

## TUMOR VESICAL NEONATAL: FALSA ALARMA

Blanca Estors Sastre<sup>a</sup>, Elena Calleja Aguayo<sup>a</sup>, Javier Lumbreras Fernández<sup>b</sup>, Natalia Espinosa de los Monteros Aliaga Cano<sup>b</sup>, Iratxe Tapia Torrijos<sup>b</sup>, Claudia Marhuenda Irastorza<sup>a</sup>

a) Urología Pediátrica. Servicio de Cirugía pediátrica. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca

b) Nefrología Pediátrica Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca

### INTRODUCCIÓN

Existen diferentes causas de engrosamiento de la pared vesical. El engrosamiento difuso es sugestivo de obstrucción uretral y/o vejiga neurógena, mientras que un **engrosamiento focal** puede deberse a **cistitis bacteriana o vírica, ureterocele colapsado o lesión tumoral**.

### CASO CLÍNICO

Neonato a término de peso adecuado. La ecografía del tercer trimestre detectó ureterohidronefrosis bilateral con adelgazamiento de la corteza renal. No otros antecedentes perinatales de interés. Clínicamente presenta retraso de la micción por lo que se realiza **ecografía renal urgente**. Se informa de riñones globulosos con marcada dilatación pieloureteral y duplicidad ureteral izquierda con drenaje ectópico a cuello vesical. Vejiga y uretra sin alteraciones valorables. Se coloca **sonda vesical** para control de diuresis.

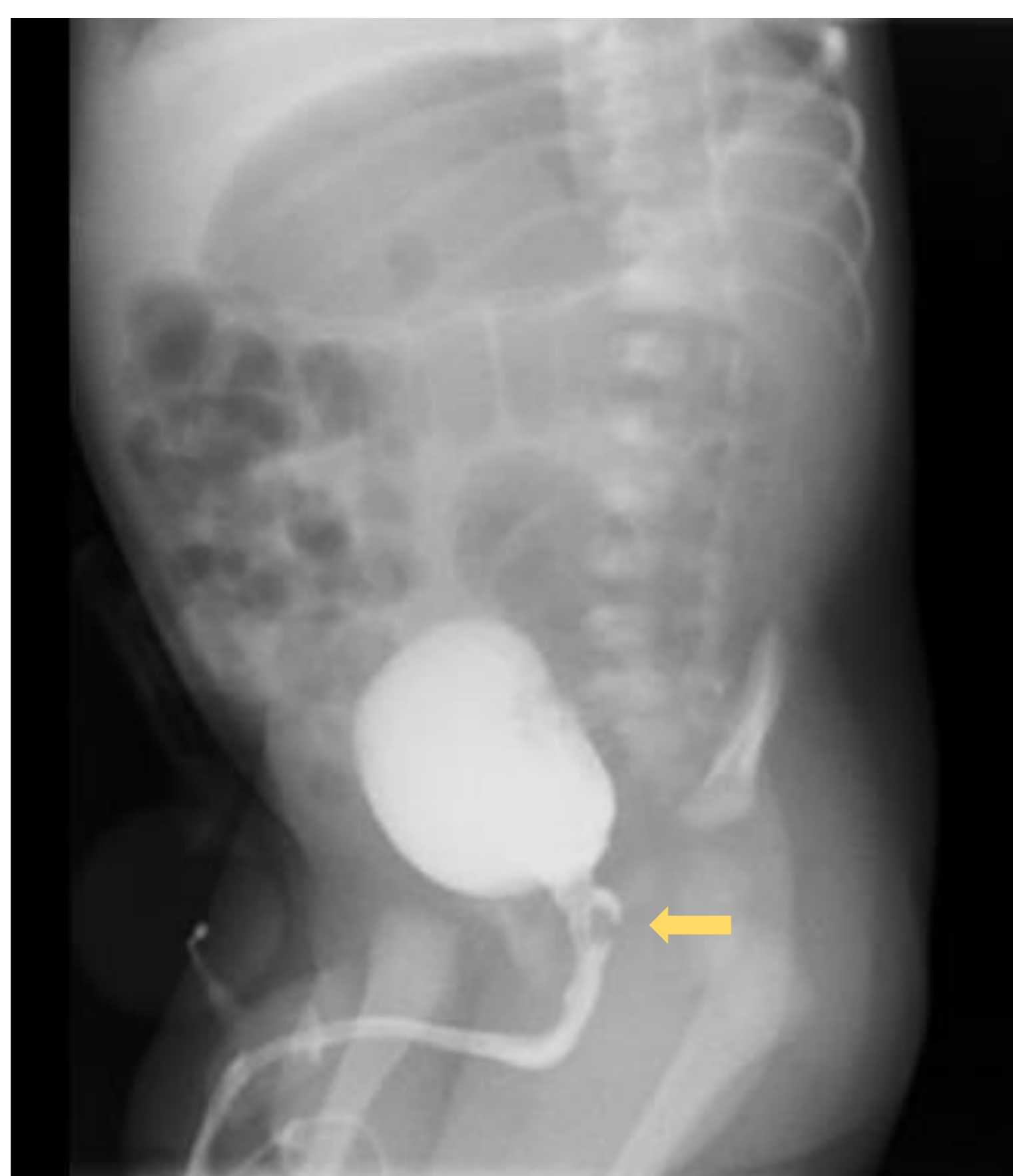


Fig. 1. CUMS: defecto de repleción en uretra

Tras una semana, se realiza CUMS que descarta válvulas de uretra posterior, visualizándose un defecto de repleción en cuello vesical-uretra posterior sugestivo de ureterocele (UTC) asociado a uréter ectópico (Figura 1). Además, se repite la ecografía observando ambos riñones con cortical adelgazada e hiperecogénica y marcada dilatación pieloureteral. La vejiga muestra un engrosamiento focal en la pared posterior de **morfología pseudonodular con múltiples lesiones quísticas e hipervascularización en el Doppler** (Figura 2). Los hallazgos podrían relacionarse con cistitis quística, sin poder descartar sarcoma botrioides. El análisis de marcadores tumorales fue negativo y se solicitó urocultivo que descartó cistitis infecciosa.

Se realizó **cistoscopia urgente** objetivando vejiga trabeculada con varias neoformaciones polipoideas en la pared posterior (Figura 3) con hipervascularización y una tumoración quística lisa que se extiende desde cuello a uretra posterior (UTC). Se tomaron biopsias (Figura 4) informadas como **cistitis polipoide y ausencia de malignidad**.

Se retiró la sonda vesical, con buen ritmo de diuresis y ecografía de control a las dos semanas objetivando mejoría del engrosamiento vesical y procediendo al alta hospitalaria con profilaxis antibiótica. Actualmente el paciente tiene nueve meses y se ha mantenido asintomático con mejoría progresiva de la dilatación pielocalicial.

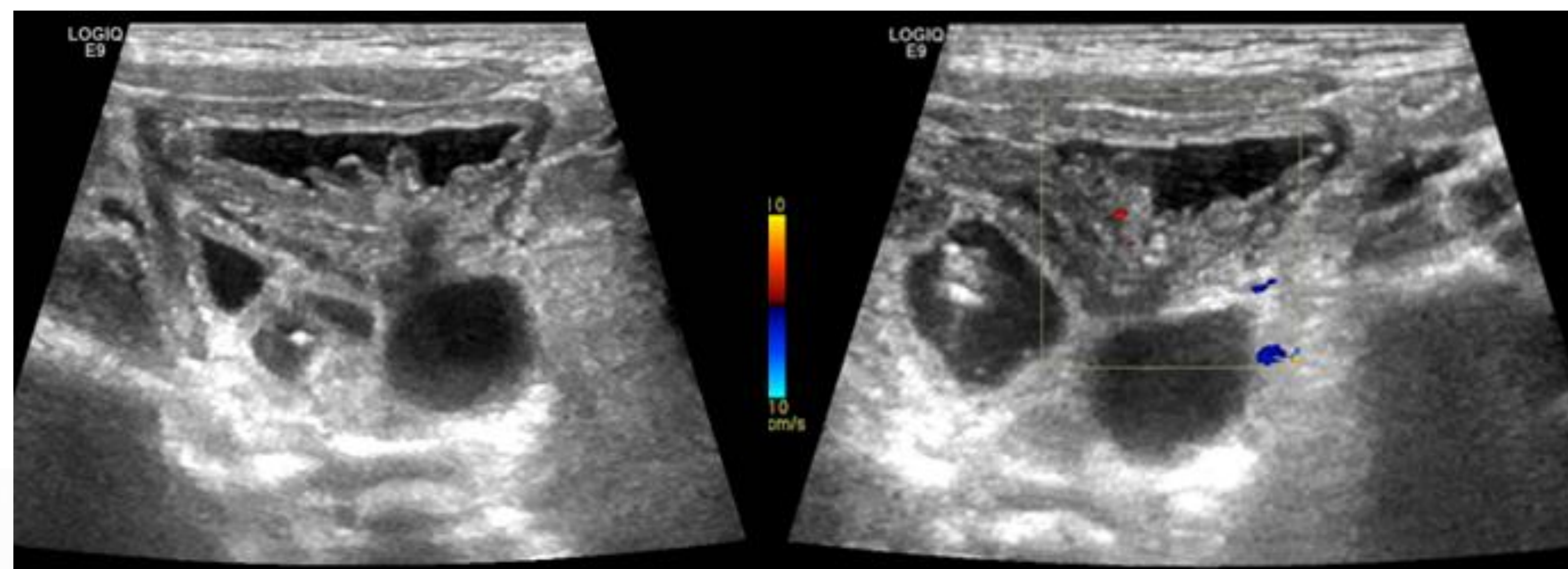


Fig. 2. Ecografía: engrosamiento focal e hipervascularizado de la pared posterior vesical



Fig. 3 Cistoscopia: lesiones polipoideas

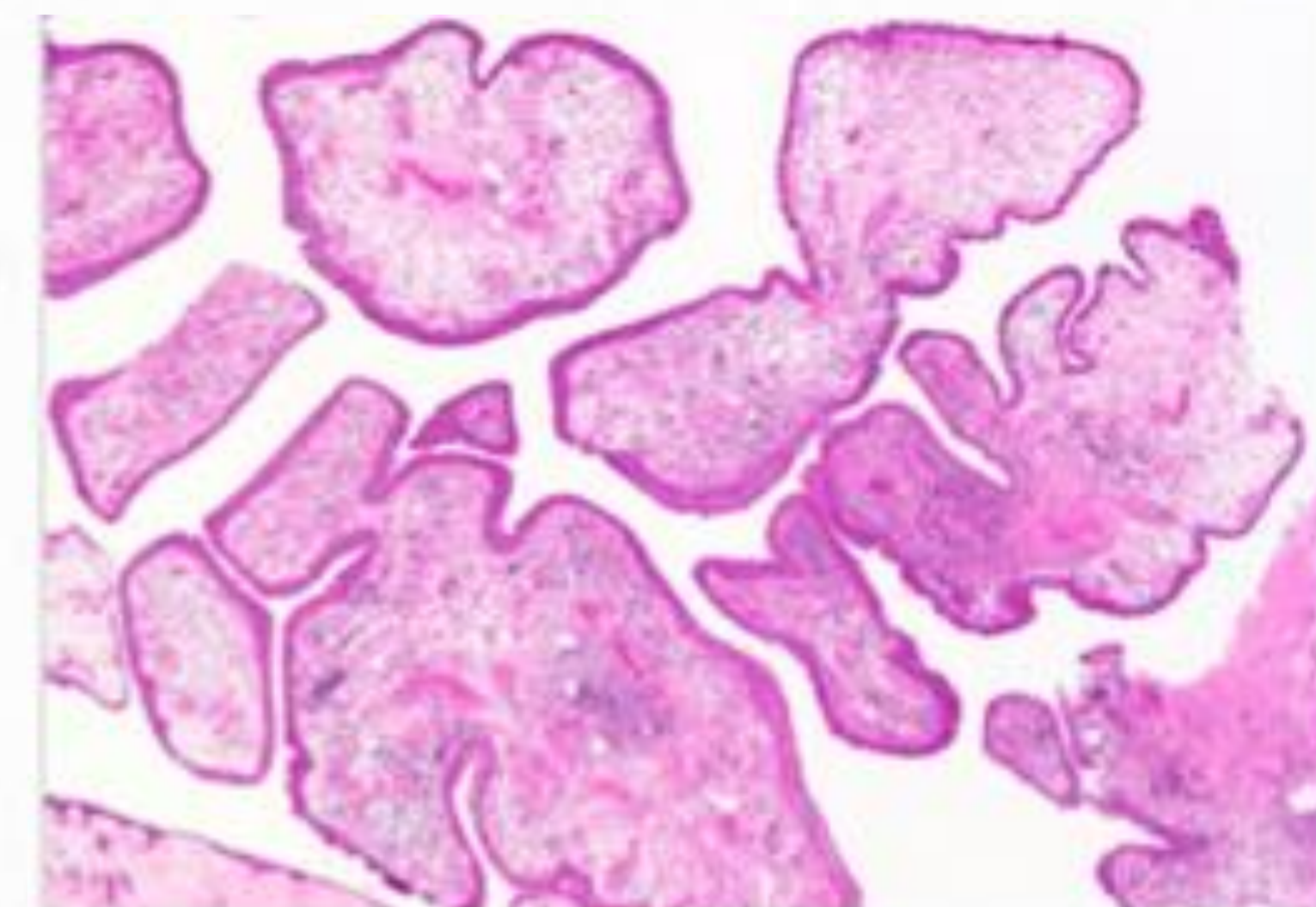


Fig. 4 Detalle histológico de los pólipos

### CONCLUSIONES

El engrosamiento de la pared vesical debe considerarse un signo de alarma a cualquier edad. Las cistitis graves con engrosamiento nodular de la pared vesical son poco frecuentes, siendo la **cistitis polipoide en este caso secundaria al sondaje vesical**, una entidad extremadamente rara en edad pediátrica. Es muy importante tener en cuenta el rhabdomyosarcoma vesical entre los diagnósticos diferenciales de esta infrecuente entidad y la necesidad de realizar una cistoscopia exploradora precozmente.