

RELATO DE CASO

DOI: 10.55825.RECET.SBU.0182

CISTITE GLANDULAR COM METAPLASIA INTESTINAL MULTIFOCAL EM PACIENTE JOVEM COM SINTOMAS OBSTRUTIVOS DO TRATO URINÁRIO: RELATO DE CASO

LUCAS VICENTE ANDRADE (1), ISADORA KLÜBER (2), FERNANDO MATEUS PINTO NUNES (2), LUCAS PRONER PEREIRA², FABIO MAURIZIO NERY (1)

Hospital da Cruz Vermelha do Paraná (1); Faculdade de Medicina da Universidade Positivo (2)

RESUMO

A cistite glandular (CG) é uma condição benigna caracterizada por alteração inflamatória da mucosa vesical com formação de vesículas ou cistos subepiteliais e metaplasia glandular. Apresenta-se principalmente como lesões bolhosas no colo vesical, muitas vezes associada à inflamação crônica da bexiga. Relatamos um paciente do sexo masculino, de 23 anos, sem fatores de riscos associados, usuário de esteroides anabolizantes, manifestando sintomas obstrutivos do trato geniturinário inferior. Exame ultrassonográfico demonstrou espessamento do assoalho e lesão vegetante no colo vesical. Submetido à cistoscopia que revelou lesões vesicais bolhosas com inclusões citoplasmáticas de aspecto azulado. A biópsia confirmou cistite cística e glandular com metaplasia intestinal multifocal. Após tratamento com ressecção transuretral das lesões, houve melhora dos sintomas. A abordagem terapêutica envolve a correção de fatores etiológicos, tratamento medicamentoso ou tratamento cirúrgico para controle dos sintomas. É importante o diagnóstico diferencial com afecções malignas da bexiga.

Palavras-chave: Cistite glandular, metaplasia intestinal, esteroides anabolizantes, sintomas do trato urinário inferior.

INTRODUÇÃO

A cistite glandular (CG) é uma condição benigna que se caracteriza por alterações inflamatórias na mucosa vesical com formação de vesículas ou cistos subepiteliais e metaplasia glandular. Pode apresentar lesões de aspecto bolhoso na região do colo vesical, as quais podem estar associadas à inflamação crônica da bexiga. Apesar de etiologia incerta, é importante afastar diagnósticos diferenciais, como as afecções malignas da bexiga (1).

RELATO DE CASO

Paciente de 23 anos, sexo masculino, apresentou-se com sintomas do trato urinário inferior predominantemente de esvaziamento. Hígido, sem comorbidades ou história cirúrgica pregressa, apenas em uso de esteroides anabolizantes. Investigação complementar com análise de urina sem sinais de infecção. Ecografia do aparelho urinário demonstrando espessamento do assoalho, lesões protuberantes do colo vesical e volume da próstata de 26 gramas

(figura 1). Submeteu-se à cistoscopia com visualização de lesões vesicais bolhosas e volumosas com inclusões citoplasmáticas de aspecto azulado em todo colo vesical (figura 2). A biópsia demonstrou cistite cística e glandular com metaplasia intestinal focal, sem sinais de neoplasia. Devido a persistência dos sintomas, foi indicada ressecção transuretral da lesão. Exame anatomopatológico concluiu tratar-se de cistite cística e glandular com metaplasia intestinal multifocal, sem sinais de displasia ou neoplasia (figura 3). O paciente teve melhora dos sintomas após tratamento com ressecção das lesões vesicais. O plano de seguimento proposto inclui revisão endoscópica em 6 meses.

DISCUSSÃO

A CG e suas condições relacionadas apresentam diversos sintomas que podem confundir-se com outras doenças urinárias, tornando o diagnóstico desafiador. Os sinais e sintomas podem se manifestar com urgência urinária, esvaziamento incompleto, redução do fluxo urinário, dor suprapú-

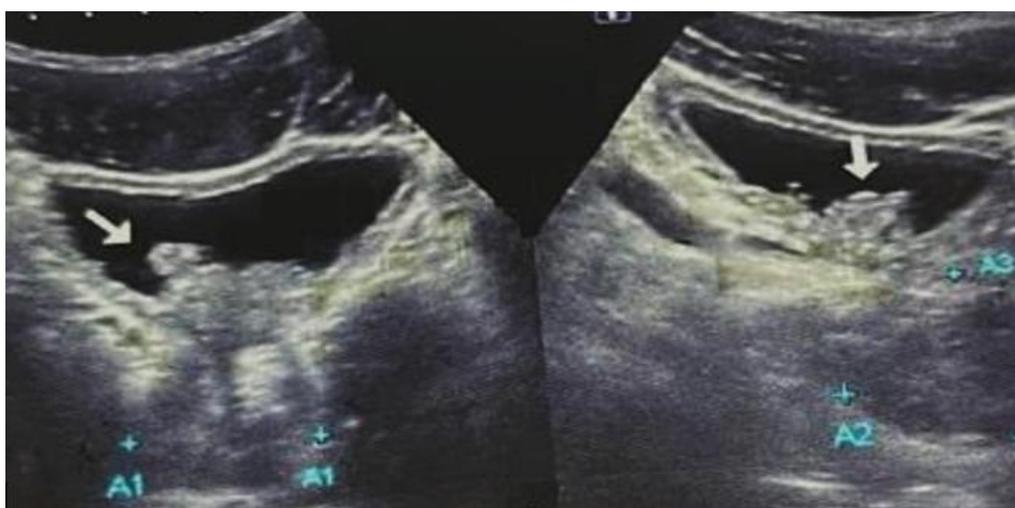


Figura 1 – Ecografia do aparelho urinário demonstrando espessamento do assoalho vesical com lesões protuberante no colo vesical, e próstata de 26 gramas.



FIGURA 2 – Cistoscopia com visualização lesões vesicais bolhosas e volumosas com inclusões citoplasmáticas de aspecto azulado em todo colo vesical.

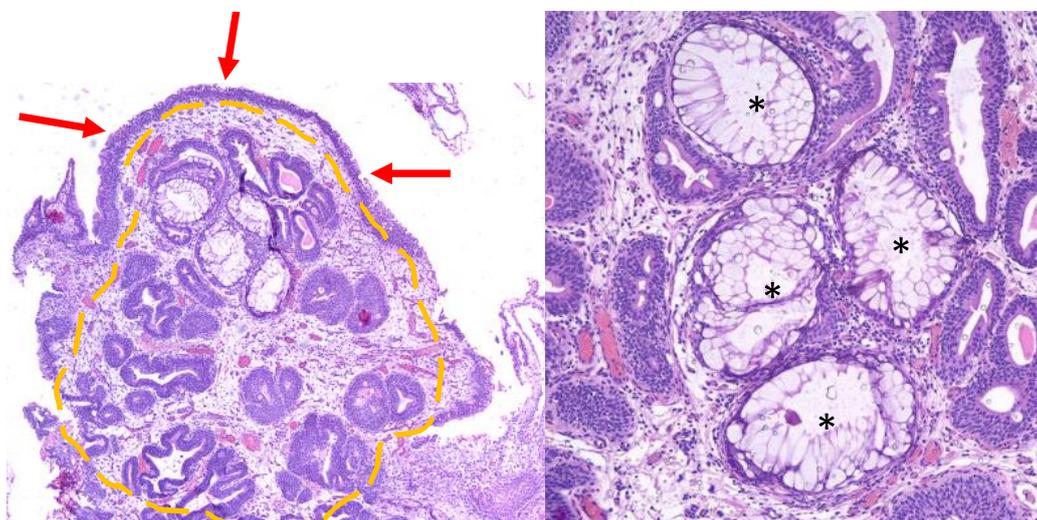


FIGURA 3 – Produto de ressecção de lesões vesicais bolhosas (coloração hematoxilina-eosina/Amplificação microscópica de 40x na imagem à esquerda e 100x na imagem à direita): Fragmento de mucosa com aspecto polipoide. Revestimento superficial com urotélio preservado (setas vermelhas). Na lâmina própria há estruturas de padrão glandular (linha amarela). Presença células de citoplasma amplo e claro, tipo caliciformes, mucoprodutoras, semelhantes às observadas no cólon (*).

bica ou perianal, hematúria, disúria, e menos comumente, retenção urinária. Pode estar associada a infecção urinária crônica ou lesões mecânicas recorrentes. A avaliação complementar inclui exames laboratoriais, estudos de imagem, cistoscopia e histopatológico¹. Apesar de achado frequente, a apresentação clínica com sintomas obstrutivos em pacientes jovens é rara (2).

Com relação aos achados histopatológicos, a cistite cística pode revelar invaginações na lâmina própria, resultando em ninhos de Von Brunn. Essas invaginações progridem para formar pequenas vesículas ou cistos dilatados. A aparência microscópica mostra células uroteliais superficiais em torno dos cistos. Pode haver metaplasia glandular do urotélio. Existem dois subtipos principais: cistite glandular típica, que é revestida por células mucinosas simples; e cistite glandular do tipo intestinal, que é revestida por células metaplásicas intestinais que podem produzir mucina. A cistite glandular do tipo intestinal pode mimetizar histologicamente um adenocarcinoma bem diferenciado. A invasão da muscular própria é um critério importante para distinguir a cistite glandular de um adenocarcinoma com potencial de malignidade (1). O risco de transformação maligna da cistite cística e glandular tem sido considerado, principalmente na presença de displasia, embora alguns estudos recentes questionem essa associação. O achado de metaplasia intestinal na bexiga é mais frequente em homens na quinta e sexta década de vida (3).

O tratamento da CG se baseia na correção de fatores associados à inflamação crônica da bexiga. É importante descartar e tratar infecção urinária quando presente. A terapia inclui medicamentos para controle dos sintomas vesicais, como analgésicos, anti-inflamatórios, alfa bloqueadores e antiespasmódicos da bexiga. Além disso, a fisioterapia pélvica com técnicas de treinamento vesical pode ajudar a

aliviar os sintomas urinários (1). Nos casos refratários, a abordagem cirúrgica pode ser necessária. A terapia mais frequente é a ressecção transuretral das lesões vesicais, apesar de ablação com laser, cistectomias parciais e radicais e outras terapias estejam descritas na literatura (4).

CONCLUSÃO

Achados referentes a CG podem ser confundidos com outras patologias malignas do trato geniturinário. O adequado diagnóstico e seguimento normalmente demonstra a evolução benigna da doença e prognóstico favorável. Apesar do risco incerto de transformação maligna, cistoscopia de controle pode ser indicada anualmente (5).

No caso apresentando, foi optado pela ressecção transuretral das lesões devido à persistência dos sintomas e plano de seguimento com novo exame endoscópico em 6 meses. Paciente apresentou melhora do quadro após tratamento endoscópico.

PERSPECTIVAS DO PACIENTE

O paciente apresentou satisfação com o tratamento e o acompanhamento. Perspectiva de melhora dos sintomas.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Houve consentimento do paciente após o termo aplicado.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a equipe de urologia do Hospital da Cruz Vermelha do Paraná, os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados com o paciente e o serviço de patologia, em especial a doutora Regina de Paula Xavier, que compartilhou as imagens do estudo anatomopatológico. Por fim, agradecemos à RECET pela oportunidade e cordialidade.

CONFLITO DE INTERESSES

Nenhum declarado.

REFERÊNCIAS:

1. Abdel Magied MH, Badreldin AM, Leslie SW. Cystitis Cystica [Internet]. PubMed. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cited 2023 Jul 17]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK582125/>
2. Skander Zouari, Khaireddine Bouassida, Khaled Ben Ahmed, A. Bdioui Thabet, Mohamed Amine Krichene, Chawki Jebali. Acute urinary retention due to benign prostatic hyperplasia associated with cystitis glandularis in a 22-year-old patient. The Pan African medical journal [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2023 Jul 17];30. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6110568/>
3. Zheng X, Zhao C, Huang T, Zhang Z, Chu C, Lu CF, et al. Intestinal metaplasia of the bladder in 89 patients: a study with emphasis on long-term outcome. BMC Urology [Internet]. 2016 Jun 7 [cited 2023 Jul 18];16(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4895895/>
4. Tong X, Gong D, Liu Y, He Z, Zhao W, Sun Z, et al. [Treatment of glandular cystitis]. Zhonghua Wai Ke Za Zhi [Chinese Journal of Surgery] [Internet]. 2003 May 1 [cited 2023 Aug 18];41(5):365–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12892592/>
5. Smith AK, Hansel DE, Jones JS. Role of Cystitis Cystica et Glandularis and Intestinal Metaplasia in Development of Bladder Carcinoma. Urology. 2008 May;71(5):915–8.

AUTOR CORRESPONDENTE

Lucas Vicente Andrade

Rua Fernando de Noronha, 975,
Boa Vista, Paraná, Curitiba.

Telefone: 41 98860-0730

Email: vicente_lva@hotmail.com

ORCID ID

Lucas Vicente Andrade

<http://orcid.org/0009-0008-2460-1771>