



# Carcinoma vesical de células escamosas que emerge de tracto fistuloso vesico-cutáneo

Manzo-Pérez Braulio Omar, Gómez-Radillo Francisco Enrique, Valladares-Coto Benito Anibal, Beas-Luna Alejandro, Morales-Fonseca Juan Carlos, Chávez-Solis Edgar, Alfaro-Robles Enrique, Varela-Figueroa Damián, Cerda-Camacho Felipe de J., Gallo-Ochoa Mauricio.



## ■ RESUMEN

Este reporte describe el cuarto caso de carcinoma vesical de células escamosas, que invadía el trayecto fistuloso vesico-cutáneo. Masculino parapléjico de 34 años de edad, que 11 años después de ser manejado con sonda vesical a permanencia y con antecedentes de una cistostomía, infecciones urinarias recurrentes y litiasis vesical, fue diagnosticado con un carcinoma vesical escamoso del trayecto fistuloso vesico-cutáneo y presencia de uropatía obstructiva bilateral, así como metástasis óseas y pulmonares al momento del diagnóstico. Se describen también los tres casos reportados previamente en 1993 por Stroumbakis y colaboradores, en 1995 por Stokes y colaboradores y en 1999 por Schaafsma y colaboradores.

**Palabras clave:** Cáncer vesical, carcinoma de células escamosas, cistostomía, lesión medular, paraplejía, vejiga neurogénica, México.

## ■ ABSTRACT

*This report describes the fourth case of squamous cell bladder carcinoma with vesicocutaneous fistulous tract invasion. A 34-year-old paraplegic man had a past medical history of cystostomy, recurrent urinary infections, and bladder lithiasis, and after 11 years of management with a permanent bladder catheter he was diagnosed with squamous cell bladder carcinoma in a vesicocutaneous fistulous tract and bilateral obstructive uropathy, along with bone and lung metastases at the time of diagnosis. Three previously reported cases of similar invasions are also described herein: Stroumbakis et al. in 1993, Stokes et al. in 1995, and Schaafsma et al. in 1999.*

**Keywords:** *Bladder cancer, squamous cell carcinoma, cystostomy, medullary lesion, paraplegia, neurogenic bladder, Mexico.*

---

Servicio de Urología y Servicio de Anatomopatología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde. Guadalajara, Jal., México.

*Correspondencia:* Dr. Braulio Omar Manzo Pérez. 20 de Noviembre 211, Colonia San Felipe, C.P. 47750. Atotonilco el Alto, Jal., México. Teléfono: (391) 9172686. Móvil: 3312174796. Correo electrónico: braom85@yahoo.com.mx

## ■ INTRODUCCIÓN

Este reporte describe el cuarto caso de carcinoma vesical de células escamosas, que invade el tracto fistuloso vesico-cutáneo. El primer caso fue presentado en 1993 por Stroumbakis y colaboradores, el segundo caso se reportó en 1995 por Stokes y colaboradores y el tercer caso fue presentado en 1999 por RJH Schaafsma.

El carcinoma de células escamosas es una entidad muy rara, representa menos del 5% de todos los tumores de vejiga. Ocurre más comúnmente en la séptima década de la vida, y el principal factor de riesgo es la presencia de catéter intravesical crónico. Los pacientes con lesiones de la médula espinal tienen un riesgo de 16 a 28 veces mayor de presentar este tumor que la población en general, y la mayor parte de los pacientes se diagnostican en etapas avanzadas.<sup>1</sup>

## ■ PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 34 años de edad, parapléjico, con lesión medular a nivel de L1-L2 secundaria a un accidente automovilístico en 1999. Fue admitido al Hospital por presentar caquexia severa, fiebre y una tumoración exofítica hiperqueratósica en la región suprapúbica (**Figura 1**). El paciente tenía una historia de hematuria intermitente, sonda uretral a permanencia por vejiga neurogénica e infección de vías urinarias recurrentes, multitratado con antibióticos. En el 2005 se le diagnosticó litiasis vesical, por lo cual fue sometido a una cistostolitotomía, colocándole sonda de cistostomía que permaneció por tres meses. Posteriormente, el paciente decidió el manejo sólo con sonda uretral a permanencia. Dos meses previos a la aparición de la tumoración, el paciente reportaba salida continua de orina por el orificio en la región suprapúbica.

Dentro de la exploración física resaltaba, paciente caquético en mal estado general, con temperatura de 38.5°C, tumoración exofítica en región suprapúbica de aproximadamente 10 x 15 cm, hiperqueratósica, a través de la cual se podía observar el globo de la sonda uretral.

En los paraclínicos resaltaba una creatinina de 3.66 mg/dL, urea de 150 mg/dL y albúmina de 1.2 mg/dL. Se tomó un urocultivo de orina que fue positivo para *Escherichia coli* multirresistente. La biopsia de la tumoración reportó carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado. Se realizó una tomografía que mostraba la vejiga ocupada en la totalidad de su luz, por una masa sólida que reforzaba con medio de contraste y que se continuaba con la pared abdominal como un tumor exofítico, además se identificó un lito de aproximadamente 4 cm de diámetro (**Figuras 2 y 3**). En la evaluación radiológica como estudio de extensión,

**Figura 1.** Tumor en región suprapúbica, que muestra datos de hiperqueratinización. Se observa en su centro el globo de la sonda uretral.

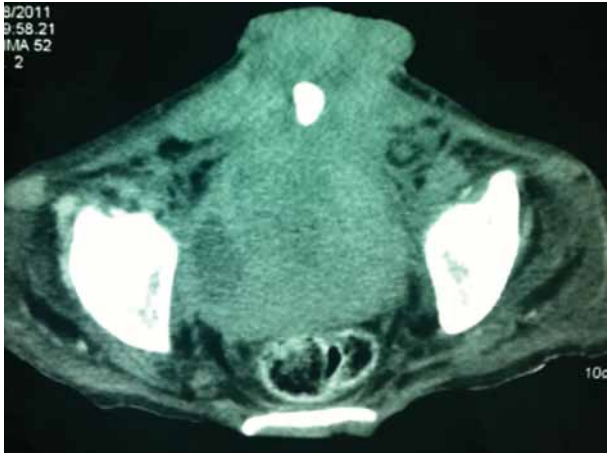


la tomografía axial toraco-abdomino-pélvica realizada, mostraba dilatación pielocaliceal bilateral con ligera disminución en la relación corteza medula. Se evidenció también lesiones osteoblásticas en la unión sacroilíaca y cresta ilíaca (**Figura 4**), compatibles con metástasis óseas y en la base pulmonar derecha se apreciaba también un nódulo metastásico (**Figura 5**). El paciente fue sometido a nefrostomía percutánea bilateral. El paciente no aceptó el manejo con radioterapia y quimioterapia, se le ofreció manejo paliativo y falleció 30 días posteriores a su diagnóstico.

## ■ DISCUSIÓN

El carcinoma de células escamosas es una entidad muy rara, representa menos del 5% de todos los tumores de vejiga en los países de occidente.<sup>1</sup> La etiología exacta aún no se ha esclarecido, pero existen factores de riesgo importantes asociados como son las infecciones urinarias crónicas, litiasis vesical y exposición crónica a sonda intravesical. Estos factores de riesgo inducen inflamación crónica, que promueve inicialmente una metaplasia escamosa del urotelio, y esta última, conforme pasa el tiempo hace la transición a carcinoma escamoso.<sup>2</sup> Los pacientes con lesiones de la médula espinal están propensos a infecciones crónicas, litiasis vesical y utilización crónica de catéter intravesical. Reportes previos refieren que las personas con lesión espinal tienen un riesgo 16 a 28 veces mayor de presentar carcinoma escamoso, que la población en general.

**Figura 2.** Tomografía computada que muestra vejiga, ocupada en la totalidad de su luz por masa sólida que se continúa hasta la piel y tumor. Además la presencia de un lito en el trayecto fistuloso.



**Figura 3.** Tomografía computada que muestra tumor sobre la pared abdominal.



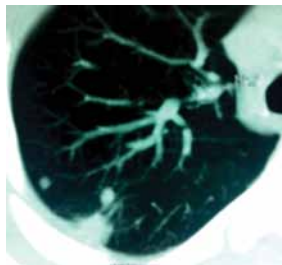
El carcinoma escamoso ocurre más comúnmente en la séptima década de la vida, aunque los reportes anteriores refieren que su incidencia aumenta en aquellos pacientes que cuentan con más de 10 años de catéter intravesical. También se ha descrito que debido a las características invasivas del tumor, la mayor parte de los pacientes se diagnostican en estadios avanzados y por consecuencia, tienen un mal pronóstico a corto plazo.<sup>3-5</sup>

En una búsqueda intencionada en la literatura médica, se encontraron solamente tres casos previos reportados de carcinoma de células escamosas, que emergen a través de un tracto fistuloso vesico-cutáneo.

**Figura 4.** Tomografía computada con lesiones osteoblásticas en cresta ilíaca derecha y unión sacroilíaca.



**Figura 5.** Tomografía con nódulo metastásico en base pulmonar derecha.



El primero fue reportado por Stroumbakis y colaboradores en 1993, se trataba de un masculino de 80 años de edad que después de cinco años de haberse realizado una cistostomía por estenosis uretral, presentó un carcinoma de células escamosas vesical. Este apareció cerca del trayecto de la cistostomía emergiendo hacia la pared abdominal.<sup>3</sup>

El segundo caso fue descrito por Sam Stokes y colaboradores en 1995, era un masculino de 50 años de edad, con lesión espinal T10-T11 en quien emergió un carcinoma de células escamosas, a través del tracto de cistostomía 25 años después. En este caso, el tumor se extendía del trayecto de cistostomía hasta la vejiga pero sin invadir la pared muscular vesical.<sup>4</sup>

El último caso fue reportado por RJH Schaafsma y colaboradores en 1999, se trataba de un masculino de 67 años de edad, parapléjico, quién desarrolló un cáncer de células escamosas después de 37 años de utilizar sonda suprapúbica.<sup>5</sup>

Nosotros presentamos el cuarto caso descrito en la literatura médica, de un paciente con carcinoma vesical de células escamosas que emergía a través de un tracto fistuloso. En sintonía con los casos previamente publicados, el nuestro también presentaba los principales factores de riesgo para desarrollar este tipo de carcinoma, que son: lesión espinal, infecciones urinarias crónicas y catéter intravesical crónico, además de un trayecto fistuloso vesico-cutáneo, a través del cual emergía el carcinoma.

El promedio de edad a la cual los pacientes fueron diagnosticados fue a los 65 años, mientras que nuestro paciente fue diagnosticado a una edad mucho más

temprana, esto lo hace el paciente más joven reportado en la literatura médica con carcinoma vesical escamoso, que emergía del tracto fistuloso vesico-cutáneo. Aunado a la edad temprana, es el primer paciente descrito que presenta desde su diagnóstico uropatía obstructiva bilateral, así como metástasis óseas y pulmonares colocando al paciente en un estadio avanzado, con pobre estado funcional y nutricio, un mal pronóstico a corto plazo. Estas características hicieron al paciente no candidato a una cistectomía radical más derivación urinaria, por lo cual se optó por sólo realizar nefrostomías percutáneas bilaterales. Reportes previos establecen a la radioterapia como una opción adecuada para control local de la enfermedad, en aquellos pacientes que no son candidatos a una cistectomía radical, y recomiendan la quimioterapia para aquellos pacientes con enfermedad metastásica. Por lo cual se ofrecen como alternativa terapéutica, sin embargo nuestro paciente sólo aceptó el tratamiento paliativo. En su seguimiento, la historia natural de la enfermedad nos mostró su agresividad y mal pronóstico, ya que el paciente falleció a los 30 días posteriores a su diagnóstico.

## ■ CONCLUSIONES

La invasión de un tracto fistuloso vesico-cutáneo por un carcinoma de células escamosas de vejiga es un hecho

muy raro, que sólo se ha reportado en tres ocasiones en la literatura médica. Sin embargo, debe sospecharse en aquellos pacientes con lesión espinal, infecciones urinarias crónicas, litiasis vesical, divertículos vesicales, catéter vesical a permanencia por más de 10 años y una masa suprapúbica en el sitio del trayecto fistuloso vesico-cutáneo. Todos los pacientes que han presentado invasión del trayecto fistuloso, tienen un estadio avanzado y un mal pronóstico a corto plazo, aún después de una cirugía radical.

Debido a que el carcinoma de células escamosas es una entidad muy rara, aún no se pueden establecer conductas o consensos sobre su evaluación y tratamiento adecuado. Por lo que se recomienda una vigilancia estrecha, en aquellos pacientes con los factores de riesgo.

## REFERENCIAS

1. Shokeir AA. Squamous cell carcinoma of the bladder: pathology, diagnosis and treatment. *BJU Int* 2004;93(2):216-220.
2. Messing EL. Urothelial tumours of the Bladder. In: Wein AJ, (editor). *Campbell-Walsh Urology*. 9th Ed. Cap 75. USA. Editorial W.B. Saunders, Elsevier. 2009. 2407-2446.
3. Stroubakis N, Choudhury MS, Hernandez-Graulau JM. Squamous cell carcinoma arising from suprapubic cystostomy site without bladder involvement. *Urology* 1993;41(6):568-570.
4. Stokes S, Wheeler JS, Reyes CV. Squamous cell carcinoma arising from a suprapubic cystostomy tract with extension into the bladder. *J Urol* 1995;154(3):1132-1133.
5. Schaafsma RJ, Delaere KP, Theunissen PH. Squamous cell carcinoma of suprapubic cystostomy tract without bladder involvement. *Spinal Cord* 1999;37(5):373-374.