

Cáncer epidermoide de vejiga: manifestación clínica atípica

Socorro Adriana Cabello Ponce de León,* Mario Rojas Díaz,* Héctor Fernando Sánchez Martínez,** Juan Carlos Hernández Chavolla,*** Víctor Mora Santiago,*** Alicia Graef,*** Jesús Iván Landeros,**** Claudia Pérez Durán¹

RESUMEN

Se comunica el caso de un hombre de 80 años de edad con carcinoma epidermoide de vejiga y antecedentes de tabaquismo desde la juventud. El paciente manifestaba dolor abdominal en la fossa iliaca derecha (tipo cólico), disuria, tenesmo vesical y nicturia. El ultrasonido reportó hidronefrosis del lado derecho y una lesión intramural pediculada en el piso de la vejiga. El resultado de la biopsia fue carcinoma epidermoide atípico.

Palabras clave: carcinoma epidermoide de vejiga.

ABSTRACT

A case of epidermoid carcinoma of the bladder is reported in an 80 year-old masculine patient, with tabaquism antecedent since youth and clinical manifestation of abdominal pain in right lower quadrant of colic type, dysuria, vesical tenesmus and nocturia. Ultrasound results shows right hydronephrosis, and an intramural pediculated lesion in the floor of the bladder. Biopsy result was epidermoid carcinoma, very unusual.

Key words: Epidermoid carcinoma of the bladder.

El cáncer de vejiga es padecimiento con elevada incidencia durante las últimas décadas de la vida. Es la segunda neoplasia con mayor frecuencia entre los tumores genitourinarios, seguida del cáncer de próstata. La mayor parte es de estirpe epitelial (transicional): 90% es urotelial; 6%, de células escamosas, y 2%, de adenocarcinomas. Su localización es vesical (90%), aunque aparecen en todo el conducto urinario (5% en el conducto urinario superior y 1% en la uretra). Los tumores vesicales atípicos son aquellos con morfología diferente al transicional y

constituyen menos de 5% de los tumores malignos de la vejiga. Las variedades más frecuentes son el carcinoma epidermoide, adenocarcinoma y sarcoma primario.¹

CASO CLÍNICO

Hombre de 80 años de edad, originario de Tlaxcala y residente en el DF, con antecedentes de tabaquismo (20 cigarros al día, hasta hoy) y consumo de bebidas alcohólicas desde la juventud. El estudio COMBE resultó negativo. El padecimiento actual inició 15 días antes de ingresar al servicio de urgencias, Hospital de Especialidades Belisario Domínguez. Las manifestaciones eran dolor abdominal en la fossa iliaca derecha (tipo cólico), náusea y vómito con contenido gástrico, intolerancia por vía oral, disuria, tenesmo vesical y nicturia. El paciente acudió anteriormente con el médico facultativo, quien prescribió butilhioscina, naproxeno y amoxicilina; sin embargo, no tuvo mejoría y perdió peso corporal (6 kg).

En la exploración física se observó el cuello sin adenomegalias; examen cardiopulmonar sin alteraciones; abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial; puntos ureterales superiores y medios positivos; signo de Giordano negativo, sin

* Servicio de medicina interna y geriatría.

** Servicio de patología.

*** Servicio de radiología e imagen.

**** Servicio de urología.

¹ Servicio de medicina interna y nefrología.

Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez

Correspondencia: Dra. Socorro Adriana Cabello Ponce de León. Servicio de medicina interna-geriatría, Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez. Av. Tláhuac núm. 4866, col. San Lorenzo Tezonco, del. Iztapalapa, CP 09790, México, DF. E-mail: adrianacabello@msn.com, interno4@prodigy.net.mx, mrojasdiaz@terra.com.mx

Recibido: marzo, 2007. Aceptado: julio, 2007.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

visceromegalias o tumoraciones, y peristalsis normal. El examen general de orina reportó pH de 5.0, turbio, color amarillo, densidad de 1.015, leucocitos (20 a 30 por campo), eritrocitos (5 a 10 por campo), células epiteliales (0 a 1 por campo) y bacterias (+). En el ultrasonido se detectó hidronefrosis moderada y dilatación del uréter derecho en la unión ureterovesical (figuras 1 y 2). En la vejiga se observó una lesión intramural sólida y pediculada del piso vesical (figuras 3 y 4). Con la tomografía axial abdominopélvica se confirmaron los hallazgos ultrasonográficos y se descartó la extensión tumoral.



Figura 1. Hidronefrosis derecha.



Figura 2. Dilatación del uréter derecho en la unión ureterovesical.

La cistoscopia polipovesicoureteral, cistoscopia transuretral, meatomía, resección transuretral de la vejiga y la biopsia reportaron carcinoma epidermoide del



Figura 3. Lesión intramural sólida pediculada del piso vesical.



Figura 4. Lesión polipoide del piso vesical.

urotelio, moderadamente diferenciado, con invasión en la mucosa (figuras 5 y 6). El paciente se programó para cistectomía y tratamiento complementario con quimio y radioterapia.

DISCUSIÓN

El carcinoma epidermoide de vejiga representa 5 a 8% de los tumores vesicales; tiene alta incidencia en el Medio Este y Este de África, y se relaciona con la infección ocasionada por *Schistosoma haematobium*, debido al mecanismo y la irritación química que produce.¹⁻³ Otros factores que producen dichas alteraciones incluyen sondas permanentes, litiasis, retención crónica de orina y tabaquismo. Este último fue factor de riesgo en el paciente del estudio. El carcinoma epidermoide

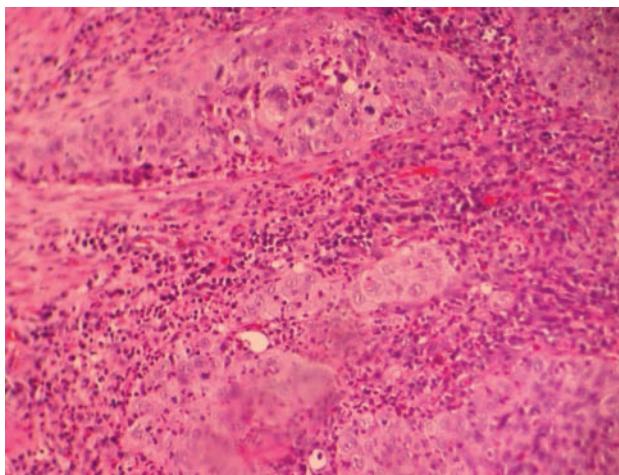


Figura 5. Tinción Hematoxilina-eosina. Nódulos de células epidermoides.

de vejiga es más frecuente en los varones y aparece entre los 60 y 70 años de edad (edad promedio de 67 años). Es poco frecuente que ocurra afección linfática o metástasis a distancia (cuadro 1).^{4,5}

Queipo y su grupo reportaron 21 casos, desde 1988 hasta 2003, con diferentes variedades anatomo-patológicas del tumor (13 carcinomas epidermoides, 7 adenocarcinomas y 1 sarcoma). La edad promedio en que apareció el carcinoma epidermoide fue a los 50.3

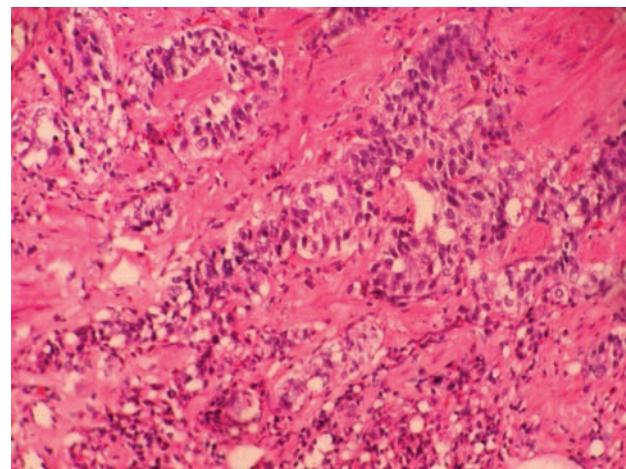


Figura 6. Biopsia de la vejiga teñida con hematoxilina-eosina; se observa invasión en la capa muscular.

± 8.1 años. Debbagh reportó una serie de 14 casos en un periodo de 20 años, cuyo antecedente de mayor importancia fue el tabaquismo.⁶ Uno de los principales síntomas es la hematuria.⁷ El paciente de este estudio tenía 80 años de edad y su motivo de consulta fue dolor en la fosa iliaca derecha. La localización del cáncer epidermoide es en el trígono y retrotrígono (85%) de la base vesical, lo que indica que 62% de los pacientes sufre ureterohidronefrosis uni o bilateral en distintos

Cuadro 1. Comparación entre carcinoma epidermoide de vejiga y esquistosomiasis

Características	Sin esquistosomiasis	Esquistosomiasis
Distribución geográfica	Occidente	Este de África, Sureste de Asia, Sur de América
Porcentaje de los tumores de vejiga	1.2 a 4.5%	59%
Edad	50 años	70 años
Relación Mujeres:Hombres	Discreto predominio en hombres	1:5
Principales factores predisponentes	Cateterización prolongada	Infecciones bacterianas y virales asociadas con infección por esquistosoma
Síntomas principales	Hematuria	Irritación en la vejiga
Localización	Hemisferio bajo de la vejiga	Hemisferio superior de la vejiga
Forma	Ulcerativo	Nodular
Estadio	Avanzado	Avanzado
Grado	Alto	Moderado-alto
Metástasis en los nódulos linfáticos	8 a 10%	18.7%
Tratamiento	Cistectomía radical	Cistectomía radical
Pronóstico	Pobre	Bueno
Prevención	Evitar el uso de sonda por tiempo prolongado	Eliminación y tratamiento de la esquistosomiasis y detección oportuna

Fuente: Shokeir AA.³

grados,¹ como ocurrió en el paciente del estudio. El carcinoma epidermoide se divide en dos grupos: tumores epidermoides puros y tumores epidermoides mixtos. Los pacientes con tumor epidermoide puro tienen la peor evolución clínica, en comparación con los que sufren carcinoma transicional con focos de diferenciación escamosa. El promedio de supervivencia en los pacientes con tumores epidermoides puros es de 12.5 meses y en los pacientes con tumores mixtos de 26.55 meses;^{2,8} sin embargo, 12.5% de los casos logra supervivir dos años.

Desde el punto de vista histopatológico, el tumor epidermoide está formado por nódulos de células malignas con grado variable de queratinización. Los genes relacionados con esta neoplasia son el p53, bcl-2, HER2/neu y MIB-1.^{5,9-11} La característica inmunohistoquímica más frecuente es la coexistencia de citoqueratinas de alto peso molecular (las de bajo peso molecular aparecen en el carcinoma transicional).¹² El antígeno carcinoembrionario es negativo en los tumores epidermoides, pero en los carcinomas uroteliales muestra tinción débil. El cáncer de vejiga tiene inicio silencioso y su diagnóstico se establece por la hematuria macroscópica como síntoma particular (10% de los casos). En otras ocasiones puede haber hematuria microscópica y síntomas de irritación (disuria, urgencia miccional y polaquiuria).¹³

El tratamiento de elección es la cistectomía radical. Algunos estudios han reportado supervivencia a cinco años en 48 a 64% de los pacientes. Los tratamientos adicionales comprenden quimioterapia y radioterapia (en combinación), tratamientos farmacológicos y terapias complementarias.^{4,13-16}

REFERENCIAS

1. Queipo Zaragoza JA, Chicote Perez F, Borell Palanca A, Beltran Meseguer JF, et al. Unusual bladder tumors: primary epidermoid carcinoma, adenocarcinoma, and sarcoma. Clinical behavior. Our experience. *Actas Urol Esp* 2003;27(2):123-31.
2. Budia Alba A, Queipo Zaragoza JA, Perez Ebri ML, Fuster Escrivá A, et al. Comparative study epidermoid carcinoma of the bladder and transitional cell carcinoma with squamous or mixed differentiated foci. *Actas Urol Esp* 1999;23(2):111-8.
3. Shokeir AA. Squamous cell carcinoma of the bladder: pathology, diagnosis and treatment. *BJU Int* 2004;93(2):216-20.
4. Desgrippe A, Meria P, Cortesse A, Cochand-Priolleet B, Cariou G. Epidermoid carcinoma of the bladder. *Prog Urol* 1998;8(3):321-9.
5. El-Sebaie M, Zaghloul MS, Howard G, Mokhtar A. Squamous cell carcinoma of the bilharzial and no-bilharzial urinary bladder: a review of etiological features, natural history, and management. *Int J Clin Oncol* 2005;10(1):20-25.
6. Debbagh A, Bennani S, Hafiani M, el Mrini M, Benjelloun S. Epidermoid carcinoma of the bladder. Apropos of 14 cases. *Ann Urol* 1997;31(4):199-203.
7. Manunta A, Vincendeau S, Kiriakou G, Lobel B, Guillé F. Non-transitional cell bladder carcinomas. *BJU Int* 1995;497-502.
8. Bussani R, Silvestri F, Giarelli L. Pure squamous cell and mixed transitional and squamous carcinoma of the bladder. A clinico-histopathological comparative study. *Minerva Urol Nefrol* 1989;41(3):177-81.
9. Blaveri E, Simko JP, Korkola JE, Brewer JL, et al. Bladder cancer outcome and subtype classification by gene expression. *Clin Cancer Res* 2005;11(11):4044-55.
10. Badr KM, Nolen JD, Desore PB, Cohen C. Muscle invasive schistosomal squamous cell carcinoma of the urinary bladder: frequency and prognostic significance of p53, BCL-2, HER2/neu and proliferation (MIB-1). *Hum Pathol* 2004;35(2):184-9.
11. Swellam M, Abd-Elmaksoud N, Halim MH, Khatab H, Khiry H. Incidence of Bcl-2 expression in bladder cancer: relation to schistosomiasis. *Clin Biochem* 2004;37(9):798-802.
12. Gee JR, Montoya RG, Khaled HM, Sabichi AL, Grossman HB. Cytokeratin 20, AN43, PGDH, and COX-2 expression in transitional and squamous cell carcinoma of the bladder. *Urol Oncol* 2003;21(4):266-70.
13. Benson RC. Endoscopic management of bladder cancer with Hematoporphyrin derivative phototherapy. *Urol Clin North Am* 1984;120:637-16.
14. Durdux C, Housset M. Facteurs pronostiques des tumeurs infiltrantes de vessie. *Cancer Radiothéér* 1998;2(5):491-8.
15. Cooke PW, James ND, Ganesan R, Burton A, et al. Bcl-2 expression identifies patients with advanced bladder cancer treated by radiotherapy who benefit from neoadjuvant chemotherapy. *BJM Int* 2000;85:829-35.
16. Goffin JR, Rajan R, Souhami L. Tolerance of radiotherapy and chemotherapy in elderly patients with bladder cancer. *Am J Clin Oncol* 2004;27:172-7.