

CASO CLÍNICO

Litiasis coraliforme izquierda y pielonefritis xantogranulomatosa asociada con carcinoma epidermoide de vejiga. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Calderón Ferro E,¹ Fernández Carreño A.J.,¹ Morales Montor G.,¹ Andrade Platas D.,¹ Reyes M.¹

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente masculino de 43 años con hematuria macroscópica de 5 meses de evolución, que posteriormente presenta sintomatología obstructiva y lituria hasta caer en retención aguda de orina, lo cual fue manejado con sonda transuretral; se realiza urografía excretora que revela la presencia de defecto de llenado vesical y exclusión renal izquierda; se lleva a cabo resección transuretral de masa vesical, reportando carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado con invasión a lámina propia. El gammograma óseo fue negativo. Después de la nefrectomía izquierda más cistoprostatectomía se reportó carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado con invasión de toda la pared, riñón con lito coraliforme y pielonefritis xantogranulomatosa. Se envió a radioterapia (24 Gy. en cuatro sesiones).

Palabras clave: litiasis coraliforme, pielonefritis xantogranulomatosa, carcinoma epidermoide.

SUMMARY

We present a 43 year old male case with a 5-month macroscopic hematuria with obstructive symptoms that evolves to acute urinary retention and lithuria, an excretory urogram is performed that reveals the presence of a bladder filling defect and left renal exclusion, a trans urethral bladder resection results in a squamous cell carcinoma of the bladder with moderate differentiation with invasion to the lamina propria; bone scintigraphy results negative. Left nephrectomy plus cistoprostatectomy reports a squamous cell carcinoma of the bladder with moderate differentiation with complete invasion of the muscular wall, left kidney with a staghorn calculi and xanthogranulomatous pyelonephritis, the patient is sent to radiotherapy (24 Gy. in 4 sessions).

Key words: *staghorn calculi, xantogranulomatous pyelonephritis, squamous cell carcinoma.*

¹ División de Urología del Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

Correspondencia: Hospital General "Dr. Manuel Gea González". División de Urología. Calzada de Tlalpan 4800, Colonia Toriello Guerra, Delegación Tlalpan, México, D.F. Teléfono: 5665-7681.

INTRODUCCIÓN

El espectro de tumores vesicales es amplio e incluye carcinomas de células transicionales, adenocarcinomas, leiomiomas y carcinoma de células escamosas.¹⁻³ El cáncer de células transicionales es el tumor que se presenta con mayor frecuencia, por lo que ha

sido descrito ampliamente, mientras que el carcinoma de células escamosas constituye un porcentaje menor (1.6%) de todos los tumores vesicales en áreas donde no se presentan infecciones por *Schistosoma haematobium*.⁴ Estos tumores están asociados con antecedentes de infecciones crónicas, cálculos vesicales o el empleo crónico de sondas vesicales, así como de infecciones crónicas asociadas con tabaquismo representan un factor de riesgo importante.⁵

Histológicamente consisten de un solo tipo celular y muestran las características “perlas” o “nidios” escamosos y células poligonales con puentes intercelulares,^{3,6} con islas queratinizadas que contienen agregados excéntricos de las llamadas perlas. Por lo general, al momento del diagnóstico se encuentran pobremente diferenciados.⁷

Al igual que los carcinomas uroteliales, los carcinomas escamosos expresan con frecuencia anormalidades en los genes p16 y p53, aunque los mecanismos de alteraciones genéticas difieren en los dos tipos de tumores;⁸ además, expresan factores de crecimiento transformador, factor de crecimiento epidermoide, citoqueratina 14 y psoriasina, lo que pone en evidencia la presencia de una vía secundaria oncogénica y se relacionan con tumores con menor diferenciación.^{1,9,10}

Respecto a los fenómenos paraneoplásicos, se ha descrito el síndrome de Sweet, que consiste en fiebre, leucocitosis y lesiones eritematosas distribuidas principalmente en las extremidades superiores.¹¹

MATERIAL Y MÉTODOS

Este es un caso descriptivo de un paciente masculino de 43 años de edad que presentó hematuria macroscópica en tres ocasiones en un lapso de cinco meses, a lo que se agrega sintomatología obstructiva y lituria hasta mostrar retención aguda de orina, manejada con sonda transuretral. Se realizó urografía excretora que reveló la presencia de un defecto de llenado vesical, litiasis coraliforme izquierda y exclusión renal (**Figuras 1 y 2**). Asimismo, después de practicar TAC abdominal se observó presencia de litiasis coraliforme izquierda y defecto de llenado vesical de 50% (**Figuras 3 y 4**), por lo que se realizó resección transuretral de masa vesical, que reportó carcinoma epidermoide vesical moderadamente diferenciado con invasión a

lámina propia; el gammograma óseo fue negativo. Se llevó a cabo cistoprostatectomía con nefrectomía izquierda (**Figura 5**) con reporte histopatológico de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, con invasión a toda la pared hasta tejidos blandos perivesicales (**Figura 6**); los márgenes quirúrgicos se observaron libres de tumor, y ganglios negativos. Se envió a radioterapia, recibiendo 24 Gy. en cuatro sesiones.

DISCUSIÓN

Las neoplasias vesicales no uroteliales son patologías raras en el continente americano, son ampliamente superadas por tumores uroteliales y juntos representan menos del 5% de todos los tumores vesicales combinados; en segundo lugar en frecuencia después del carcinoma de células transicionales se encuentra el carcinoma epidermoide que representa 1 al 3% de las neoplasias vesicales en el hemisferio occidental. El carcinoma epidermoide



Figura 1. Placa simple de abdomen con imagen de litiasis coraliforme en riñón izquierdo.



Figura 2. Urografía excretora. Se observa defecto de llenado de vejiga.

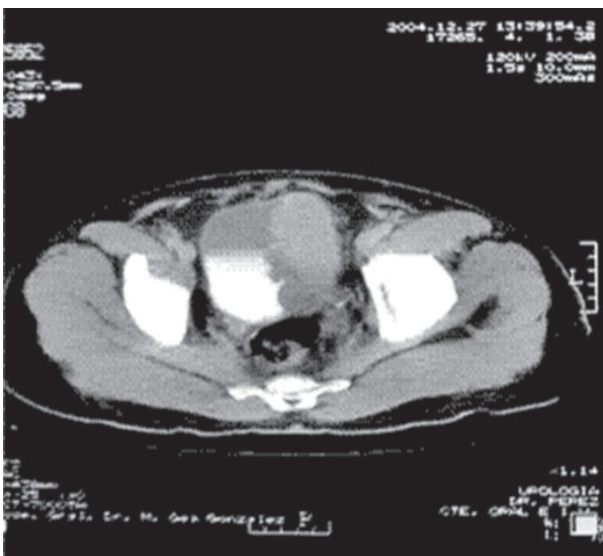


Figura 3. Tomografía axial computada. Se aprecia defecto de llenado vesical y masa en pared lateral izquierda.

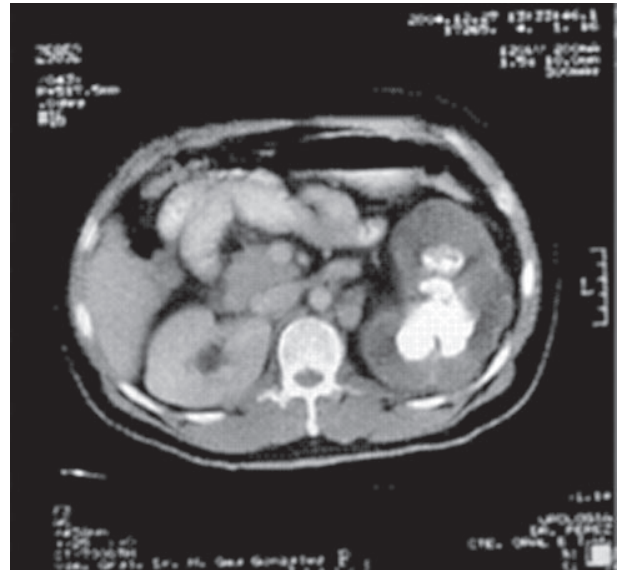


Figura 4. Tomografía axial computada. Se evidencia litiasis coraliforme izquierda.

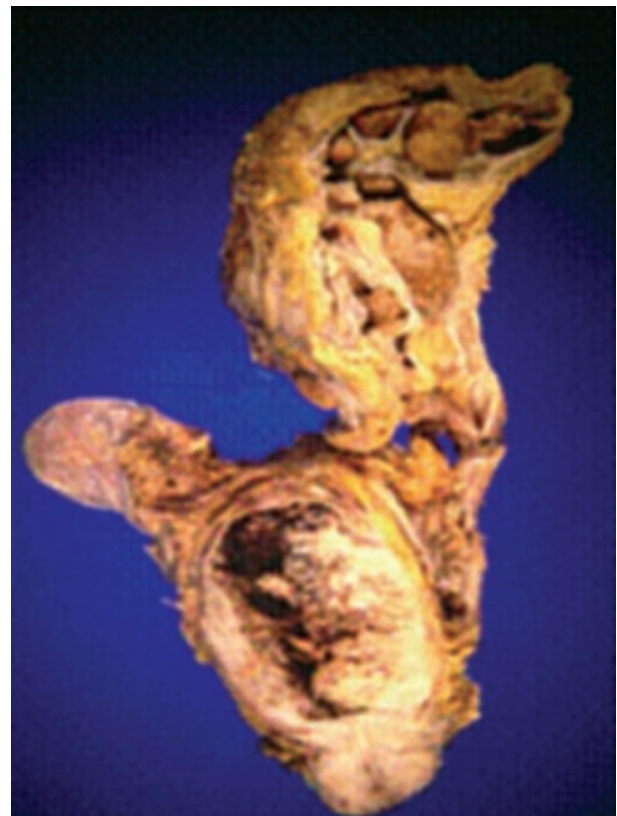


Figura 5. Pieza quirúrgica, riñón izquierdo, vejiga y próstata.

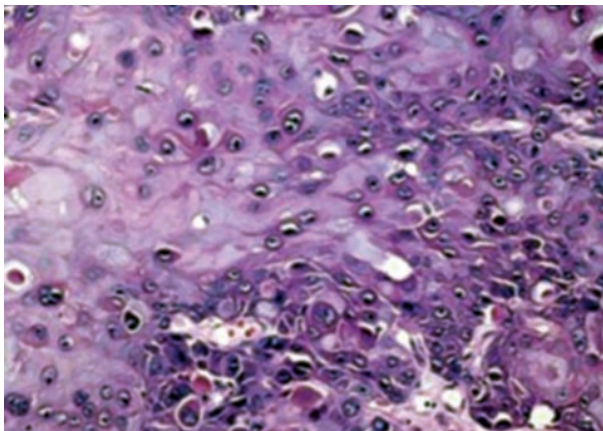


Figura 6. Imagen histopatológica del tumor vesical.

de la vejiga en su forma pura es un hallazgo raro y debe ser distinguido del cáncer de células transicionales con diferenciación escamosa parcial, un hallazgo relativamente común en piezas de cistectomía radical.¹⁰

Los pacientes que presentan carcinoma epidermoide no relacionadas a infecciones por *S. haematobium* tienen un pronóstico desfavorable, en gran medida por la presencia de enfermedad localmente avanzada al momento de la presentación.¹¹ El caso presentado corresponde a tres patologías diferentes, una causante de las otras dos, ya que la litiasis predispone a la presencia de pielonefritis xantogranulomatosa, y principalmente a la presencia de carcinoma vesical epidermoide mediante mecanismos irritativos crónicos al liberar fragmentos hacia la vejiga. A pesar de representar la minoría de las estirpes histológicas encontradas en el hemisferio occidental, su identificación se debió a la presencia de un defecto de llenado encontrado en la urografía excretora, lo que orientó hacia la realización de una resección transuretral de vejiga haciendo posible la identificación histológica.

CONCLUSIONES

El carcinoma epidermoide de vejiga se relaciona con la presencia de factores irritativos crónicos, como la presencia de litiasis vesical, infecciones crónicas o la presencia de catéteres vesicales a largo plazo; en nuestro caso dicho factor se hace presente por la presencia de un lito coraliforme el cual libera

fragmentos de manera distal hacia la vejiga lo que explica el citado mecanismo; es de llamar la atención la ausencia de metástasis ganglionares o a distancia; una particularidad de éste caso es que a pesar de que en la mayoría de los reportes éstos tumores son de bajo grado, en nuestro caso fue moderadamente diferenciado. La asociación con pielonefritis xantogranulomatosa no fue encontrada en las revisiones previas de la literatura.

BIBLIOGRAFÍA

1. Celis JE, Rasmussen HH, Forum H, Madsen P, Honores B, Wolf H, Orntoft TE. Bladder Squamous cell carcinoma express psoriasin and externalize it to the urine. *J Urol*. 1996;155(6): 2105-12.
2. Bryan GT, Cohen SM. The pathology of bladder cancer. CRC Press vols I and II, 1983.
3. Olsen S. Tumors of the kidney and urinary tract: Textbook. Copenhagen: Munksgaard, 1984.
4. Lefevre M, Crouzet T, Bouissou H. Critical study of several histoprosthetic factors concerning epidermoid type transitional cell carcinomas and vesical epidermoid carcinomas. Appropos of 107 cases. *Arch Anat Cytol Pathol*. 1977;25(4):277-82.
5. Porter M, Voigt LF, Penson DE, Weiss NS. Racial variation in the incidence of squamous cell carcinoma of the bladder in the United States. *J Urol*. 2002;168(5):1960-3.
6. Koss LG. Tumors of the urinary bladder: Atlas of tumor pathology. Armed forces Institute of pathology. 2005; Fasc 11.
7. Shokeir AA. Squamous cell carcinoma of the bladder: pathology, diagnosis and treatment. *BJU Intl*. 2004;93(2):216-20.
8. Girgin C, Sezer A, Rusen UC, Ermete M, Ozcan U. Outcome of treatment of invasive non-transitional cell carcinoma. *Int J Urol*. 2003;10(10):525-9.
9. Tungekar MF, Linehan J. Patterns of expressions of transforming growth factor and epidermal growth factor receptor in squamous cell lesions of the urinary bladder. *J Clin Pathol*. 1998;51(8):583-7.
10. Chu PG, Lyda MH, Weiss LM. Cytokeratin 14 expression in epithelial neoplasms: a survey of 435 cases with emphasis on its value in differentiating squamous cell carcinomas from other epithelial tumors. *Histopathology*. 2001;39(1): 9-16.
11. Syed S, Furman J, Nalesnik JG, Basler J. Sweet's syndrome associated with squamous cell carcinoma of the bladder. *J Urol*. 2003;170(1):180-1.