

Hospital Universitario Miguel Enríquez

**ADENOCARCINOMA VESICAL:
PRESENTACION DE UN CASO Y REVISION DE LA LITERATURA**

*Dra. Lidia Martínez Ramos. Acierto Núm. 353 entre Municipio y Arango, Luyanó. Ciudad de La Habana. lidia.martinez@infomed.sld.cu

*Dr. Alcides Botell Espinosa. Calzada de 10 de Octubre Núm. 424 entre Enamorados y San Leonardo, Santos Suárez, 10 de Octubre, Ciudad de La Habana.

***Dra. Nancy Agüero Bello. Figuras Núm. 18 entre Belascoaín y Escobar, Ciudad de La Habana.

*Especialista Primer Grado en Anatomía Patológica.

** Especialista Primer Grado en Urología.

*** Especialista Segundo Grado en Anatomía Patológica.

RESUMEN

Paciente masculino mestizo de 39 años de edad, fumador con antecedentes de buena salud que acude a consulta externa refiriendo hematuria y dificultad para orinar. Se le realiza tacto rectal y se le detecta tumoración que hacía protusión en el saco de Douglas y de la cual se tomó biopsia para estudio histológico. Se llega al siguiente diagnóstico: Carcinoma papilar sin poder precisar origen exacto y que el diagnóstico concluyente quedaba sujeto a pruebas de inmunohistoquímica.

Estas pruebas fueron realizadas y el diagnóstico diferencial quedó concluido como Adenocarcinoma papilar de vejiga urinaria .

Nos entusiasmó la controversia diagnóstica desde el punto de vista morfológico que se establece en esta entidad, la utilidad de las pruebas inumohistoquímicas en su corroboración, así como la precisión del origen vesical o uracal.

Palabras clave: Adenocarcinoma papilar vesical o uracal. Pruebas de inmunohistoquímicas. Saco de Douglas. Carcinoma.

INTRODUCCION

El cáncer de vejiga es la segunda neoplasia en frecuencia entre los tumores genitourinarios; el que casi siempre se presenta es el de células transicionales. La biología e historia de la patología tumoral del urotelio hace suponer que las distintas formas de inicio, presentación clínica y evolución de los tumores vesicales son consecuencia de distintas formas de enfermedad con mecanismos etiopatogénicos independientes y con características intrínsecas de las células tumorales distintas en cada tipo de tumor porque posee gran potencial evolutivo.

Existen tres tipos de cáncer de la vejiga que comienzan en las células que recubren la vejiga. Estos cánceres se denominan, según el tipo de células que se tornan malignas:

Carcinoma de células de transición, carcinoma de células escamosas, carcinoma indiferenciado y adenocarcinoma.

El adenocarcinoma de vejiga es un cáncer extremadamente infrecuente ¹ que afecta a ambos sexos entre 50 y 60 años de edad; crece generalmente envolviendo la pared y/o base de la vejiga urinaria.^{2,3,4} El patrón mixto es tan frecuente como el glandular. Todos ellos se engloban en el término de Adenocarcinoma urotelial primario. Se suele localizar en el trigono y representa 0,5-2% de los tumores vesicales. ⁵ Se clasifica en primario, secundario y uracal. Es de crecimiento lento, agresividad y mal pronóstico. ²

Se originan en el uraco con más frecuencia en mujeres y jóvenes, metaplasias mucinosas del urotelio de superficie o en metaplasias glandulares y se asocian también a cistitis glandular de tipo intestinal en 14-66% de los casos. ⁶ No existen diferencias microscópicas entre ellos, a excepción de una mayor frecuencia de la variante mucinosa extracelular; entre los tumores uracales, los vesicales tienen peor pronóstico (sobrevivida de 5 años de 31%) frente a los uracales (5 años de 61%),⁷ aunque hay autores que consideran que el tratamiento debe ser apropiado de acuerdo con las características del tumor y teniendo en consideración la forma superficial de presentación de algunos casos. ^{8, 9,10, 11, 12, 13}

PRESENTACION

Paciente masculino mestizo de 39 años de edad, fumador inveterado de 2 cajetillas de cigarrillos diarias con antecedentes de buena salud, quien acude a consulta externa refiriendo hematuria y dificultad para orinar, que se fue incrementando paulatinamente desde polaquiuria y micción gota hasta la retención urinaria completa

AL EXAMEN FÍSICO :

Palidez: ferrosa

abdomen: blando, depresible, no doloroso, no visceromegalia.

examen genitourinario: ppru no dolorosos.

pene: uretra ocupada por Foley 16. testes normales.

T.R: ampolla rectal vacía. Próstata de tamaño y características normales.

•Soma:

Posteriormente, el paciente notó la aparición de una bolita en el brazo izquierdo que al examen físico se trataba de una masa de +/- 3 cms. de color rosado polilobulada, a la que se la realiza exéresis para estudio histológico.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

•Creatinina: 87 mmol/l

•Ultrasonido:

Riñón izquierdo: no se visualiza en la fosa renal.

Riñón derecho: aumentado de tamaño de aspecto compensador.

Próstata: 40x42mm prominencia del lóbulo medio.

•Urocultivo: negativo.

•Programa descendente:

Riñón derecho: compensador, buena concentración y eliminación bilateral.

Riñón izquierdo: no se visualiza

Vejiga urinaria: de aspecto normal

Evoluciona satisfactoriamente con la administración de antiinflamatorios y baños de asientos tibios.

Seis meses después acude con el cuadro más intensificado y decidimos realizarle cistoscopia con biopsia de lóbulo medio prostático. Recibimos el siguiente informe:

CARCINOMA PAPILAR EN LA MUESTRA ENVIADA

Ausencia de tejido prostático en la muestra, se trata de colon o de vejiga urinaria. Además se informa que el diagnóstico definitivo quedaba sujeto a la realización de pruebas de inmunohistoquímicas.

Se concluye el diagnóstico de la siguiente manera:

Adenocarcinoma de vejiga poco diferenciado en metaplasia glandular con metástasis en partes blandas de adenocarcinoma(antebrazo).

El paciente fue sometido a tratamiento de radioterapia; pero finalmente murió a los 6 meses de habersele intervenido.

DISCUSION

Con el cuadro clínico, los hallazgos, estudio anatomopatológico incluidas las técnicas de inmunohistoquímicas, concluimos el caso como:

ADENOCARCINOMA PRIMARIO DE LA VEJIGA por las siguientes razones:

1.-Lesión de novo en ausencia de lesiones primarias que anteceden a los adenocarcinomas secundarios a pesar de que la edad del paciente no es la común en casos reportados en este tipo de neoplasia maligna vesical.

2.--Hematuria, sin la mucosuria que acontece en los tumores vesicales malignos de origen uracal.³

3.-Metástasis en partes blandas como comúnmente se ha reportado en los casos revisados en la literatura y la obstrucción que también puede ser un síntoma acompañante.¹⁴

4.-Considerado como adenocarcinoma vesical porque es predominantemente glandular. (Figura 1).

El diagnóstico no pudo basarse solamente en estudios de endoscopia y hallazgos clínicos.^{15,16,17} porque la distinción histológica entre Adenocarcinoma vesical primario y secundario por infiltración o por metástasis puede ser muy difícil,⁷ sobre todo con presencia de patrón glandular y papilar que generalmente recuerda el adenocarcinoma intestinal típico y comunes para ambos tipos, reportadas en la literatura que estuvieron presentes también en nuestro caso.¹⁷

El diagnóstico se hace concluyente con la presencia de pruebas de inmunohistoquímicas.

Se le realizan: Antígeno carcinoembrionario (CEA) que es un marcador en adenocarcinoma. (Figura 2).

Antígeno epitelial de membrana marcador para carcinoma y Citoqueratina (Figura 3).

La Citoqueratina es la que más se está estudiando en este momento; se expresa normalmente en las células uroteliales de superficie y se ha observado que en la transformación neoplásica hay una progresiva positividad en todo el espesor del epitelio, tanto en las formas papilares como en las planas

ABSTRACT: Adenocarcinoma of the bladder. A case presentation.

A 39 years old male, black patient who smokes and previous history of health appears in the out patients department complaining of blood in the urine, difficulties in the miction. A rectal exam is performed and we detect a tumor protruding in the Douglas sac out of which we obtained a biopsy for morphologic studies. Diagnosis: Papillary adenocarcinoma of the bladder, the rest of the diagnosis remains in the immunehistollogical exam of the sample. We were enthusiastic about the morphological controversy of this entity and the utility of the immunehistochemical tests in its corroboration, therefore its prognostic factors.

Key Words: Bladder Adenocarcinoma, Immunehistochemical tests, Douglas sac, Carcinoma.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sánchez Zalabardo D, Rodríguez González J, Fernández Montero JM, López Ferrandis J, Arocena Garcia-Tapia J, Sanz Perez G. *et al* Primary bladder adenocarcinoma: our experience in the last 10 years: Actas Urol Esp. 2001; 25(8):573-7.

2. Romero Otero J, Duarte Ojeda JM, Cruceyra Betriu G, Pérez-Martín ME, Sanchís Bonet A , Tejido Sánchez A *et al* . Primary adenocarcinoma of the urinary bladder : our experience . Actas Urol Esp. 2005; 29 (3) : 257 -60.

3. Datta C, Bhattacharyya S, Bhattacharya S, Ghosh SI . Primary adenocarcinoma of bladder--A case report. J Indian Med Assoc. 2006;104(6):338-9.
4. Hughes MJ, Fisher C, Sohaib SI . Imaging features of primary nonurachal adenocarcinoma of the bladder.AJR Am J Roentgenol. 2004; 183(5): 1397-401.
5. Queipo Zaragoza A, Chicote Pérez F, Borrell Palanca A, Beltrán Meseguer JF, Alcalá-Santaella Casanova, C. *et al* . Inusual bladder tumors primary epidermoid carcinoma, adenocarcinoma and sarcoma . Actas urol. Esp. 2003; 27(2) : 123 –31.
6. Dakir M, Dahami Z, Sarf I, Tahri A, Elmrini M, Benjelloun S. Urachal adenocarcinoma 93: Prog Urol. 2001; 11(4):690-4.
7. Wright JL, Porter MP, Li CI, Lange PH, Lin DW. Differences in survival among patients with urachal and nonurachal Cancer. 2006;15;107(4):721-8.
8. Honda M, Satoh M, Hasebe K, Tujimoto Y, Takada T, Fujioka H.I . Clinical analysis of bladder cancer Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi. 2006; 97(5):704-11.
9. Inoue K, Karashima T, Kamada M, Kurabayashi A, Ohtsuki Y, Shuin T.:Clinical experience with intravesical instillations of 5-aminolevulinic acid (5-ALA) for the photodynamic diagnosis using fluorescence cystoscopy for bladder cancer .Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi. 2006; 97(5):719-29.
10. Pansadoro V, Emiliozzi P, depaula F, Scarpone P, Pizzo M, Federico G, Martini M. *et al*. Clinical experience with intravesical instillations of 5-aminolevulinic acid (5-ALA) for the photodynamic diagnosis using fluorescence cystoscopy for bladder cancer. Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi. J Exp Clin Cancer Res. 2003; 22 (4 Suppl): 223-7.

11. Liedberg F, Anderson H, Mansson WI. Treatment delay and prognosis in invasive bladder cancer. *J Urol*. 2005; 174(5): 1777-81.
12. Aoki S, Yamada Y, Nakamura K, Taki T, Tobiume M, Honda N. Thymidine phosphorylase expression as a prognostic marker for predicting in recurrence in primary superficial bladder cancer *Oncol Rep*. 2006; 16(2): 279-84.
13. Gamanagatti S, Srivastava DN, Seth H, Seth A.I. Spontaneous resolution of bladder adenocarcinoma *Int Urol Nephrol*. 2003; 35(3): 351-3.
14. Atsushi,H. Inguinal metastasis of bladder mixed carcinoma with predominant adenocarcinoma component. *Scandinavian journal of urology and nephrology*, 2006, p.75.
15. Emerson RE, Cheng LI. Immunohistochemical markers in the evaluation of tumors of the urinary bladder: a review *Anal Quant Cytol Histol*. 2005; 27(6): 301-16.
16. Wang,HL. Immunohistochemical distinction between primary adenocarcinoma of the bladder and secondary colorectal adenocarcinoma. *Am J Pathol*. 2000; 25 (11) :1380 -7.
17. McKenney McKenney ,JK. Discriminatory immunohistochemical staining of urothelial carcinoma in situ and non-neoplastic urothelium. an analysis of cytokeratin 20, p53 and cd 44 antigens. *Am. J Surg. Pathol*. 2001; 25 (11) :1074-1078.

ANEXO

Fig. 1. Vista histológica de formaciones glandulares de adenocarcinoma vesical.

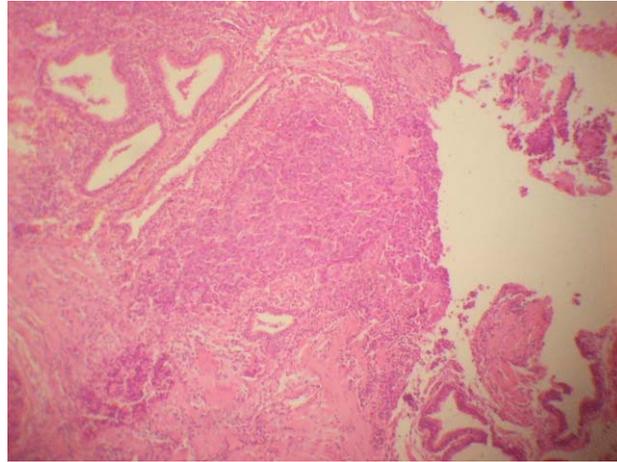


Fig. 2 Técnica inmunohistoquímica de CEA +

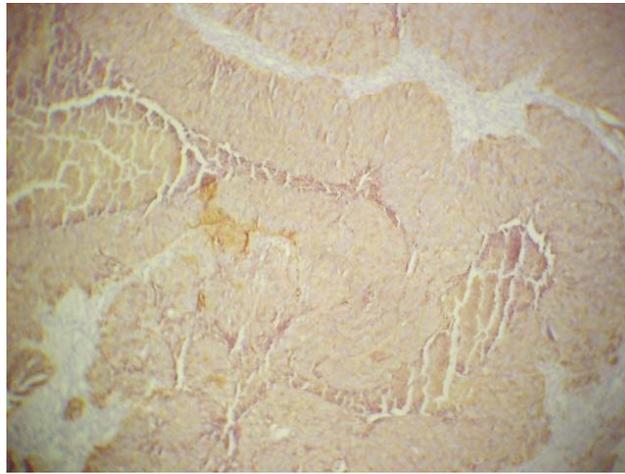


Fig. 3 Vista inmunohistoquímica de CK +

