

Retenção Urinária Secundária a Papiloma Invertido de Uretra

Geovani de Brito Braga Junior¹, Lana Ferreira Moreira^{*2}, Tiago Figueiredo Barbosa³, Leone Koehne Ribeiro¹, André Costa Matos⁴

Hospital Santo Antônio – Obras sociais Irmã Dulce - Salvador, BA

- 1) Residente de Urologia do Hospital Santo Antônio, Salvador, Bahia, Brasil.
- 2) Acadêmica de Medicina da Faculdade de Tecnologia e Ciências, Salvador, Bahia, Brasil
- 3) Acadêmico de Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
- 4) Preceptor da residência de Urologia do Hospital Santo Antônio, Salvador, Bahia, Brasil

Correspondência*: Av. Luís Viana (Lado Par)
Pituaçu
CEP: 41741590
Salvador, BA - Brasil
E-mail: lanafis@gmail.com

INTRODUÇÃO

O papiloma invertido do trato urinário é uma neoplasia urotelial incomum, que representa menos de 1% dos tumores uroteliais. É um tumor raro, benigno que acomete ambos os sexos (majoritariamente em homens 7:1) a qualquer idade (23-82 anos), porém predomínio 6º e 7º década de vida.^{1,2,3}

A localização mais usual do papiloma invertido é na topografia de bexiga, sendo mais comum em trígono vesical, e mais raramente é encontrada em uretra^{1,2}.

RELATO DE CASO

Paciente R.X.C., sexo masculino, 43 anos, casado, pardo, pedreiro, natural e procedente Salvador-BA. Foi atendido no ambulatório de urologia, previamente hígido com história de sintomas de esvaziamento e hematúria terminal, iniciados há cerca de 2 meses que culminou com episódio de retenção urinária aguda (RUA), sendo necessário sonda vesical de demora (SVD). Fez uso de alfa-bloqueador, com tentativa de retirada de SVD, sem sucesso. Negava comorbidades, cirurgias prévias ou tabagismo. Negava também história familiar de câncer urológico.

Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, lúcido e orientado no tempo e espaço, eupneico, afebril, normocárdico e normotenso. Referente ao aparelho urogenital, não apresentava alterações, estando em uso de sonda vesical com diurese clara. Ao toque retal, próstata medindo aproximadamente 40g, consistência endurecida em base direita, porém sem nodulação palpável.

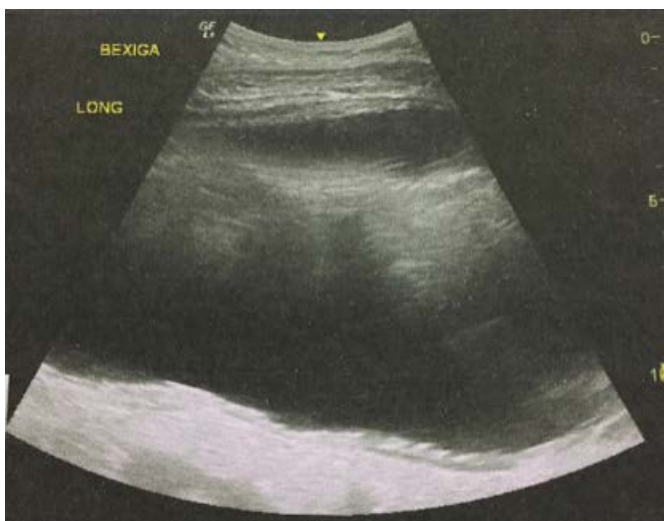
Os exames laboratoriais realizados revelaram: hemoglobina de 9,8 g/dL Htc: 28%, Leucócitos 12300/mm³ sem desvio, Plaquetas de 348.000/mm³, Ureia 27g/dL, Creatinina 0,9mg/dL e PSA 1,33ng/mL.

Exame de urina com 8 hemácias por campo; 9 piócitos por campo; algumas bactérias; e Nitrito negativo. Urocultura com *E. coli* resistente a quinolona, sensível a Nitrofurantoína.

Foram solicitados exames de imagem: ultrassonografia das vias urinárias apresentando rins e sistemas coletores sem anormalidades; bexiga bastante distendida com parede anterior medindo 4,7 mm de espessura e com conteúdo anecoico (Fig. 1 e 2). Ultrassonografia de próstata mostrou espessamento parietal vesical; massa irregular em assoalho vesical; aumento de volume prostático (Peso: 46g) (Fig. 3 e 4).

FIGURA 1 E 2

Ultrassonografia das vias urinárias.



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 3 E 4

Ultrassonografia de próstata .



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 5

Tomografia computadorizada de abdome e pelve.



A tomografia computadorizada de abdome e pelve mostrou abdome superior sem alterações; Bexiga apresentando espessamento parietal difuso, com realce heterogêneo ao meio de contraste. (Fig 5)

Após os exames, a principal suspeita diagnóstica passou a ser neoplasia de bexiga e o paciente foi submetido a uma ressecção transuretral (RTU) de bexiga. No intra-operatório foi evidenciado lesões pediculadas de aspecto gelatinoso, com

superfície lisa, que se originava da uretra prostática e se projetava para o lúmen vesical. Bexiga com paredes trabeculadas, ausência de lesão de aspecto neoplásico em parede vesical. Realizada RTU de próstata com ressecção completa da lesão. Paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório, recebendo alta no 2º dia pós-operatório (DPO) com micção espontânea após retirada de SVD.

Retornou ao ambulatório no 15º DPO queixando-se de discreta disúria esporádica em curva de melhora nos últimos dias. Negou queixas de esvaziamento vesical ou hematúria.

O resultado do anatomopatológico da peça cirúrgica foi Papiloma Invertido (Tipo glândular) da Uretra.

Paciente retorna ao ambulatório 6 meses após a realização da cirurgia negando hematúria, disúria ou qualquer queixa de esvaziamento vesical. Traz uma ultrassonografia de próstata (Fig. 5) evidenciando espessamento parietal vesical (5,6 mm) e sem alterações no seu interior, próstata medindo 22g. Resíduo pós-miccional desprezível (<10 ml) e ultrassonografia de vias urinárias sem alterações. Realizado cistoscopia de revisão após 6 meses sem alterações.

DISCUSSÃO

O termo papiloma invertido foi inicialmente apresentado por Potts e Hirstem 1963 para descrever a arquitetura distinta desse neoplasma urotelial⁴. Desde então relatos de casos foram descritos.

A lesão geralmente apresenta aspecto macroscópico polipoide pediculado ou sésil, usualmente menor que 3cm com uma superfície mucosa lisa ou nodular.¹

As principais características histológicas do papiloma invertido apresentam-se como uma lesão com padrão de crescimento invertido, coberto por um epitélio plano, figuras mitóticas são raras ou ausentes e atípicas citológicas leves são aceitáveis.¹

A localização da lesão pode ser na porção distal do ureter (6%), na parede posterior (11%) ou lateral (12%) da bexiga, entretanto é mais comumente encontrada no trígono e colo vesical (47%).¹ Mais raramente pode ser encontrada na uretra, variando de alguns estudos em cerca de 14% e 5,6% dos pacientes.^{1,2}

Em relação às manifestações clínicas, a apresentação mais comum dessa patologia é hematúria (29%) e obstrução (56%). Sintomas irritativos do trato urinário baixo, hematúria

microscópica, retenção urinária aguda, presença de massa uretral, desconforto abdominal, dor em região suprapúbica e piúria podem ser outros achados nessa patologia. Os pacientes também podem ser assintomáticos, sendo o diagnóstico um achado incidental.^{1,2}

O principal diagnóstico diferencial para esta patologia é a neoplasia urotelial incluindo neoplasia urotelialpapilífera de baixo potencial de malignidade ou carcinoma urotelial (CU). Outros diagnósticos diferenciais mais raros são adenoma nefrogênico, paraganglioma e tumor carcinoide.^{1,2}

O tratamento padrão ouro para o papiloma invertido é a ressecção endoscópica transuretral do tumor quando localizado no trato urinário inferior. Lesões no trato urinário superior podem ser tratados endoscopicamente (preferencial para lesões < 2cm), ou por ureterectomia parcial ou mais raramente por nefroureterectomia, devido à dificuldade em diferenciar de carcinoma urotelial.^{1,3}

O papiloma invertido urotelial (PIU) do trato urinário geralmente é considerado como benigno, tanto pelo comportamento histológico quanto clínico. A associação do PIU de bexiga e carcinoma urotelial tem sido documentada, porém a sua incidência é baixa. Relatos de caso sugeriram o potencial maligno desses papilomas, incluindo casos com fatores indicativos de malignidade, casos de recorrência e casos de papiloma invertido urotelial sincrônico ou metacrônico com carcinoma de células transitórias.^{2,5} Então, se o paciente não tem história de carcinoma urotelial sincrônico, a lesão deve ser considerada um fator de risco para carcinoma de células de transição do trato urinário. Por isso é importante o acompanhamento desses pacientes caso haja o desenvolvimento desse tipo de carcinoma.²

A taxa de carcinoma urotelial subsequente é maior que a população geral, mas não tão elevada a ponto de indicar protocolos tão intensos de acompanhamento quanto nos pacientes com diagnóstico primário de CU¹. Alguns autores recomendam cistoscopia e vigilância radiológica periodicamente, sendo acompanhado por pelo menos dois anos, devido à possibilidade de recorrência ou desenvolvimento de carcinoma de células transitórias. Protocolos com cistoscopia a cada 4 meses durante o primeiro ano e a cada 6 meses pelos próximos 3 anos são sugeridos². Outros estudos recomendam repetir o exame a cada 6 meses nos primeiros 4 anos, posteriormente anualmente por tempo indeterminado¹.

CONCLUSÃO

O papiloma invertido do tipo glandular é um tumor benigno raro, mais comum em homens mais velhos. Esse tumor geralmente se apresenta com hematúria e/ou sintomas obstrutivos. É mais frequentemente identificado no colo vesical ou trígono com um crescimento polipoide e uma superfície lisa. O principal diagnóstico diferencial é a neoplasia urotelial, incluindo carcinoma urotelial (CU). A ressecção transuretral de lesões do trato inferior é o padrão, enquanto lesões do trato superior podem ser ressecadas por ureteroscopia, endoscopia percutânea, ureterectomia parcial ou nefroureterectomia. Pela associação com CU, o seguimento deve ser realizado com cistoscopia.

REFERÊNCIAS

1. Brown AL, Cohen RJ. Inverted papilloma of the urinary tract. *BJU Int.* 2011;107:24–6.
2. Picozzi S, D M, Casellato S, D M, Bozzini G, D M, et al. Inverted papilloma of the bladder : A review and an analysis of the recent literature of 365 patients. *Urol Oncol Semin Orig Investig.* Elsevier Inc.; 2013;31(8):1584–90.
3. Sung M, Maclennan GT, Lopez-beltran A, Montironi R. Natural History of Urothelial Inverted Papilloma. *Am Cancer Soc.* 2006;107:2622–7.
4. Potts IF, Hirst E. Inverted papilloma of the bladder. *J Urol.* 1963;90:175–179.
5. Asano K, Miki JUN, Maeda S, Naruoka T, Takahashi H, Oishi Y. Clinical Studies on Inverted Papilloma of the Urinary Tract: Report of 48 Cases ad Review of the Literature. *J Urol.* 2003;170:1209–12.