

P25) PARAGANGLIOMA VESICAL SILENTE; UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Testa Sklofsky, I¹; Donoso Vásquez, R¹; Rojas Crespo, J¹; Narváez Fuentes, P¹; Domínguez Argomedo, R¹; Menchaca Cruzat, R¹; Durán García, L²; Abud, M³; Orellana Salinas, N⁴; Vera, Á⁵.

¹Residente Urología Hospital DIPRECA, Santiago, Chile; ²Pasante Urología Hospital DIPRECA, Santiago, Chile; ³Departamento anatomía patológica Hospital DIPRECA, Santiago, Chile; ⁴Departamento Urología Hospital DIPRECA, Santiago, Chile; ⁵Urólogo Hospital Ovalle, Ovalle, Chile.

INTRODUCCIÓN: El paraganglioma vesical (PV), es una rara neoplasia neuroendocrina, derivada de células cromafines paraganglionares, representando el 0.06-0.1% de los tumores vesicales. Es más frecuente en mujeres de edad media. Sus síntomas más característicos son la HTA exacerbada con la micción y hematuria, aunque solo el 1.4% tiene esta presentación. Un 20% tiene transformación maligna con metástasis regionales o a distancia. Es frecuentemente confundido con su principal diagnóstico diferencial; el carcinoma urotelial con variante en nidos. Es fundamental conocer la morfología e inmunohistoquímica propia para llegar al diagnóstico correcto, ya que el pronóstico y tratamiento es muy diferente. El objetivo de este trabajo es ilustrar mediante un caso clínico cómo diagnosticar un PV cuando la clínica no nos hace sospecharlo.

CASO CLÍNICO: Mujer de 76 años con enfermedad pulmonar obstructiva crónica por tabaquismo (IPA 25), consulta por síndrome consuntivo de 3 meses de evolución. Niega diaforesis, palpaciones, cefalea, hematuria u otros síntomas urinarios. El examen físico se constata normocárdica y normotensa, sin otros hallazgos. Exámenes de sangre y orina normales

El TC-TAP revela único hallazgo de engrosamiento polipoideo vascularizado en cúpula vesical de 14 x 10 mm . Se complementa con UroTAC sin otros hallazgos. Diseminación a distancia negativa.

Se realiza RTU-V completa de tumor en cúpula, de aspecto plano, 2 cm aproximadamente. Sin episodios de HTA u otras complicaciones en el intraoperatorio.

En el estudio histopatológico destaca muestra rodeada por urotelio, con proliferación celular anidada (“zelballen”), los nidos están separados por un delicado estroma fibrovascular, células poligonales de abundante citoplasma granular eosinófilo, núcleos uniformes de cromatina suave, que infiltra hasta lámina propia. La inmunohistoquímica revela Sinaptofusina (+), Cromogranina (+), CD56 (+), S100 (+), Ki67 1%. Citoqueratina (-).

Evoluciona de forma favorable, normocárdica y normotensa, asintomática. Se encuentra en controles regulares con urología.

CONCLUSIÓN: El PV puede ser erróneamente diagnosticado como carcinoma urotelial, sobre todo si no hay una alta sospecha clínica y no se conoce su perfil anatomopatológico. Este caso revela cómo es la histología y cuál es el estudio inmunohistoquímico adecuado para llegar al diagnóstico correcto y no pasar por alto esta rara neoplasia neuroendocrina.