



CASO CLÍNICO

Carcinoma epidermoide de vejiga. Reporte de 2 casos en el Centro Médico ISSEMYM, Metepec, Estado de México

Aragón CM,¹ Molina-Polo LD,² Galicia SR,³ Ávalos H,⁴ Barrera GO⁵

RESUMEN

Del total de los cánceres de vejiga que se reportan, una pequeña parte corresponden a carcinoma epidermoide de vejiga (1-7%). Esta neoplasia es frecuente en lugares donde la esquistosomiasis es endémica, tales como Egipto, Sudán y Arabia. En este artículo, se presentan dos casos de carcinoma epidermoide de vejiga, en pacientes sin factores de riesgo para desarrollar esta neoplasia.

SUMMARY

Of the total number of bladder carcinomas, a small number of cases are squamous cell carcinoma (1-7%). This neoplasm is frequent in countries where schistosomiasis is endemic, such as, Egypt, Sudan and Arabia. In this article, we present two cases of bladder squamous cell carcinoma, in patients, with no risk factor to develop this neoplasia.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia del carcinoma epidermoide de vejiga es de 1-7%. Es el tumor más frecuente en países donde la esquistosomiasis es endémica (Egipto, Sudán y Arabia).¹ Entre 2.5 a 10% de los pacientes con lesión medular desarrollarán este tipo de neoplasia. Se ha asociado con factores genéticos tales como alteraciones del cromosoma 9p, mutaciones genéticas en *cdkn2*, *psoriasin* en keratinocitos.²

Dentro de los factores de riesgo están: irritación vesical crónica, tabaquismo, metaplasia escamosa, leucoplasia, esquistosomiasis, radioterapia pélvica, uso previo de ciclofosfamida y el condiloma.³

El grado y el estadio son los factores pronósticos más importantes.⁴

Cabe resaltar que la mayoría de los tumores son invasores al momento del diagnóstico.

A continuación se presentan dos casos en que no se cuenta con ningún factor de riesgo para desarrollar carcinoma epidermoide de vejiga.

CASO 1

Paciente femenina de 52 años de edad, que cuenta con los siguientes antecedentes: carga genética para diabetes, hipertensión y cáncer. Es hipertensa desde hace 6 años bajo tratamiento médico y ha tenido varias intervenciones quirúrgicas, tales como: amigdalectomía, plastía inguinal, colecistectomía, salpingooforectomía bilateral con histerectomía. Su padecimiento actual lo inició 2

1, 3, 4 Servicio de Urología. Centro Médico ISSEMYM, Metepec.
2 Urologo Centro Médico ABC Campus Observatorio. 5 Patólogo. Centro Médico ISSEMYM, Metepec.

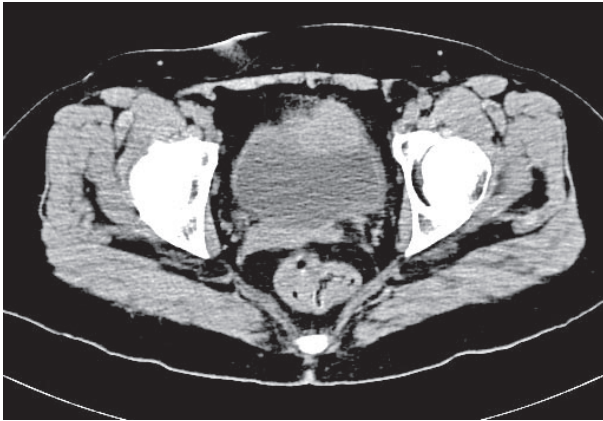


Figura 1. Tomografía axial computarizada, donde se aprecia masa vesical dependiente del domo.

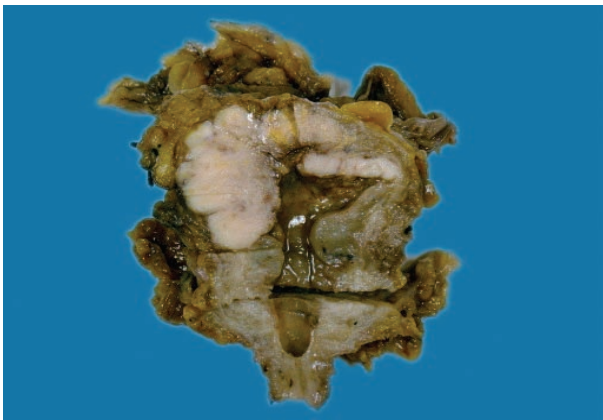


Figura 2. Pieza de patología, donde se aprecia compromiso e infiltración de capas profundas.

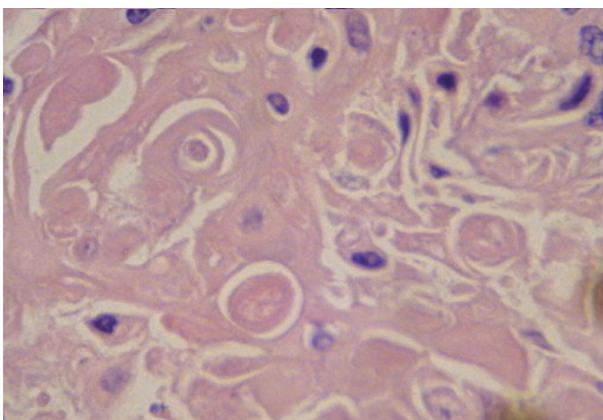


Figura 3. Estudio histopatológico (carcinoma epidermoide).

años antes de acudir a nuestro servicio con cuadros diagnosticados como cistitis de repetición manejados con múltiples medicamentos. Al cuadro se agrega hematuria macroscópica, motivo por el cual es enviada al servicio de urología. A la exploración física no hay datos relevantes. En un ultrasonido pélvico se aprecia una masa intravesical. Las citologías urinarias se reportaron positivas para carcinoma de urotelio. La tomografía computarizada mostró una masa localizada en cara anterior y domo vesical que al parecer infiltraba hasta la grasa perivesical y adenopatía izquierda de 2 cm (figura 1). El resto de los estudios de extensión fueron negativos.

Fue programada para resección transuretral de la tumoración vesical, localizado a nivel de domo vesical, no séstil, de 5 cm de base, fácilmente sangrante. Ante ello se decidió tomar biopsias calientes del tumor, con reporte histopatológico de carcinoma transicional grado III de Ash con diferenciación escamosa.

Tres semanas posteriores a la resección, se realizó cistectomía radical con linfadenectomía pélvica bilateral y conducto ileal, con el siguiente reporte de patología: carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, queratinizante, de 4.7 cm que infiltra toda la pared vesical hasta tejido adiposo perivesical, localizado hacia el domo y uréteres; cuello vesical y pared vaginal libres de tumor. Conglomerado ganglionar izquierdo de 3.2 cm y 2 de 22 ganglios linfáticos con metástasis de carcinoma epidermoide (figuras 2 y 3).

CASO 2

Paciente masculino 42 años de edad, sin ningún antecedente de importancia, el cual acudió a la consulta de urología por presentar hematuria de 9 meses de evolución. Acudió con un ultrasonido donde se apreciaba masa intravesical. Se realizaron estudios de extensión, donde se corroboró la tumoración intravesical. Se programó para resección transuretral de tumoración vesical, con los siguientes hallazgos: tumor sólido de base ancha de 7 x 7 cm localizado en cara anterior de la vejiga, se resecaron 10 gramos. El reporte de patología fue carcinoma de células transicionales grado III de Ash con invasión al músculo detrusor. Se le planteó la necesidad de cirugía radical que no aceptó. Regresó dos

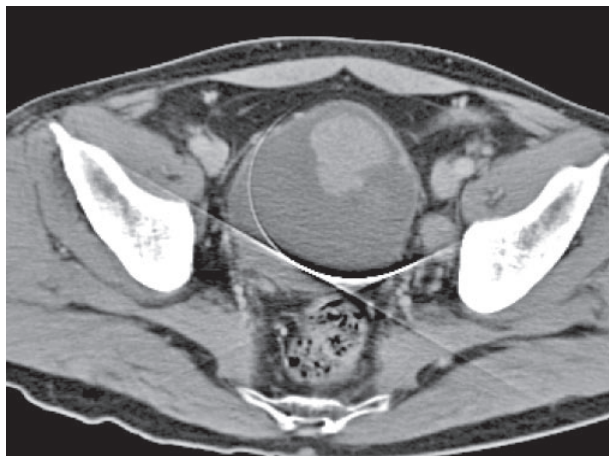


Figura 4. Tomografía axial computarizada, donde se aprecia imagen sólida dependiente del domo vesical.

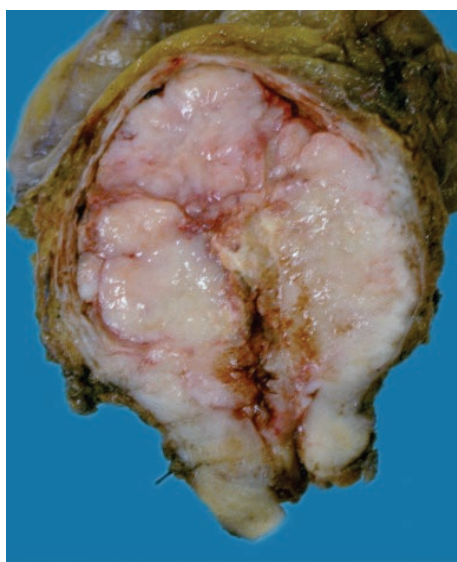


Figura 5. Pieza de patología macroscópica.

meses después a urgencias por cuadro de hematuria macroscópica intensa. Se realizaron nuevamente estudios de extensión, encontrando aumento del tamaño del tumor, con involucramiento de todas las capas de la vejiga, además de conglomerado ganglionar izquierdo (figura 4). Por lo anterior, se decide en conjunto con el paciente, realizarle cistoprostatectomía radical con linfadenectomía pélvica bilateral y conducto ileal, la cual se realizó sin

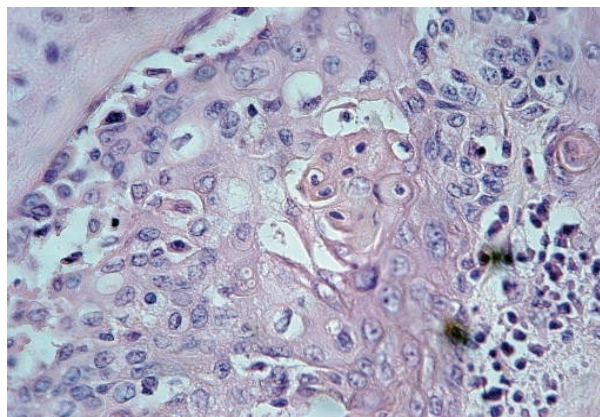


Figura 6. Estudio histopatológico (carcinoma epidermoide).

complicaciones. El reporte de patología, fue: carcinoma epidermoide de vejiga, sólido de 9 x 6.8 cm, originado en la base de la vejiga, márgenes quirúrgicos negativos, tejido adiposo perivesical posterior con tumor, 21 ganglios estudiados, 3 con metástasis de carcinoma epidermoide pobremente diferenciado, sin ruptura capsular (figuras 5 y 6).

Ambos pacientes se encuentran actualmente recibiendo terapia adyuvante, en el primer caso se le inició quimioterapia, y al segundo caso se dio manejo con radioterapia y actualmente está recibiendo quimioterapia.

DISCUSIÓN

Ambos casos presentados son carcinoma epidermoide de vejiga estadio T3b N2 M0. Lo que consideramos importante destacar es que en los artículos revisados no se encontraron casos similares a éstos, en donde no se identifiquen factores de riesgo para el desarrollo de carcinoma epidermoide de vejiga. Múltiples tratamientos han sido probados: la radioterapia sola con sobrevida a 5 años T2(15%), T3(5%). La cistectomía radical y disección ganglionar pélvica reportan sobrevida a 5 años para T1 y T2 (65-75%), T3 y T4 (15-35%).⁵ Se han administrado 2000 Rad. preoperatorios, con leve mejoría en la sobrevida. El tratamiento con quimioterapia no ha demostrado efectividad, sin embargo, existen nuevos esquemas que están aún en investigación. La sobrevida para estos pacientes a 5 años es del 15-35%.^{6,7}

BIBLIOGRAFÍA

1. Goneim MA, el-Mekresh MM, el-Baz MA *et al.* Radical cystectomy for carcinoma of the bladder: critical evaluation of the results in 1026 cases. *J Urol.* 1997; 158:393-99.
2. Costello AT, Tiptaft RC, England HR *et al.* Squamous cell carcinoma of the bladder. *Urology.* 1984;23:234-36.
3. Manunta A, Vincendeau S, Kiriakou G *et al.* Non-transitional cell bladder carcinomas. *BJU Int.* 2005; 95(4):497-502.
4. Shigehara K, Kitagawa Y, Nakashima T, Shimamura M. Squamous cell carcinoma of the bladder: a patient treated successfully with a new combined chemotherapy regimen. *Int J Clin Oncol.* 2006;11(4):329-31.
5. El-Sabaie M, Zaghoul MS, Howard G *et al.* Squamous cell carcinoma of the bilharzial and non-bilharzial urinary bladder: a review of etiological features, natural history and management. *Int J Clin Oncol.* 2005; 10(1):20-25.
6. Bejany DE, Lockhart JL, Rhamy RK. Malignant vesical tumors following spinal cord injury. *J Urol.* 1987;138: 1390-92.
7. Rogers CG, Palapattu GS, Shariats F. Clinical outcomes following radical cystectomy for primary non-transitional cell carcinoma of the bladder compared to transitional cell carcinoma of the bladder. *J Urol.* 2006; 175(6):2048-53.