



**CISTITIS GLANDULARIS. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN
ACADÉMICA**

**Odionnys Ramos-Luces¹, Pedro Escudero², Yalisca Perdomo¹, Geraldine
Mendoza¹, José Haddad¹, Miriangel Fermin¹.**

1. Postgrado en subespecialidad de urología general, Servicio de cirugía urología general y endourológica. Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño, centro asistencial adscrito al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), Caracas, Venezuela.

2. Servicio de cirugía urología general y endourológica. Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño, centro asistencial adscrito al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), Caracas, Venezuela.

CORRESPONDENCIA: Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño, centro asistencial adscrito al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), Caracas, Venezuela, Urbanización Vista Alegre, Municipio Libertador, Caracas, Distrito Capital. Venezuela. Teléfono: (0058) -4166806230.

EMAIL: odywan66@yahoo.es

RESUMEN

La Cistitis glandular (CG), o metaplasia glandular de la vejiga, es una metaplasia reactiva benigna del urotelio, no cistitis real. Es una patología que ha llamado la atención de muchos autores desde que esta fue descrita por primera vez en 1809 por Stocrek(1), con una incidencia menor del 1%. Es descripta como una lesión proliferativa del epitelio vesical que ocurre en un contexto de irritación crónica Exhibir



un caso clínico de agenesia de cistitis glandular diagnosticado de forma intraoperatoria, además de abordar su manejo y una revisión bibliográfica. Paciente femenina de 27 años de edad, quien inicia de enfermedad actual 3 meses previos a su evaluación, caracterizado por dolor en hipogastrio de moderada intensidad asociado a las menstruación, disuria, hematuria intermitente y tenesmo vesical. Paciente sin antecedentes médicos ni epidemiológicos de importancia. Se realiza ecosonograma pélvico donde se evidencia lesión ocupante de espacio intravesical. Uretrocistoscopia: lesión elevada, papilar única, eritematosa, de contornos irregulares, supratrigonal, aproximadamente a 2 cm de barra intermeatal. Tratamiento: la resección transuretral de vejiga (RTUV) con energía Bipolar. Biopsia: Invaginaciones de epitelio transicional con formaciones glandulares, capa muscular propia engrosada, infiltrado inflamatorio linfocitario en lamina propia, sin atipias, compatible con CG. Posteriormente por persistencia de síntomas pélvicos se realiza estudios donde se evidencia endometriosis ovárica que amerita resolución quirúrgica de ooforectomía bilateral. La Cistitis Glandularis es una patología que no se debe descartar ante la presencia de una lesión ocupante de espacio intravesical. El diagnóstico es mediante estudio anatómo-patológico, el tratamiento estándar es la resección transuretral de vejiga (RTUV), que ha reportado buenos resultados clínicos. La importancia de esta lesión infrecuente es baja literatura nivel mundial y es su potencial premaligno para adenocarcinoma de vejiga, y su poca relación actual con la endometriosis, de allí el seguimiento del paciente debe ser estricto

PALABRA CLAVE: Cistitis Glandular, Adenocarcinoma, Vejiga Urinaria, resección transuretral de vejiga



CYSTITIS GLANDULARIS. CASE REPORT AND ACADEMIC REVIEW

ABSTRACT

Glandular cystitis (CG), or glandular metaplasia of the bladder, is a benign reactive metaplasia of the urothelium, not real cystitis. It is a pathology that has attracted the attention of many authors since it was first described in 1809 by Stocrek (1), with an incidence of less than 1%. It is described as a proliferative lesion of the bladder epithelium that occurs in a context of chronic irritation. Exposure in a clinical case of agenesis of glandular cystitis diagnosed intraoperatively, in addition to addressing its management and a literature review. A 27-year-old female patient who started a current illness 3 months before her evaluation, pain performance in moderate intensity hypogastrium associated with menstruation, dysuria, intermittent hematuria and bladder tenesmus. Patient without significant medical or epidemiological background. A pelvic echo-sonogram is performed, showing a lesion in the intravesical space. Urethrocystoscopy: elevated lesion, single papillary, erythematous, with irregular contours, supratrigonal, approximately 2 cm from the intermeatal rod. Treatment: transurethral bladder resection (TURB) with bipolar energy. Biopsy: Invaginations of transitional epithelium with glandular formations, thickened muscle layer, inflammatory lymphocytic infiltrate in lamina propria, without atypia, compatible with glandular cystitis. Subsequently, due to the persistence of pelvic symptoms, studies were performed showing ovarian endometriosis that required surgical resolution of bilateral oophorectomy. GC is a pathology that should not be ruled out in the presence of a lesion in the intravesical space. The diagnosis is through anatomo-pathological study, the standard treatment is transurethral bladder resection (TURB), which has been reported good clinical results. The importance of this lesion is less worldwide and is its



pre-malignant potential for bladder adenocarcinoma, and its current little relationship with endometriosis, patient monitoring must be strict.

KEYWORD: Glandular cystitis, Adenocarcinoma, Urinary Bladder, Transurethral Bladder Resection

INTRODUCCIÓN

La Cistitis glandular (CG), o metaplasia glandular de la vejiga, es una metaplasia reactiva benigna del urotelio, es una lesión rara; puede ser confundida con un tumor cuando es extensa y difusa, no es una cistitis real. Es una patología que ha llamado la atención de muchos autores desde que esta fue descrita por primera vez en 1809 por Stocrek (1), con una incidencia menor del 1%. Es descripta como una lesión proliferativa del epitelio vesical que ocurre en un contexto de irritación crónica.

Se describen dos (02) tipos de glándulas, las primeras “Tipo típico: similar a la cistitis quística pero con

células cuboidales o lumbares luminiscentes rodeadas por células uroteliales tipo intestinal”, caracterizado por el típico epitelio glandular, columnar, con abundante mucina intracitoplasmática, frecuentemente con células goblet, células de panneth, argentafines y argirófila el segundo tipo son las “subtrigonales o Tipo intestinal: idéntico a la cistitis glandular típica, pero con presencia de células caliciformes este tipo de células usualmente se localiza en el trigono y cuello vesical⁴⁻⁵. En ambos casos la lámina vesical propia se caracteriza por nidos uroteliales con lesiones quísticas o glandulares diferenciadas con urotelio vesical hiperproliferativo. Ésta



patología aparece cuando se fusiona con los nidos de Von Brunn, que son grupos de células uroteliales (células del tracto urinario) dentro de la lámina propia y la submucosa, formadas por brotes de la superficie de la mucosa.

La CG es una enfermedad a la cual se le plantean dos teorías con el objetivo de explicar su origen etiológico:

1. Respuesta metaplástica de las células transicionales del epitelio a una irritación crónica (cálculos, infección, tumor, u obstrucción a la salida de la orina). El urotelio responde con una proliferación en excesivo crecimiento y formación de yemas (botones) epiteliales. Estas yemas se pueden dirigir hacia abajo, adentro del tejido conectivo subespinal (6).

2. Origen embriogénico, debido a que las células intestinales endodérmicas anidadas permanecen en la vejiga después de la separación del resto del tracto urogenital. Sin embargo, varios

reportes han mostrado evidencias de la debilidad de esta teoría (7).

Cuando se visualiza, por cistoscopia aparece como lesiones nodulares elevadas de color rojo, con predilección por el trígono. En raras ocasiones, la metaplasia intestinal extensa puede tener una extravasación de mucina abundante que puede formar una lesión de masa pseudotumoral. En pacientes con inflamación prolongada (catéteres permanentes, cálculos, etc.), la cistitis glandular del tipo intestinal puede volverse difusa, momento en el cual se sugiere un posible riesgo de adenocarcinoma de vejiga, aunque esta asociación es actualmente controvertida. Su evolución y su clínica son muy variadas, siendo en muchos casos, desesperantes los intentos por lograr detener su extensión. La necesidad de un manejo temprano agresivo es controvertida, En la mayoría de los casos, solo se realiza una RTU para el diagnóstico y el

tratamiento de la cistitis glandular. Sin embargo, ha habido algunos casos en los que se realizó una cistectomía total debido a la recurrencia o continuidad del tumor y los síntomas a pesar de la RTUV frecuente del tumor, posteriormente, el monitoreo cistoscópico hasta que se producen distintos cambios adenocarcinomatosos (8).

Se presentan el caso de un paciente operado en el servicio de urología del Hospital del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) Dr. Miguel Pérez Carreño, Caracas, Venezuela, en quien se diagnosticó cistitis glandular, y se hizo la revisión bibliográfica sobre el tema.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 27 años de edad, quien refiere inicio de enfermedad actual aproximadamente en marzo 2018 meses previos a su evaluación, caracterizado por dolor abdominal en

hipogastrio de leve a moderada intensidad exacerbado con la menstruación, disuria y hematuria microscópica intermitente acompañado de tenesmo vesical. Acude a nuestro servicio de urología con estabilidad hemodinámica y pero ligera palidez cutánea mucosa. Paciente sin antecedentes médicos personales, antecedentes familiares de primer grado de hermana con endometriosis uterina con resolución quirúrgica, no hay antecedentes epidemiológicos de importancia. Los exámenes de laboratorio reportan leucocitos 11.880 células, segmentados 84%, hemoglobina 12.3gr/dl, urea 16 mg/dl, creatinina 1,08 mg/dl. En los exámenes parciales de orina se obtuvieron resultados normales. Había recibido antibióticos y antiespasmódicos.

Se realiza ecosonograma pélvico donde se evidencia lesión ocupante de espacio intravesical (Fig. 1). En vista de hallazgos imagenológicos se decide

realizar UroTaC que reportó tractos superiores normales y vejiga con engrosamiento de su pared, principalmente en el piso y fondo vesical. Posteriormente se realiza

Uretrocistoscopia donse se evidencia lesión elevada, papilar única, eritematosa, de contornos irregulares, supratrigonal, aproximadamente a 2 cm de barra intermeatal (Fig. 2.a y 2.b).

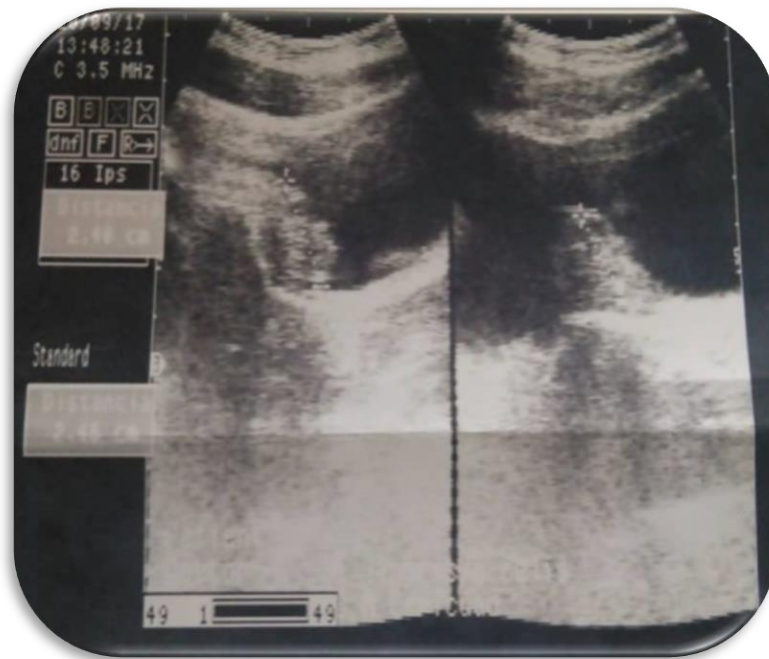
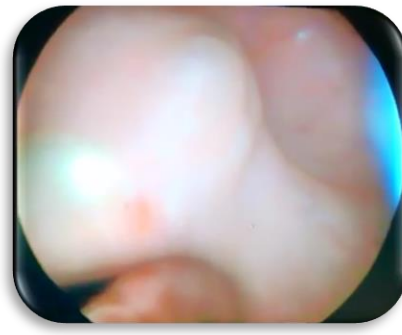


Fig 1. Ecosonograma abdominal-pelvico. Se evidencia lesión engrosada en pared vesical (única imagen ecográfica realizada en el preoperatorio)



2.a



2.b

Figura 2. a y 2.b Uretrocistoscopia donde se evidencia lesión elevada, papilar única, eritematosa, de contornos irregulares, supratrigonal, aproximadamente a 2 cm de barra intermeatal

Se decidió Tratamiento quirúrgico con resección transuretral de vejiga (RTUV) con energía Bipolar (Fig. 4.a y 4.b). Obteniendo muestra considerable para Biopsia que reporta: Invaginaciones de epitelio transicional con formaciones glandulares, capa muscular propia engrosada, infiltrado inflamatorio linfocitario en lámina propia, sin atipias, compatible con CG (Figura 5). En el postoperatorio presentó evolución favorable, realizándose control postoperatorio cistoscopia a las 12 semanas (Fig 6), sin

tratamiento médico postoperatorio, con hallazgos favorables, que no amerita recesión de la herida quirúrgica. Sin embargo, en controles de imágenes ecográfica y de TAC, Actualmente la paciente se encuentra con diagnóstico ginecológico de endometriosis ovárica por lo cual se ha planteado tratamiento quirúrgico. Se realiza por el servicio de ginecología de nuestro hospital la ooforectomía bilateral marzo 2019, con corte congelado que reporta negativo para malignidad, más reposte de biopsia definitiva de endometrioma ovárico

izquierdo y quiste folicular luteinizado
derecho.



4.a



4.b

Figura 4. RTUV. Resección transuretral de vejiga.

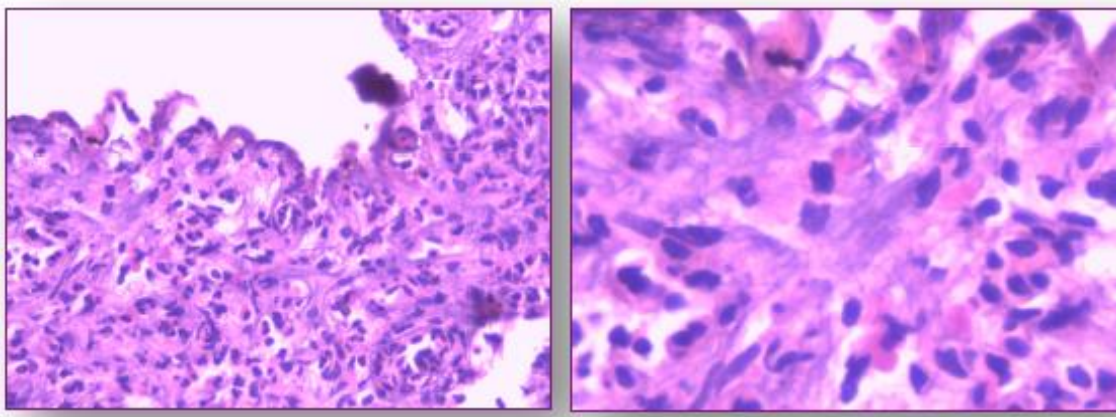


Figura 5. Invaginaciones de epitelio transicional con formaciones glandulares, capa muscular propia engrosada, infiltrado inflamatorio linfocitario en lámina propia, sin atipias, compatible



Figura 6. Cistoscopia control postoperatorio a las 12 semanas

DISCUSION

La CG no es una enfermedad rara, pero se ha reportado muy pocos iguales como el de Shigehara 2008, en India, casos hasta ahora con la aparición de una cistitis glandular que formara una lesión tumoral con manchas de arándanos sospechosas, muy parecido a nuestro caso de ser causada por endometriosis (8) En la actualidad la etiología sigue siendo desconocida, se

postula que la estimulación crónica de la mucosa de la vejiga y la inflamación crónica. Los factores de riesgos descritos de infecciones crónicas del tracto urinario, la inflamación causada por la urolitiasis, la obstrucción del flujo de salida y la sonda uretral o suprapúbica permanente no estaban presentes en nuestro caso, se busca definir si la endometriosis es un factor de riesgo, pero la poca literatura no hace posible la asociación. En la



mayoría de los casos, se realiza una RTUV para el diagnóstico y a su vez tratamiento de la cistitis glandular. Sin embargo, Algunos autores cuando una obstrucción urinaria con severo compromiso del trigono y base vesical con la consiguiente obstrucción ureteral. Se practica ureteroneocistostomía bilaterales en la cúpula vesical. Y cuando hay enfermedad maligna asociada se puede pensar en cirugía radical de cistectomía total más neo-vejiga ileal. (4,9,10). En nuestro caso, realizamos la extirpación quirúrgica completa del tumor fue posible, el tumor desapareció intravesical en base a los hallazgos radiológicos y cistoscópicos postoperatorios sin ningún tratamiento postoperatorio. En la actualidad se han realizado en diferentes estudios la utilización del neodymium YAG laser en los cuales ha probado ser útil en el tratamiento de tumores vesicales superficiales e invasivos de vejiga. Esto lleva a la destrucción homogénea del

tejido para una controlada profundidad de penetración, lo cual puede incluir una coagulación intramural completa. Esto puede causar menos riesgo de perforación vesical, fibrosis y cicatrices que la convencional electro fulguración endoscópica. No se han observado estenosis cicatriciales de los meatos ureterales para casos de extensas y severas CG, incluyendo el trigono. Estos estudios han concluidos que el láser de coagulación de tejidos puede controlar las lesiones proliferativas evitando los reimplantes ureterales, y los orificios ureterales pueden ser prescindidos de un daño a corto o largo término, sin embargo, la capacidad funcional de la vejiga puede ser reducida (11).

Lo Importante en cualquier forma de tratamiento es el total examen histopatológico de todos los especímenes removidos (12). Se debe tener en cuenta las asociaciones a otras enfermedades como adenocarcinomas



de colon, endometriosis uterina y extrauterina. Nuestra paciente posteriormente presenta a los 3 meses síntomas de clínica pélvica, por lo que se realiza controles imagenológicos donde se diagnostica endometriosis. Creemos que es necesario un seguimiento cuidadoso a largo plazo en este paciente para poder diagnosticar enfermedades relacionadas como la endometriosis uterina y ovárica.

CONCLUSION

La Cistitis Glandularis al igual que la conclusión de Varo 20005, es una patología que no puede descartarse ante la presencia de una lesión ocupante de espacio intravesical, de aspecto mamelonado, única o múltiple, así mismo, La recurrencia de este tipo de lesión que presentamos ha sido descrita en la literatura, así como la progresión de cistitis glandular-displasia-adenocarcinoma ha sido descrita en algunos pacientes con biopsias secuenciales durante 5-15 años (11). El

diagnóstico se basa en el examen clínico, radiológico e histológico. y/o anatomo-patológico, el tratamiento estándar es la RTUV, que ha reportado buenos resultados clínicos (12,13). Aunque en la actualidad el uso de otras técnicas como El neodymium YAG laser ha demostrado su utilidad logrando buenos resultados y beneficios, y debemos tener en cuenta cuando se asocia enfermedades malignas la realización oportuna de tratamientos radicales. La importancia de esta lesión infrecuente es su potencial de anormalidad proliferativa preneoplásica urotelial que puede desembocar, si no se eliminan los factores desencadenantes, en un adenocarcinoma vesical, y su poca asociación con endometriosis como nuestro caso descrito en la literatura se exhorta que el seguimiento del paciente debe ser estricto.



BIBLIOGRAFIA

1. Kittredge & Brannan. Cystitis Glandularis.. Department of Urology. Ochaner Clinic, New Orleans. The Journal of Urology.1968.
2. <https://www.auanet.org/education/auauniversity/education-products-and-resources/pathology-for-urologists/urinary-bladder/non-neoplastic-lesions/cystitis-glandularis>.
3. Bostwick, D.G. and Cheng, L., 2008. Urologic Surgical Pathology, 2nd Ed. Mosby Elsevier. Cystitis cystica and cystitis glandularis.
4. Cuéllar Suárez, Nelson; Otero Pérez, I; Peña Martín, Heydi Sandy. Glandular Cystitis. Case presentation. Revista Medisur. 2017/15(4)-545
5. C. Varo Solís, J. Bachiller Burgos1, F. Estudillo, D. González Moreno, J.L. Álvarez-Ossorio Fernández, A. Juárez Soto, M. Soto Delgado, V.M. Beltrán Aguilar. Consideraciones sobre la cistitis quística glandular. Servicio de Urología. Hospital Clínico Universitario de Puerto Real. Cádiz. Actas Urológicas Españolas. 2000. Vol. 24. Núm. 7. Páginas 516-602
6. Kayac F, Akpınar IN, Aker F, Turkeri LN. Large cystitis glandularis. A very rare cause of severe obstructive urinary symptoms in adults. Int UrolNephrol. 2007; 39 (2): 441-444.
7. Guarch Troyas R, Jiménez Calvo J, Reparaz B, Gómez Dorronsoro ML. Florid glandular cystitis of the intestinal type with mucin extravasation. A lesion simulating a tumor. Actas Urol Esp. 2013 ; 27 (4): 297-300.
8. Goff WB 2 nd . Cistitis quística y cistitis glangular: Causa de la masa vesical. J Comput Assist Tomogr 1983; 7: 347-9



9. Shigehara K, Miyagi T, Nakashima T, Shimamura M. Cistitis glandularis que forma una lesión tumoral en la vejiga urinaria: una rara aparición de la enfermedad. Indian J Urol 2008; 24: 558-60.
10. Ghezala W, Saidi R, Lefi M, Saad H. Florid glandular cystitis. Prog Urol. 2015 ; 156 (6): 1141-4.
11. Hampson SJ, Falzon M, Cowie AG. Intestinal metaplasia of the bladder. Implications for management. Br J Urol. 2012 ; 69: 323-4
12. Velasco E. Cistitis glandular. Presentación de un caso inusual. Rev Urol. 2012 ; 3 (1): 13-6. 4.
13. Vicente J, Algaba F. Cistopatía quística y glandular. In: Semiología diagnóstica endovesical. Valoración endoscópica y microscópica. Barcelona: Pulso Ediciones; 1998. p. 82-92