

Boletín del
Colegio Mexicano de Urología

Volumen
Volume **18**

Número
Number **3**

Julio-Septiembre
July-September **2003**

Artículo:

Adenocarcinoma de vejiga. A propósito
de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2003:
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*



Edigraphic.com



Adenocarcinoma de vejiga. A propósito de un caso

Efraín Maldonado-Alcaraz,* José Manuel Otero-García,** Urbano Cedillo-López***

* Residente del tercer año de Urología.

** Residente del quinto año de Urología.

*** Urólogo.

Hospital de Especialidades CMNSXXI.
Instituto Mexicano del Seguro Social.

Dirección para correspondencia:
Dr. Efraín Maldonado Alcaraz
Miguel Laurent No. 918 Int. 101
Col. Letrán Valle
Delegación B. Juárez C.P. 03650
México D.F.
E-mail: uro_logica@hotmail.com

RESUMEN

Presentamos el caso de una mujer de 50 años de edad con hematuria macroscópica asociada a incontinencia urinaria de urgencia de 2 años de evolución. Endoscópicamente con un tumor sésil del domo vesical cuya biopsia reportó un adenocarcinoma de vejiga. Fue sometida a cistectomía radical más derivación urinaria heterotópica tipo Bricker y tiene 20 meses de seguimiento sin recidiva tumoral.

Palabras clave: Adenocarcinoma, vejiga, cistectomía.

ABSTRACT

We present the case of a 50 years old female with 2 years of macroscopic haematuria and urgency incontinence. Endoscopically with a non-papillary tumor in the bladder dome whose biopsy reported an adenocarcinoma of the bladder. A radical cystectomy more heterotopic urinary diversion of Bricker was achieved. She has 20 months without tumoral activity.

Key words: Adenocarcinoma, urinary bladder, cystectomy.

INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma primario de vejiga es una neoplasia rara que comprende menos del 2% de todos los tumores vesicales.^{1,2} Es el cáncer más frecuente en vejigas extróficas, las cuales están expuestas a inflamación crónica e irritación,^{3,4} y también se ha reportado en pacientes con esquistosomiasis.⁵

El hallazgo de un adenocarcinoma en la vejiga sugiere tres posibles diagnósticos: Adenocarcinoma intestinal con afección vesical, adenocarcinoma del uraco o adenocarcinoma vesical primario.^{2,6}

Para que un tumor sea clasificado como dependiente del uraco debe haber un límite claro entre el tumor y el epitelio adyacente de la vejiga, con origen del tumor debajo del urotelio.¹⁷

Cualquier variante histológica de adenocarcinoma entérico puede presentarse en la vejiga, incluyendo la

de células en anillo de sella y el carcinoma coloide. La mayoría de los carcinomas de vejiga son productores de mucina.⁷ La presencia de cistitis glandular debe hacer sospechar un tumor de origen intestinal, aunque no es patognomónico.⁸ La modalidad en anillo de sella parece tener más agresividad que el resto de los subtipos histológicos.²

Endoscópicamente estos tumores son de aspecto papilar o sésil y en el caso de los de células en anillo de sella producen con frecuencia linitis plástica de la vejiga.⁹⁻¹¹ Los adenocarcinomas de vejiga pueden ser encontrados bajo dos formas específicas de localización: La primera en el domo o en la pared anterior que puede ser considerada como tumor del uraco, la segunda, usualmente en el trigono o peritrigonal que se considera vesical propiamente.¹²

La histogénesis de estas lesiones probablemente yace en un mecanismo de metaplasia del urotelio

vesical bajo la influencia de factores infecciosos o mecánicos. El pronóstico es mejor en los tumores uracales comparado con los primarios vesicales y los intestinales.¹²

Los tumores de origen uracal son más frecuentes en las mujeres, mientras que los adenocarcinomas primarios o secundarios de la vejiga son más comunes en varones, así mismo algunos estudios han indicado que los tumores del uraco son predominantemente de individuos más jóvenes.¹³

El estadio, grado histológico y afección ganglionar son hasta el momento los únicos factores pronósticos de importancia. La cistectomía radical continúa siendo la única opción terapéutica satisfactoria para el adenocarcinoma primario de vejiga. En caso de recurrencia local se han usado otras modalidades terapéuticas, como la quimioterapia con un radiosensibilizador como 5 FU previo a radioterapia pélvica.^{14,15}

Generalmente los adenocarcinomas vesicales no son radiosensibles por lo que la cistectomía parcial + radioterapia se traduce en una pobre sobrevida de estos pacientes (13 meses en promedio).¹³

La sobrevida en general 5 años libre de enfermedad se ha estimado en 25 a 55% posterior a cistectomía radical.^{14,16}

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de una mujer 50 años de edad, sin exposición ocupacional a tóxicos, núbil y portadora de mielomeningocele. Acude a nuestro hospital con padecimiento de dos años de evolución caracterizado por hematuria en 5 ocasiones, total, macroscópica, con coágulos amorfos y autolimitada, asociada con incon-

tinencia urinaria de urgencia. A la exploración física se encuentra un mielomeningocele lumbar y sus genitales externos de fenotipo femenino de características normales, las extremidades pélvicas atróficas. Los exámenes de laboratorio únicamente reportan como anormalidad leucocitos y eritrocitos en orina incontables. En el examen cistoscópico hay evidencia de un tumor sésil con áreas hemorrágicas recientes y necrosis de 5 x 4 cm en el fondo y pared vesical anterior, el cual se había sospechado en un USG vesical y un cistograma miccional, donde además hubo reflujo vesicoureteral grado III del lado derecho (*Figuras 1-A y 1-B*). Se toma biopsia en frío que reporta adenocarcinoma endometrioide poco diferenciado. Al no haber evidencia de enfermedad metastásica en los estudios de extensión (*Figuras 2, 3-A y 3-B*), se programa y realiza cistectomía radical con derivación urinaria heterotópica tipo Bricker. El tumor se encontraba confinado a la vejiga y sin actividad ganglionar tumoral (*Figuras 4-A y 4-B*). Actualmente está asintomática y sin evidencia de actividad tumoral local o metastásica a 20 meses de seguimiento.

DISCUSIÓN

El adenocarcinoma de vejiga puede ser de tipo primario o secundario; el primero originado en la pared vesical propiamente o en la mucosa del uraco, y el segundo generalmente de origen intestinal.^{2,6} La localización más frecuente de los tumores del uraco es el domo vesical, y de los vesicales propios es el triángulo o base vesical.¹² Debe existir un punto de demarcación claro entre el urotelio vesical y el tumor



Figura 1A.



Figura 1B.

Figura 1. A. Ultrasonido vesical en el que se observa un tumor que ocupa el 40% de la luz y de ecogenicidad heterogénea. **B.** Cistograma miccional con un defecto de llenado en el domo vesical y reflujo vesicoureteral derecho grado III.

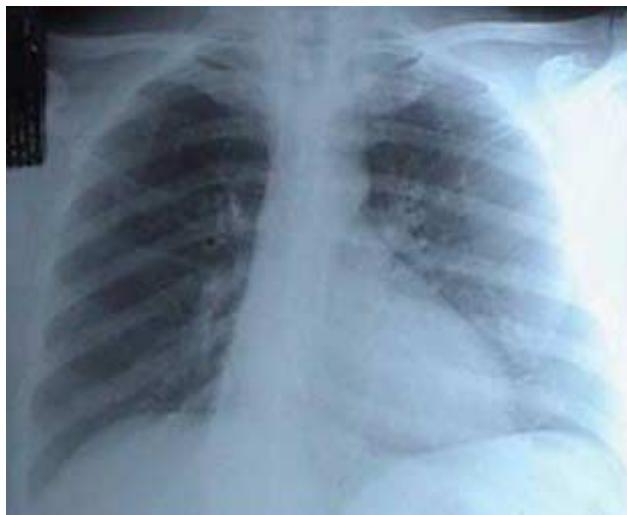


Figura 2. Tele de tórax sin evidencia de enfermedad metastásica.



Figura 3A.



Figura 3B.

Figuras 3. A y B. Tomografía abdominopélvica con un tumor de crecimiento intraluminal vesical que oscila entre +79 y +106 UH, sin afección perivesical y con ambos riñones dentro de límites normales.



Figura 4A.

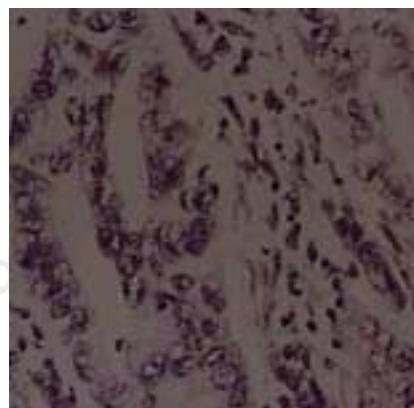


Figura 4B.

Figuras 4. A y B. En el reporte de patología se encontró un adenocarcinoma bien diferenciado con infiltración de la submucosa y muscular de la mucosa, localizado al trigono y pared lateral derecha con áreas de cistitis quística y 14 ganglios con hiperplasia mixta

para poder hablar de un tumor del uraco, no obstante esto es en ocasiones difícil por la infiltración tumoral hacia la luz de la vejiga.¹⁷ Los tumores del uraco son más frecuentes en mujeres, y en general el adenocarcinoma vesical tiene una predisposición por aparecer en la quinta a séptima décadas de la vida.¹³ La presencia de células en anillo de sello debe hacernos pensar en un tumor agresivo y el hallazgo de cistitis glandular en un probable tumor dependiente del intestino.^{2,8} Hay tres factores que impactan en la sobrevida de estos pacientes: el estadio, el grado histopatológico del tumor y la afección ganglionar, aunque algunos autores agregan a estos tres la presencia de depósitos de mucina.^{14,15} La mejor terapéutica empleada es la cistectomía radical, ya que estos tumores en general no son ni quimio ni radiosensibles.^{13,14,16}

BIBLIOGRAFÍA

1. Pantuck AJ, Vates TS, Javidian P, Weiss RE. Urachal adenocarcinoma. *Can J Urol* 1997; 4(4): 450-452.
2. Burnett AL, Epstein JI, Marshall FF. Adenocarcinoma of urinary bladder: classification and management. *Urology* 1991; 37(4): 315-321.
3. Nielsen K, Nielsen KK. Adenocarcinoma in extrophy of the bladder, the last case in Scandinavia? A case report and review of the literature. *J Urol* 1983; 130: 1180.
4. Bennett JK et al. Ten year experience with adenocarcinoma of the bladder. *J Urol* 1984; 131: 262-264.
5. Anderstrom C et al. Primary adenocarcinoma of the urinary bladder: A clinicopathologic and prognostic study. *Cancer* 1983; 52: 1273-1275.
6. Comesana E et al. Adenocarcinoma in the bladder. Apropos of a case. *Actas Urol Esp* 1991; 15(6): 587-589.
7. Abenoza P, Manivel C, Fraley E. Primary adenocarcinoma of urinary bladder: clinicopathologic study of 16 cases. *Urology* 1987; 29: 9-12.
8. Medina PM, Valero PJA, Valpuesta FI, Sánchez GM. Bladder adenocarcinoma with glandular cystitis areas. *Arch Esp Urol* 2001; 54(3): 254-256.
9. Choi H et al. Primary signet ring cell carcinoma of the urinary bladder. *Cancer* 1984; 53: 1985-1988.
10. Sheldon CA et al. Malignant urachal lesions. *J Urol* 1984; 131: 1-3.
11. Blute ML et al. Primary signet ring cell adenocarcinoma of the bladder. *J Urol* 1989; 415: 17-21.
12. Lacoste MJ, Lachard A, Coulange C, Gauvin C, Rampal M. Primary adenocarcinoma of the bladder. Apropos of 5 cases. *J Urol (Paris)* 1985; 91(1): 37-42.
13. Gill HS, Dhillon HK, Woodhouse CR. Adenocarcinoma of the urinary bladder. *Br J Urol* 1989; 64(2): 138-142.
14. el-Mekresh MM, el-Baz MA, Abol-Enein H, Ghoneim MA. Primary adenocarcinoma of the urinary bladder: a report of 185 cases. *Br J Urol* 1998; 82(2): 206-212.
15. Sánchez SD et al. Primary bladder adenocarcinoma: our experience in the last 10 years. *Actas Urol Esp* 2001; 25(8): 573-577.
16. Shou J, Ma J, Xu B. Adenocarcinoma of the urinary bladder: a report of 27 cases. *Zhonghua Zhong Liu Za Zhi* 1999; 21(6): 461-463.
17. Mostofi FK. Potentialities of bladder urothelium. *J Urol* 1954; 71: 715-718.