

Leiomoma de Bexiga: Relato de Caso e Revisão da Literatura

Leandro M. Pires; Daniel L. Paulillo; Gustavo A. Simão, Luciano da R. Barros; Luiz F. Mello; Sidney Glina

Serviço de Urologia do Hospital Ipiranga (LMP, DLP, GAS, LRB, LFM, SG), São Paulo, Brasil

RESUMO

O leiomoma de bexiga é um tumor não epitelial raro, porém representa o tumor benigno vesical mais comum. Apresenta maior prevalência em mulheres e com idade média entre 30 e 60 anos. Sua etiologia é ainda desconhecida, no entanto seu tratamento é efetivo através de cirurgia aberta ou endoscópica, com raros relatos de recorrência na literatura. Relatamos o caso de uma paciente jovem com diagnóstico de leiomoma de bexiga sintomático de cerca de 6cm, abordada cirurgicamente de forma eficaz com cistectomia parcial. Discutimos sua forma de apresentação clínica, os métodos diagnósticos mais empregados e as abordagens terapêuticas mais citadas na literatura.

INTRODUÇÃO

Os tumores mesenquimais de bexiga representam cerca de 1 a 5% dos tumores de bexiga (1). O Leiomoma de bexiga é um tumor raro, correspondendo a 0,43% de todos os tumores vesicais (2); no entanto, é o tumor benigno de bexiga mais comum (35% dos casos) (3). A maioria dos casos descritos na literatura é representada por relatos de situações ou artigos de revisão com uma série pequena de casos. A literatura mostra que a maioria deles acometem mulheres (76% dos casos) e com predomínio na faixa etária da 3ª a 6ª década de vida (59%), com média de idade de 44 anos. Relatamos um caso de leiomoma vesical em uma paciente jovem, diagnosticado e tratado em nosso serviço, discutindo aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos e terapêuticos dessa rara neoplasia.

AUTOR CORRESPONDENTE



Leandro Maurício Pires

Rua Cipriano Barata, 1638,
apto. 53, Ipiranga, São Paulo
CEP: 04205-001, São Paulo,
Email: lmppaulista@yahoo.com.br

RELATO DE CASO

Paciente de 15 anos de idade, sexo feminino, sem comorbidades, com queixa de dor em região suprapúbica e disúria há 3 meses, associada a episódio isolado de dispareunia. Negava episódio de ITU ou hematúria. Apresentava história familiar de leiomioma em membro inferior. Ao exame físico, através da palpação abdominal bimanual, detecta-se massa palpável móvel.

A paciente foi submetida à investigação diagnóstica com Ultrassonografia (US), que evidenciava lesão vesical sólida, homogênea, medindo cerca de 6 cm; foi realizada Tomografia Computadorizada (TC) de abdome, que confirmou achado de lesão em parede vesical de 6,6cm (Figura 1). Cistoscopia revelou lesão em teto vesical se estendendo à parede lateral esquerda, com mucosa vesical preservada.

Realizou-se ressecção endoscópica parcial da lesão e confirmado diagnóstico anatomopatológico de leiomioma pela presença de proliferação de tecido muscular liso, aspecto fusocelular, sem atipias. Optado por realizar a cistectomia parcial devido à grande dimensão da neoplasia, com incisão de Pfannenstiel e acesso extraperitoneal (Figura 2).

Paciente recebeu alta no 3º Pós operatório, foi mantida com sonda vesical de demora por 7 dias e, no seguimento ambulatorial, encontra-se assintomática. O exame microscópico da peça corroborou o diagnóstico de leiomioma intramural, com margens livres. Apesar do pequeno período de seguimento de um mês, dados da literatura mostram que a taxa de recorrência é rara, sendo mais comum após abordagem endoscópica.

Figura 1: Tomografia Computadorizada evidenciando lesão vesical de 6,6 cm.



DISCUSSÃO

O leiomioma vesical é uma lesão pouco frequente, porém representa a neoplasia benigna mais comum da bexiga (4). Uma revisão de 2007 indicava a publicação de, aproximadamente, 200 casos na literatura científica de língua inglesa. Dados divulgados previamente mostravam que sua incidência não variava entre os sexos e que não haveria distinção entre as faixas etárias. No entanto, revisão de 37 casos, feita por Goluboff et al, entre 1970 e 1994, mostra um predomínio no sexo feminino (cerca 76% dos casos) e na faixa etária entre os 20 e os 60 anos de idade, sendo muito raro em crianças e antes da puberdade (entre os 0 e os 14 anos) (1).

Trabalho de Silva-Ramos de 2003, incluindo 90 pacientes, mostra que a média de idade é de 45 anos (19 aos 85 anos) e, assim como Goluboff, que 75,6% dos casos são representados por mulheres (5). Logo, esse relato de caso destaca a relativa raridade da sua apresentação pois, apesar de a paciente já se encontrar na puberdade, foram poucos os casos relatados na literatura com idade inferior a 15 anos. Broessner e colaboradores sugerem maior incidência asiática, pois a maioria dos casos representa relatos publicados no Japão (cerca de 65%) (6). O tamanho pode variar de alguns milímetros até 30cm, porém a maioria dos casos tem menos de 10cm de diâmetro (7).

Os sintomas associados ao leiomioma são variados e inespecíficos, e têm a seguinte incidência, segundo Goluboff: sintomas obstrutivos (49%), irritativos (38%), hematúria (11%) e dor no flanco (13%) (1). Cerca de 19% das lesões são assintomáticas. Os sintomas podem variar conforme o tamanho e a localização da neoplasia (8). Estudo de revisão de 61 casos, realizado por JIANG Xian-zhou e colaboradores, mostra que lesões maiores de 3cm cursam com maior incidência de sintomas, incluindo hematúria, do que lesões menores de 3cm (9). A localização também influencia na ocorrência de sintomas, sendo que lesões submucosas cursam com mais sintomas irritativos e obstrutivos que lesões murais ou subserosas. O leiomioma pode ser classificado conforme sua localização em: submucoso/ endovesical (63% dos casos); intramural (7%) e subseroso/ extravescical (30%) (2). Essa distribuição das lesões, encontrada no estudo de Goluboff, contrasta com revisão realizada por Silva-Ramos e colaboradores, que identificaram a seguinte distribuição em 90 casos analisados: 51,1% endovesicais, 30% intramurais e 16,7% extravescicais (5). Segundo dados clínicos, até 57% das lesões são identificadas no exame físico com a palpação abdominal bimanual (3, 10).

Figura 2: Peça cirúrgica produto de cistectomia parcial aberta. Anatomopatológico confirma achado de leiomioma vesical.



A etiologia do leiomioma de bexiga é desconhecida (11, 12). Algumas teorias sugerem que a ocorrência desse tumor seja decorrente de: Influência Hormonal (a maioria dos casos ocorre em mulheres, com diminuição na menopausa); Metaplasia inflamatória (o processo inflamatório muscular ou perivascular levaria à metaplasia); ou Disonogênese (Tumor embrionário residual) (8, 11, 12). A teoria da sensibilidade hormonal foi pesquisada por Furuhashi e Suganuma, que identificaram receptores de estradiol e progesterona expressos no leiomioma vesical (9).

A investigação diagnóstica pode ser realizada com exames de imagem como Ultrassonografia (US), Tomografia Computadorizada (TC), Urografia Excretora, Ressonância Magnética (RM) e Cistoscopia (2, 11). A US evidencia lesão sólida lisa, homogênea, limites bem definidos, sendo exame inicial na avaliação da lesão. A RM é o exame de escolha atual para diagnóstico de leiomioma, sendo superior à TC devido a melhor resolução e caracterização da lesão em relação às estruturas adjacentes (4). O leiomioma é identificado como neoplasia homogênea, com sinal intermediário nas imagens ponderadas em T1 e com hipossinal quando ponderado em T2 (2, 13). Na presença de degeneração cís-

tica, ocorre hiper-sinal em T2. O achado à cistoscopia é de lesão com aspecto submucoso ou extrínseco com urotélio normal, podendo, porém, ocorrer ulceração da mucosa em alguns casos (2).

A despeito da suspeita diagnóstica pela clínica e exames de imagem, a confirmação diagnóstica deve sempre ser realizada através de exame anatomopatológico, para excluir leiomiossarcoma (4). O achado à microscopia é semelhante ao leiomioma uterino: presença de fibras musculares lisas, fusocelulares, separadas por tecido conectivo, com menos de 2 mitoses por campo de grande aumento, com citoplasma abundante e ausência de sinais de malignidade como hiperplasticidade, atividade mitótica e pleomorfismo ou necrose (1). Os marcadores para Actina e Vimentina são positivos à imuno-histoquímica (12).

A abordagem terapêutica depende da sintomatologia, do tamanho e da localização das lesões (2). Alguns autores sugerem que casos assintomáticos não requerem tratamento (11). Leiomiomas sintomáticos são tratados cirurgicamente, sendo as lesões menores tratadas, preferencialmente, através de ressecção endoscópica e lesões grandes, intramurais e extravescicais, por meio de enucleação da

lesão, ressecção segmentar ou cistectomia parcial (2, 3). A abordagem videolaparoscópica é descrita na literatura, sendo de mais fácil execução em lesões localizadas na porção móvel da bexiga (8), e de preferência guiada por cistoscopia.

Em revisão realizada por Goluboff et al, 62% das lesões foram abordadas por cirurgia aberta, sendo 2 casos de cistectomia radical por lesões maiores de 20cm e envolvimento meatal e 30% por via endoscópica (10). A mesma distribuição na abordagem terapêutica foi demonstrada por Silva-Ramos et al: 62% dos casos tratados através de laparotomia (32,2% enucleação, 27,8% cistectomia parcial e 2,2% cistectomia total), 30% dos pacientes submetidos à ressecção endoscópica e 5,5% assistidos com ressecção transvaginal (5).

O tratamento cirúrgico é eficaz e curativo, sendo descritos raros casos de recorrência após ressecção endoscópica, que seriam decorrentes de ressecção incompleta

pelo risco de lesão esfinteriana ou meatal/ ureteral (9), e após exérese via vaginal (14). Devido ao baixo índice de recorrência, muitos autores não defendem o acompanhamento pós-operatório, sendo indicado seguimento na presença de sintomas urinários (11). O prognóstico é excelente, uma vez que não há casos descritos de degeneração maligna (2).

CONCLUSÃO

Leiomíoma vesical é uma doença benigna rara, com predomínio de incidência entre a 3ª e a 6ª década de vida. O prognóstico é favorável, apresentando bons resultados com tratamento cirúrgico convencional ou endoscópico. O tratamento cirúrgico com enucleação da lesão ou cistectomia parcial é curativo, diminuindo os riscos de recorrência da lesão, sendo a opção terapêutica mais comumente utilizada para abordagem de lesões maiores.

REFERÊNCIAS

- Chen H., Bin Niu Z., Yang Y; Bladder Leiomyoma in a 6-Year-old Boy; *Urology*, 2012; 79: 434–436
- Metzdorf M. M.; Schmidt J. D; Urinary Bladder Leiomyoma Associated with Pulmonary Lymphangiomyomatosis; *Urology*, 2008; 71: 755.e3–755.e4
- Barayan G.A., Nassir AM; Cystoscopic enucleation of bladder leiomyoma; *Urol. Ann*, 2012, 4: 38 -40
- Mouli S, Casalino D.D., Nikolaidis P; Imaging Features of Common and Uncommon Bladder Neoplasms; *Radiol Clin N Am*, 2012, 50:301–316
- Silva-Ramos M, Massó P, Versos R, Soares J, Pimenta A, Leiomyoma of the bladder. Analysis of a collection of 90 cases, *Actas Urol Esp*. 2003; 27(8):581-6.
- Singh O, Gupta S S, Hastir A, Laparoscopic Enucleation of Leiomyoma of the Urinary Bladder, *Urol J.*, 2011; 8: 155-158.
- Kim I Y, Sadeghi F, Slawin K M, Dyspareunia: An Unusual Presentation of Leiomyoma of the Bladder, *Rev Urol*. 2001; 3:152–154
- Ivorra J A C, Zamora J A G, García J V, García J S F, Díaz A F S, Climent A C; Leiomíoma vesical. A propósito de dos nuevos casos y revisión de la literatura, *Arch. Esp. Urol.*, 2007; 60, 6 (684-687)
- Xian-zhou J, Chao X U, Nian-zhao Z, Zhi-shun X U; Influence of clinical characteristics and tumor size on symptoms of bladder leiomyoma: a pooled analysis of 61 cases; *Chin Med J* 2012; 125(14):2436-2439.
- Kaviani A, Razi A, Mokhtarpour H, Mazloomfard M M, Moeini A, Bahrami-Motlagh H; Epithelioid Leiomyoma of the Bladder: An Unusual Case of Irritative and Obstructive Voiding Symptoms; *Hindawi Publishing Corporation Case Reports in Urology*, 2012; Article ID 759150, 3 pages.
- Park J W, Jeong B C, Seo S II, Jeon S J, Kwon G Y, Lee H M; Leiomyoma of the Urinary Bladder: A Series of Nine Cases and Review of the Literature, *Urology*, 2010; 76: 1425–1429
- Castillo O, Foneron A, Vitagliano G, Sánchez-Salas R, Díaz D, Fajardo M, Franco C; Bladder Leiomyoma: Case Report, *Arch. Esp. Urol.*, 2008; 61, 1: 87-91
- Hyland M A, Lawson J T, O'Doherty A, Kennedy J, Biggart D; MRI findings in a rare cause of bladder outlet obstruction; *The Ulster Medical Journal*, 1996, Volume 65, 1: 81-83
- Doria R F, Níguez J A R, Víctor F G, Matoses M G, Pérez F M, Calleja E D; Leiomíoma Vesical: Presentación de un caso clínico, *Arch. Esp. Urol.*, 2005; 58, 10: 1.072-1.075