controlada. La disminución de la frecuencia cardíaca a menos de 45 latidos/minuto es indicación para disminuir la dosis o suspender el tratamiento. Puede emplearse con precaución en pacientes con broncopatías obstructivas crónicas. Sin embargo, en pacientes asmáticos puede producirse aumento de la resistencia de las vías aéreas que se elimina con broncodilatadores (salbutamol, etc.). La dosificación debe ajustarse cuidadosamente en casos de insuficiencia renal severa. Cuando el enfermo haya de ser sometido a anestesia general, debe informarse al anestesiólogo del tratamiento previo con TENORMIN. No debe utilizarse en gestantes a menos que sea ineludible.

EFFECTOS SECUNDARIOS: Frialidad de extremidades, fatiga muscular y, en casos aislados, bradicardia. Raramente trastornos del sueño. **INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO:** La sobredosificación, denunciada por una bradicardia exagerada, será combatida con atropina, 1-2 mg intravenosamente, seguida si es necesario de un estimulante de los receptores beta como la isoprenalina (25 microgramos inicialmente) u orciprenalina (0,5 mg) intravenosamente. Cuando se estime necesario aumentar la dosis del agonista beta (isoprenalina u orciprenalina), se cuidará de que no descienda demasiado la presión sanguínea. La suspensión del tratamiento betabloqueador ha de realizarse gradualmente. **PRESENTACION Y P.V.P.:** Comprimidos: Envases de 30 y 60, conteniendo 100 mg de Atenolol por comprimido. P.V.P. 1.982 y 3.797 Pts. Aportación del enfermo en la A. S. S. S.: 50 Pts.



ICI-FARMA, S.A.
Apartado 17.
Porriño (Pontevedra)