

Boletín del
Colegio Mexicano de Urología

Volumen
Volume 17

Número
Number 2

Abril-Junio
April-June 2002

Artículo:

Adenocarcinoma vesical. Informe de un caso y revisión de la bibliografía

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Colegio Mexicano de Urología, A.C.

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com



Adenocarcinoma vesical. Informe de un caso y revisión de la bibliografía

Juan Marco López Ramírez,* Gildardo Navarro Peña,** Néstor Efraín Ceballos Ceballos,***
Erick Mendoza Carrillo****

* Residente 5o. año de Urología Hosp. Esp. CMN. SXXI.

** Urólogo adscrito al Servicio de Urología, Hosp. Esp. CMR.

*** Residente 3er. año Urología Hosp. Esp. CMN. SXXI.

**** Residente 3er. año Urología Hosp. Esp. CMN. SXXI.

Dirección para correspondencia:

Dr. Néstor E. Ceballos C.
Calle Esperanza 773 depto. 303,
Colonia Narvarte. CP 03020,
Tel.: 5639-9675. México, D.F.
E-mail: necla@df1.telmex.net.mx

RESUMEN

Reportamos el caso de paciente femenina de 38 años de edad, con antecedentes de hematuria y dolor en hipogastrio. Se realizó resección transuretral de vejiga (RTUV) con biopsia positiva para adenocarcinoma de vejiga. Se practicó cistectomía radical y realización de vejiga ortotópica. El seguimiento a los 6 meses de la cirugía es favorable, la paciente se encuentra asintomática.

Palabras clave: Adenocarcinoma, RTUV, hematuria, cistectomía.

ABSTRACT

We reported a case in a female patient, with hematuria and pain in her lower abdomen since 38 years ago. She went through Transurethral resection of the bladder (TURB) and the pathological report was adenocarcinoma. Thus the next surgery was radical cystectomy, since then after laboratory and gabinet tests she is free of bladder cancer right now.

Key words: Adenocarcinoma, TURB, hematuria, cystectomy.

INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma vesical es una lesión rara que ocurre en menos de 2% de los tumores de vejiga.^{1, 2} Estos tipo de tumores son divididos en tres grupos dependiendo de su origen: primario de vejiga, adenocarcinoma uracal y metastásico. El adenocarcinoma también puede ocurrir en conductos ileales, uretero-sigmoidostomías, ampliación vesical.^{3, 4}

ADENOCARCINOMA VESICAL PRIMARIO

Su frecuencia es muy rara, se presenta en aproximadamente 0.5 a 2% de todos los tumores encontrados en este órgano.²¹ Se presenta principalmente en dos sitios, la base incluido el trigono y las paredes laterales adyacentes y el domo de la misma; sin embargo, puede ocurrir en cualquier parte de la vejiga. Es

el principal cáncer en vejigas “exótropicas”, en respuesta a la inflamación crónica e irritación^{5, 6} y también ha sido reportado en asociación con la esquistosomiasis,⁷ algún otro factor de riesgo no ha sido totalmente documentado excepto posiblemente la ingestión de café.⁵

Todas las variantes histológicas de adenocarcinoma entérico incluidas las de células en anillo de sello y el carcinoma coloide pueden ocurrir en la vejiga, la mayoría de los adenocarcinomas de la vejiga producen mucina.⁸ El adenocarcinoma puede ser papilar o sólido. Los carcinomas en anillo de sello característicamente producen linitis plástica de la vejiga.^{9, 10, 11} La mayoría de los adenocarcinomas son escasamente diferenciados e invasores. Son comúnmente asociados con la cistitis glandular que con el carcinoma *in situ*. La cistectomía radical con linfadenectomía pélvica ofrece la mejor oportunidad de cura para estos pa-

cientes ya que responden pobremente a la terapia citotóxica o quimioterapia.^{7, 11-13} El pronóstico pobre asociado con el adenocarcinoma es generalmente debido a su estadio en el momento del diagnóstico.

CARCINOMA URACAL

Son tumores extremadamente raros; se estima que su frecuencia es inferior a 1 por cada 1,000 tumores vesicales,¹⁹ se levantan fuera de la vejiga y generalmente son adenocarcinomas. Para que un tumor sea clasificado como carcinoma uracal debe tener una demarcación clara entre éste y el epitelio adyacente vesical, con el tumor que inicie localizado en la pared vesical debajo del epitelio normal.¹⁴ Los tumores uracales invaden a través del urotelio y se extienden dentro de la vejiga, lo cual ocasiona que puedan ser confundidos con carcinoma vesical primario.^{8, 15} El carcinoma uracal puede extenderse dentro del espacio prevesical, se puede presentar como una descarga de sangre o moco, o producir un mucocele y formar una masa, que será palpable. Los tumores que invaden el interior de la vejiga pueden producir moco en la orina, estos tumores tienen un muy mal pronóstico, incluso mayor a los que se presentan como primarios en la vejiga.¹⁴ Los tumores tratados con cistectomía parcial tienen tasas de recurrencias locales entre 15 y 50%.¹⁶ Histológicamente, estos tumores muestran una extensa y profunda infiltración de la pared vesical, por lo tanto, la cistectomía parcial no es el tratamiento adecuado.^{10, 15} La cistectomía radical con extracción en bloque del uraco es la cirugía de elección para todos los tumores, excepto los pequeños y bien diferenciados carcinomas del uraco; los porcentajes de éxito después de una resección incompleta van de 38 a 50%, según algunos autores.²⁰ La radioterapia no es efectiva en el tratamiento de estos tumores.¹⁰ Este carcinoma metastatiza a los nódulos linfáticos ilíacos e inguinales, ovario, hígado, pulmón y hueso¹⁰ y responde raramente a la quimioterapia, el pronóstico es muy pobre, aunque algunos autores han reportado porcentajes de sobrevida de 50%.¹⁷

ADENOCARCINOMA METASTÁSICO

Una de las formas más comunes de adenocarcinoma en la vejiga es la forma metastásica.⁹ El sitio primario para estos tumores incluyen el recto, estómago, endometrio, seno, próstata y ovario.¹⁸ El adenocarcinoma metastásico vesical sólo ocurre en 0.26% de los tumores¹⁸ y es necesario hacer diagnóstico diferencial con un primario de vejiga antes de emprender el tipo de tratamiento adecuado para cada caso.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 36 años de edad, ocupación: hogar, originaria y residente de México D.F. Antecedentes heredofamiliares: positivos para diabetes mellitus e hipertensión arterial; antecedentes ginecoobstétricos: menarca a los 13 años de edad, ciclos regulares de 28 × 3, gesta: 3, partos: 3, abortos: 0, cesáreas: 0. Antecedentes personales patológicos: alergia a la penicilina, salpingooclasis hace 4.5 años por paridad satisfecha.

Su cuadro clínico comienza aproximadamente a mediados de 1998 con dolor en fosa renal derecha, polaquiuria, pijo, tenesmo y malestar general, además de hematuria macroscópica, la paciente expulsa en forma espontánea fragmento intravesical el cual es analizado por el servicio de patología, reportando adenocarcinoma en anillo de sello, se ingresa a la institución para estudio complementario, se realiza tomografía computarizada abdominopélvica (*Figura 1*) observando la presencia de tumoración sólida con zonas de necrosis y confinada a pared vesical; practicamos RTUV biopsia encontrando lesión arborescente sobre el piso vesical de aproximadamente 4 cm de diámetro único, fácilmente sangrante. El reporte histológico es de adenocarcinoma mucinoso que infiltira muscular y mucosa, se decide entonces someter a la paciente a la realización de cistectomía radical con neovejiga ortotópica. Se practicó incisión suprapúbica media infraumbilical abordando vejiga urinaria encontrando aspecto macroscópico sin alteraciones locales, no invade grasa perivesical, los ganglios linfáticos tomados para el estudio transoperatorio son negativos para metástasis y no se encuentra evidencia de invasión a vagina o útero. Se realizó cistectomía radical (anexohisterectomía y resección del tercio superior de vagina) (*Figura 2*) y vejiga ortotópica con íleon (*Figura 3*) se envía pieza patológica a laboratorio.

El reporte patológico definitivo de la pieza quirúrgica fue adenocarcinoma primario de vejiga. La evolución postoperatoria de la paciente es satisfactoria y a los 12 meses de seguimiento no presenta recurrencia de su enfermedad a pesar de no administrar medicamentos de quimioterapia.

DISCUSIÓN

El adenocarcinoma vesical es una patología sumamente rara; puede ocurrir en forma pura o como parte de tumores con otros elementos epiteliales (transicional o escamoso), o los llamados carcinosarcomas^{22, 23} también existe relación con infecciones urinarias crónicas, exposición a analgésicos, químicos orgánicos e irradiación médica, estos factores pueden ser esenciales para el desarrollo del adenocarcinoma vesical.²⁸ Los adenocarcinomas pueden crecer en la recubierta uro-

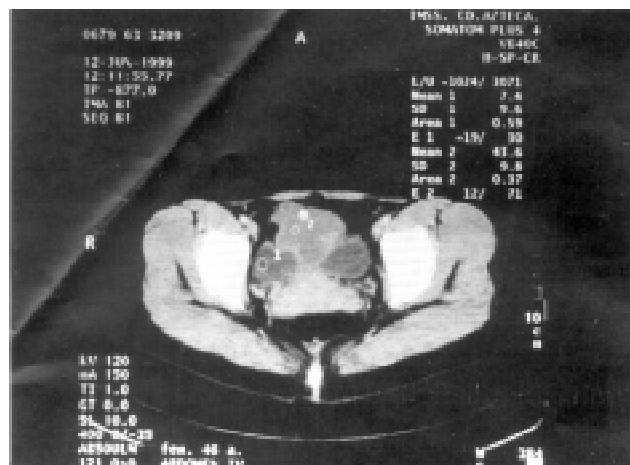


Figura 1. Tomografía computarizada. Presencia de tumoración sólida con zonas de necrosis confinada a pared vesical.

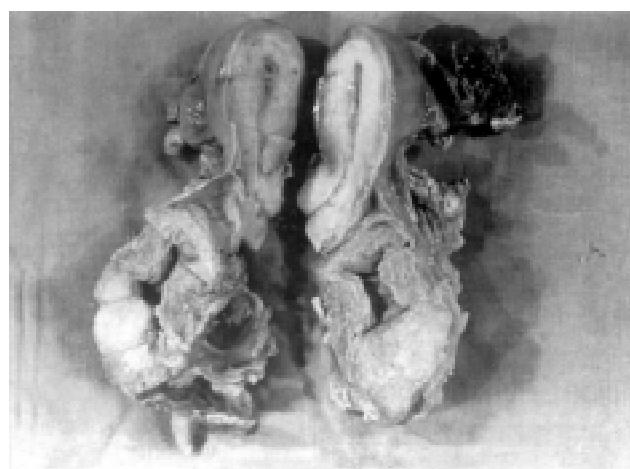


Figura 2. Cistectomía radical.

telial de la vejiga o en la porción intravesical del uraco. Son más frecuentes en hombres en una relación de 2:3:1 sobre las mujeres y ocurren entre la quinta y séptima décadas de vida, sin embargo, se han descrito ocasionalmente casos en niños.²⁴ Existen varios subtipos histológicos de adenocarcinoma primario: glandular, tipo colónico, células en anillo de sello y células claras.²⁹ Los síntomas no son específicos, incluyen hematuria, piuria y síntomas del tracto urinario inferior, aunque la presencia de moco en la orina sugiere la presencia de epitelio glandular.²⁷ El diagnóstico se realiza por cistoscopía y examen microscópico de la muestra obtenida por este método, aunque la citología de la orina es una herramienta de gran ayuda en la evaluación inicial de diagnóstico para identificar lesiones primarias o metastásicas.³⁰ Su



Figura 3.

pronóstico, como se ha mencionado, es malo, debido principalmente a la extensión local o distante en el momento del diagnóstico, siendo de aproximadamente 19% a 5 años,²⁵ con una mortalidad postoperatoria de hasta 2.7%.²⁶ Aproximadamente 25% de los pacientes tienen metástasis a distancia en el momento del diagnóstico y un porcentaje similar presenta invasión local. La cistectomía radical es el procedimiento quirúrgico de elección,³¹ aunque algunos autores creen que la cistectomía parcial está indicada porque los pacientes, a pesar del tratamiento radical, morirán de metástasis a distancia.³² Estos tumores parecen no responder a la radioterapia o combinación de quimioterapia;³⁴ sin embargo, cuando el subtipo de carcinoma en anillo de sello ha sido diagnosticado, se ha intentado quimioterapia basados en los resultados obtenidos con el mismo tumor en localización gastrointestinal, 5-fluorouracilo, doxorrubicina y cisplatino. Se han usado cisplatino y la mitomicina C siendo éstos los agentes más activos, aunque el impacto de sobrevida a largo plazo no varió en comparación con otros métodos de tratamiento.³³

BIBLIOGRAFÍA

- Kantor AF, Hartge P, Hoover RN et al. Epidemiological Characteristics of squamous cell carcinoma and adenocarcinoma of the bladder. *Cancer Res.* 1988; 48: 3853.

2. Lynch CF, Cohen MB. Urinary system. *Cancer*. 1995; 75 (suppl): 316.
3. Husmann DA, Spence HM. Current status of tumor of the bowel following uretersigmoidoscopy: A review. *J Urol*. 1990; 144: 607.
4. Spencer JR, Filmer RB. Malignancy associated with urinary tract reconstruction using enteric segments. En: Leport H, Lawson RK, eds. *Urologic Oncology V*. Norwell MA, Kluwer Academic Publisher. 1991; 75-87.
5. Nielsen K, Nielsen KK. Adenocarcinoma in exstrophy of the bladder-the last case in Scandinavia? A case report and review of the literature. *J Urol*. 1983; 130: 1180.
6. Bennett JK, Wheatley JK, et al. Ten year experience with adenocarcinoma of the bladder. *J Urol*. 1984; 131: 262.
7. Anderstrom C, Johansson SL et al. Primary adenocarcinoma of the urinary bladder: A clinicopathologic and prognostic study. *Cancer* 1983; 52: 1273.
8. Koss LG. Tumors of the urinary bladder. En: *Atlas of tumor pathology*, second series. Fascicle 11. Washington, D.C. Armed Force Institute of Pathology. 1975; 1.
9. Choi H, Lamb S et al. Primary signet ring cell carcinoma of the urinary bladder. *Cancer*. 1984; 53: 1985.
10. Sheldon CA, Clayman RV, González R et al. Malignant urachal lesions. *J Urol*. 1984; 131: 1.
11. Blute ML, Engen DE, Travis WD et al. Primary signet ring cell adenocarcinoma of the bladder. *J Urol*. 1989; 415: 17.
12. Logotjetis CJ, Johnson DE et al. Adjuvant cyclophosphamide, doxorubicin, and cisplatin chemotherapy for bladder cancer: An update. *J Clin Oncol*. 1988; 6: 1590.
13. Sternberg CN, Yagoda A et al. Methotrexate, doxorubicin and cisplatin for advanced transitional cell carcinoma of the urothelium: Efficacy and patterns of response and relapse. *Cancer*. 1989; 64: 2448.
14. Mostofi FK. Potentialities of bladder epithelium. *J Urol*. 1954; 71: 715.
15. Kakizoe T, Matsumoto K, Audoh M et al. Adenocarcinoma of the urachus: Report of 7 cases and review of the literature. *Urology*. 1983; 21: 360.
16. Magri J. Partial cystectomy: Review of 104 cases. *Br J Urol*. 1962; 28: 329.
17. Johnson DE, Hodge GB, Abdul-Karim FW, et al. Urachal carcinoma. *Urology*. 1985; 26: 218.
18. Klinger ME. Secondary tumors of the genitourinary tract. *J Urol*. 1951; 65: 144.
19. Hayman J. Carcinoma of the urachus. *Pathology*. 1984; 16: 167.
20. Harry W. Urachal carcinoma: the case for extended partial cystectomy. *J Urol*. 1994; 151: 365.
21. Abenoza P, Manivel C, Fraley E. Primary adenocarcinoma of urinary bladder: clinicopathologic study of 16 cases. *Urology*. 1987; 29: 9.
22. Smith JA, Herr HW et al. Bladder carcinosarcoma: histologic variation in metastatic lesions. *J Urol*. 1983; 129: 829.
23. Schoborg TW, Saffos RO, Rodríguez AP et al. *Carcinosarcoma of the bladder*. *Íbid*. 1980; 124: 724.
24. Raghvaiah NV, Reddy CR. *Adenocarcinoma of the bladder in a boy*. *Íbid*. 1976; 116:526.
25. Stephen AK, Jacques B et al. Primary non urachal adenocarcinoma of the bladder. *J Urol*. 1979; 121: 278.
26. El-Mekresh MM, El-Baz H. Primary adenocarcinoma of the urinary bladder: a report of 185 cases. *Br J Urol*. 1998; 82: 206.
27. Wheeler JD, Hill WT. Adenocarcinoma involving the urinary bladder. *Cancer*. 1954; 7: 119.
28. Anderstrom C, Johansson S, Schultz L. Primary Adenocarcinoma of the Urinary Bladder. A Clinico-pathologic and Prognostic study. *Cancer*. 1983; 52: 1273.
29. Gill HS, Dhillon HK, Woodhouse RJ. Adenocarcinoma of the urinary bladder. *Br J Urol*. 1989; 64: 138.
30. Barlades R, Pitman M, Stanley M. Urine cytology of primary and secondary urinary bladder carcinoma. *Cancer*. 1998; 84: 335.
31. Fiter L, Gimeno F et al. Signet ring cell adenocarcinoma of bladder. *Urology*. 1993; 41: 30.
32. De Filippo N, Blute R, Klein LA. Signet ring carcinoma of the bladder. *Urology*. 1987; 29: 479.
33. Sella A, et al. Chemotherapy for adenocarcinoma of the bladder: an experience with 35 patients. *Proc Annu Meet Am Soc Clin Oncol*. 1998; 7:513A.
34. Choi H, Lamb S, Pintar K et al. Primary Signet Ring Cell Carcinoma of the urinary bladder. *Cancer*. 1984; 53: 1985.