

CONTENIDO	POSTERS
▶ Abstract	
▶ PDF	
▶ Comentarios	
▶ Título	ADENOCARCINOMA DE VEJIGA. PRESENTACIÓN DE 3 CASOS.
▶ Resumen	<i>María del Carmen Benítez, María Victoria López, Yudamis Martínez, Kenia González, Julio César Pérez, Idania Santaclara.</i>
▶ Introducción	
▶ Material	<i>Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Hermanos Ameijeiras. Ciudad Habana, Cuba.</i>
▶ Discusión	
▶ Conclusiones	IV-CVHAP 2001 PÓSTER-E - 047
▶ Referencias	Fecha recepción: 04/02/2001 Fecha publicación: 10/06/2001
▶ Imágenes	Evaluación: Ver "Taller de Uropatología"

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El adenocarcinoma de vejiga constituye aproximadamente el 2% de los tumores malignos de este órgano. Se desarrolla en cambios iniciados por inflamación crónica o de los islotes de Brun, de cistitis glandular y quística o de remanentes del uraco. Otros se presentan en las vejigas con extrofia o en divertículos vesicales. Por lo raro de esta patología y el interés que ella cobra en nuestra práctica diaria nos decidimos a presentar este trabajo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se describen 3 casos. 1er. Caso :Paciente femenina de 53 años y raza blanca que acude a consulta de Urología por presentar hematuria total de 2 meses de evolución. 2do. Caso : Paciente masculino de 64 años y raza blanca que acude a consulta de Urología por hematuria, se le realiza cistoscopia que informa la presencia de un tumor en la cúpula vesical. 3er. Curso : Paciente femenina de 37 años y raza negra que acude por tumoración uretral, al examen físico se constata la presencia de un

tumor de 4-5 cms de diámetro que engloba la uretra como si continuara hasta la vejiga o el útero. Se le toma una primera biopsia y luego del diagnóstico se interviene quirúrgicamente para reseccarle el resto de la uretra, vagina, cuello vesical y útero.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: En todos los casos se recibieron fragmentos de mucosa vesical y en el caso No. 3 se recibió además el útero que no mostró alteraciones. De los fragmentos de vejiga, los correspondientes a los casos 2 y 3, se informaron como adenocarcinoma bien diferenciado de tipo intestinal, el caso No. 1 resultó ser un adenocarcinoma moderadamente diferenciado tipo intestinal. Es uno de los casos se pudo precisar que el tumor fue originado en restos del uraco, en los dos restantes, dada la gran similitud de este tipo de adenocarcinoma con los de origen colónico, no fue posible precisar si el tumor era primario de vejiga o la infiltración vesical de un adenocarcinoma de colon.

BIBLIOGRAFÍA:

- ≈ Nocks BN, Heney N, Daly JJ : Primary adenocarcinoma of urinary bladder. *Urology* 21:26-29, 1983
- ≈ Alroy J, Roganovic D, Banner BF, Jacobs JB, Merk FB : Primary adenocarcinomas of the human urinary bladder. Histochemical, immunological and ultrastructural studies. *Virchow Arch* (1) 393:165-181, 1981
- ≈ Anderston C, Johansson SL, Von Schultz L : Primary adenocarcinoma of the urinary bladder. A clinicopathologic and prognostic study. *Cancer* 52:1273-1280, 1983 Rosai J : *Ackermans surgical pathology*. New York, Eight Edition, 1996 : 1204-1206 Chap. 17

Palabras clave: vejiga | neoplasias | adenocarcinoma | restos del uraco | uropatología

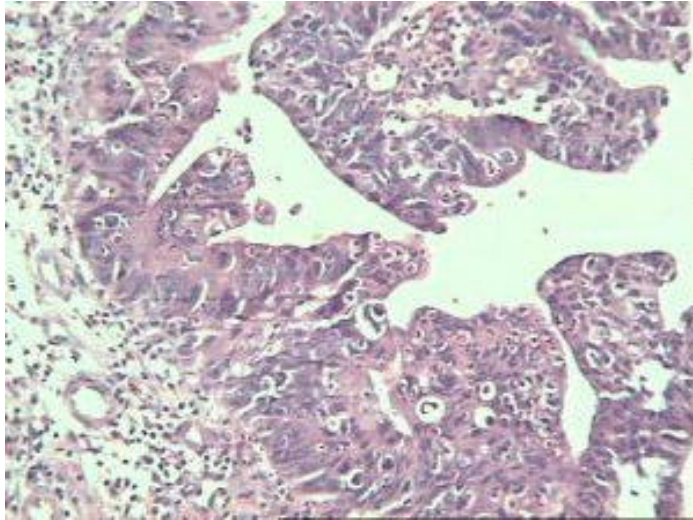


Figura 1

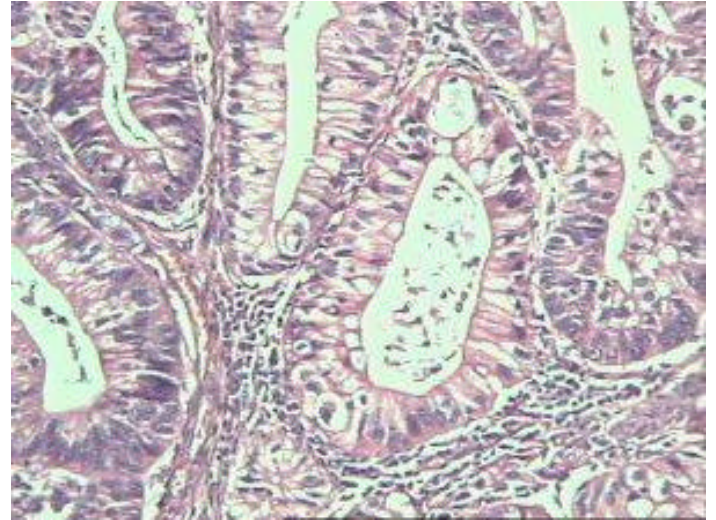


Figura 2

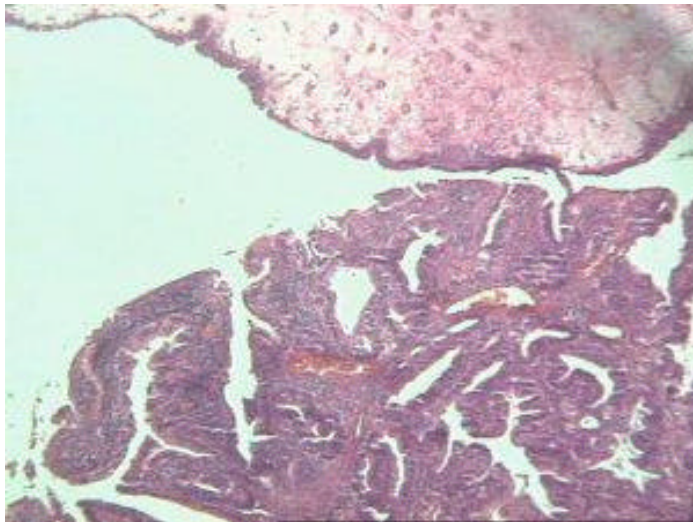


Figura 3

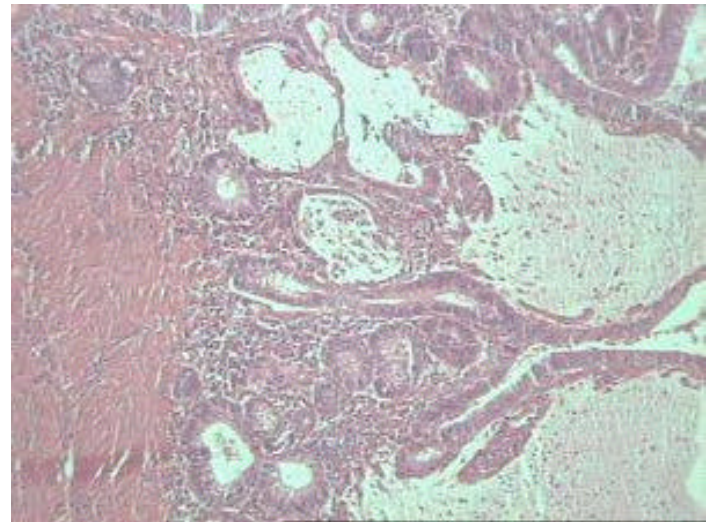


Figura 4

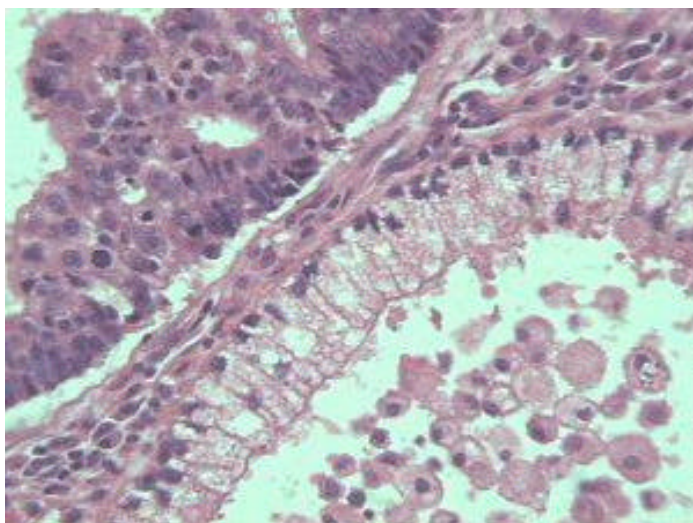


Figura 5

INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma de vejiga constituye aproximadamente el 2 % de los tumores malignos de este órgano, la mayoría de ellos se originan en cambios iniciados por una inflamación crónica desde los nidos epiteliales de Brunn, una cistitis glandular quística con o sin metaplasia intestinal o de una porción del uraco como se observa en uno de nuestros casos. Otros se presentan en las vejigas con extrofia o en divertículos vesicales. Al examen microscópico de estas lesiones resultan ser masas vegetantes que ulceran la mucosa e invaden la pared vesical y en ocasiones órganos vecinos como el colon; muchos pueden tener una superficie cubierta por un material espeso y gelatinoso por la producción de mucina. Histológicamente son adenocarcinomas que muestran grados variables de diferenciación, invaden profundamente y tienen patrón de tipo colónico, algunos con células en anillo de sello, de Paneth y endocrinas constituyendo en oportunidades problemas diagnósticos al tratar de diferenciarlos de tumores de naturaleza metastásica provenientes primariamente del colon, ovario, próstata, apéndice y endometrio (1-5).

MATERIAL Y MÉTODOS - RESULTADOS

CASO 1: Mujer de 53 años con hematuria a la que se le practicó cistoscopia con toma de muestra para biopsia la cual se informó como un adenocarcinoma moderadamente diferenciado tipo colónico infiltrante (**Figura 1**) sin poder precisar si el tumor era primario o no de vejiga posteriormente se le realiza una cistectomía total con histerectomía y resección de colon sigmoides. El útero mostró características normales sin infiltración, la vejiga presentaba una lesión tumoral de 3 cm de aspecto infiltrante y en el colon había una lesión tumoral ulcero vegetante de 7 cm que infiltraba la serosa intestinal. El estudio histológico informó que la masa sigmoidea era un adenocarcinoma moderadamente diferenciado ulcerado de colon con extensas zonas de necrosis que infiltraba la serosa cólica y la vejiga, sin metástasis a los ganglios resecados.

CASO 2: Hombre de 64 años con hematuria al que se le realiza inicialmente cistoscopia que informa una lesión tumoral en cúpula vesical tomándose muestra para biopsia la cual informó adenocarcinoma tipo intestinal de vejiga, luego se le practicó una cistectomía parcial observándose una lesión polipoidea de 2,5cm en cúpula vesical que en el estudio histológico reveló la presencia de un adenocarcinoma papilar bien diferenciado tipo intestinal originado en restos del uraco que infiltraba hasta la capa muscular propia (**Figura 2**).

CASO 3: Mujer de 37 años que acude a consulta por tumoración uretral, al examen físico se constata la presencia de un tumor de 4-5cm de diámetro que englobaba la uretra continuándose hacia vejiga y útero. Se le toma una primera

muestra y luego del diagnóstico se interviene quirúrgicamente para reseca el resto de la uretra, vagina, cuello vesical y útero. El estudio histológico informó la presencia de un adenocarcinoma intestinal tipo colónico de origen vesical o uretral infiltrante. La vagina y el útero no mostraron alteraciones patológicas (**Figura 3, Figura 4 y Figura 5**).

DISCUSIÓN

El adenocarcinoma vesical al igual que otras neoplasias uroteliales se pueden localizar en cualquier lugar de la vejiga la mayoría se encuentran en el trigono vesical y pared posterior, aquellos localizados en la cúpula con frecuencia son originados de remanentes del uraco (4-8), ejemplo de esto se ve en el caso número 2.

Algunos autores consideran ciertos criterios para diagnosticar un carcinoma uracal:

1. Localización en la cúpula y/o cara anterior línea media.
2. Predominio intramural o muscular del crecimiento tumoral con extensión al espacio de Retzius.
3. Ausencia de carcinoma in situ en el urotelio cercano. Para algunos autores es necesario que no hayan áreas de cistitis quística glandular y que se encuentren restos del uraco. Estos tumores tienen mal pronóstico pues casi todos están en estadios III en el momento del diagnóstico (7, 8).

La incidencia de los adenocarcinomas de vejiga es mayor en la edad media y la hematuria es el primer signo observado en el 90% de los casos.

En la literatura revisada se reporta que el crecimiento de estos tumores puede ser infiltrativo profundo (9) y usualmente exhiben patrones histológicos de diferenciación variable. En los casos presentados tuvimos muestra de patrón de crecimiento infiltrativo y exofítico (polipoide), desde el punto de vista histológico el grado de diferenciación fue variable en nuestros casos similar al referido por otros autores.

El adenocarcinoma de colon es la primera entidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial del adenocarcinoma de vejiga y su principal distinción se basa en la clínica así como en la presencia histológica de carcinoma in situ concomitando con el tumor aunque esto último resulta difícil de apreciar pues muchos de los casos se encuentran ulcerados requiriendo de cortes seriados para su diagnóstico. Es por ello que en la serie presentada quisimos incluir un caso que inicialmente se informó como un adenocarcinoma moderadamente diferenciado tipo colónico, infiltrante debido a que la sintomatología presentada por la paciente fue de vías urinarias y cistoscópicamente se detectó

una tumoración en vejiga pero posteriormente durante el acto quirúrgico se encontró toma del colon sigmoidees pensándose en una infiltración del colon por un tumor vesical pero con el estudio histológico se demostró que la lesión de colon era primaria y se encontraba infiltrando la vejiga. Por eso es recomendable ante cualquier elemento de duda orientar el estudio del tracto digestivo en busca de un tumor primitivo de dicha localización.

Otros diagnósticos diferenciales son con el adenoma vellosos cuando tienen un patrón de crecimiento vellosos, con los carcinomas de células transicionales con luces glandulares y con el carcinoma prostático mucinoso, estas patologías no nos ofrecieron duda para el diagnóstico de nuestros casos (8).

NOTAS AL PIE DE PÁGINA:

Correspondencia: María del Carmen Benítez. Departamento de Anatomía Patológica. Hospital "Hermanos Ameijeiras" Ciudad Habana, Cuba. <mailto:telepatol@hha.sld.cu>

REFERENCIAS

1. Nocks BN, Heney N, Daly JJ: Primary adenocarcinoma of urinary bladder. *Urology* 21:26-29,1983.
2. Alroy J, Roganovic D, Banner BF, Jacobs JB, Merk FB: Primary adenocarcinoma of the human urinary bladder. Histochemical, immunological and ultrastructural studies. *Virchow Arch*(1)393:165-181,1981.
3. Anderston C, Johansson SL, Von Shultz L: Primary adenocarcinoma of the urinary bladder. A clinicopathologic and prognostic study. *Cancer* 52:1273- 1280,1983.
4. Rosai J,MD:Ackerman's Surgical Pathology.New York,Eight edition,1996.1204-1206 C17.
5. Cotrans RS, Kumar V, Collins T. R obbins Patologia estructural y funcional. 6ta edicion.Madrid.MC Graw-Hill-Interamericana de España S.A.U.1999.
6. Murphy,W.M. Diseases of urinary bladder, ureters, and renal pelves. In urological P athology,edited by W.M.Murphy. Philadelphia W.B. Saunders,1989,pp.64-96.
7. Sheldon, C.A, Clayman, R.V, Gonzalez, R, et al. Malignant urachal lesions. *J Urol* 131:1-8,1984.
8. Farina LA, Algaba F, Villavicencio H. Adenocarcinoma mucinoso de uraco. *Actas Urol Esp* 1991/15:199.

9. Grignon, D.J, Ro, Jy, Ayla,A.G, And Johnson, D.E. Primary signet-ring cell carcinoma of the urinary bladder. *Am J Clin Pathol* 95:13-20,1991.