

Variantes histológicas del carcinoma urotelial con implicaciones diagnósticas, pronósticas y terapéuticas

Picazo M^aL^{1,2}, Regojo RM^{a1}, González-Peramato P^{3,4}.

¹Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

²Departamento de Anatomía, Histología y Neurociencias. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. ³Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Guadalajara.

⁴Departamento de Especialidades Médicas Universidad de Alcalá.

Actas Urol Esp. 2007;31(9):989-1001

RESUMEN

VARIANTES HISTOLÓGICAS DEL CARCINOMA UROTELIAL CON IMPLICACIONES DIAGNÓSTICAS, PRONÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS

La mayoría de los carcinomas uroteliales (CU) tienen un patrón de crecimiento histológico de tipo papilar o de tipo sólido; sin embargo, en algunos casos existen variedades histológicas que difieren significativamente de estos patrones habituales. En este artículo se han seleccionado aquellas variantes de CU que por su dificultad diagnóstica e implicaciones pronósticas o terapéuticas tienen que ser perfectamente identificadas y conocidas por los patólogos y los urólogos. Las variantes que hemos considerado de mayor interés tanto clínico como patológico han sido: CU variedad en nidos y/o tubular, CU variedad microquística, CU variedad micropapilar, CU con intenso estroma linfoide, tipo linfopitelioma, CU variedad plasmocitoide y CU sarcomatoide. De cada uno de estos patrones se ha realizado una revisión de la literatura valorando los criterios diagnósticos, el comportamiento clínico y las posibilidades terapéuticas actuales. Además, sugerimos que estas variedades de CU deben ser reflejadas explícitamente en el informe del diagnóstico anatomopatológico, debido a sus implicaciones clínicas.

Palabras clave: Carcinoma de vejiga. Carcinoma urotelial. Tumores vesicales.

ABSTRACT

HISTOLOGICAL VARIANTS OF UROTHELIAL CARCINOMA WITH DIAGNOSTIC, PROGNOSTIC AND THERAPEUTICAL IMPLICATIONS

Most of urothelial carcinomas (UC) have a pattern of histological growth of papillary or solid type; nevertheless, in some cases there are histological types that significantly differ from these habitual patterns. In this paper we have selected those UC variants that by its diagnosis difficulty and therapeutic or prognosis implications have to be perfectly identified and known by pathologists and urologist. The variants that we have considered of greater clinical and pathological interest have been: tubular and/or nested UC, microcystic UC, micropapillary UC, lymphoepithelioma like UC, plasmacytoid UC and sarcomatoid UC. A revision of the literature has been made of each one of these patterns evaluating the criteria diagnoses, clinical behavior and the present therapeutic options. In addition, we suggest that these UC variants must be explicitly reflected in the pathology report, due to its clinical implications.

Keywords: Bladder carcinoma. Urothelial carcinoma. Carcinoma transitional cell.

Aproximadamente el 95% de los tumores de la vejiga son tumores epiteliales, la mayoría carcinomas transicionales con patrón papilar o sólido que no plantean problemas diagnósticos para el patólogo. Además, es ampliamente conocido, que en los carcinomas transicionales de alto grado, hay *áreas focales de diferenciación escamosa o glandular*¹, lo que ha llevado a algunos autores a utilizar el término de carcinoma urotelial (CU) con "diferenciación epitelial mixta" para describir aquellos casos en los hay áreas extensas con dos o más patrones histológicos².

La mejor especialización en uropatología, unida a una mayor experiencia, ha permitido reconocer en las últimas décadas, ciertos patrones histológicos inusuales dentro del CU, como son CU variedad en nidos y/o tubular, CU microquístico, CU micropapilar, CU plasmocitoide, CU con estroma linfoide y CU sarcomatoide. La identificación por el patólogo de estas variantes de CU es importante porque: 1) algunas variantes histológicas pueden plantear problemas de diagnóstico diferencial con lesiones epiteliales benignas del urotelio -CU variedad "en nidos y/o tubular", CU "microquístico"-, o con tumores metastáticos -CU plasmocitoide-; 2) algunos tipos histológicos están asociados con un pronóstico diferente al del CU convencional -CU "micropapilar", CU sarcomatoide- y 3) el reconocimiento de algunos patrones pueden tener implicaciones terapéuticas -CU tipo linfoepitelioma-.

En la literatura se refieren otras variantes de CU: CU con células gigantes tipo osteoclasto, CU con diferenciación trofoblástica, variante de células claras y carcinoma neuroendocrino de células grandes³, que por su carácter excepcionalmente infrecuente no se han incluido en esta revisión.

En general, estos diferentes patrones histológicos suelen estar asociados con áreas más o menos extensas de CU convencional, y deben de ser identificados y reseñados en los informes patológicos, dado que pueden estar presentes e incluso predominar en futuras recidivas y metástasis.

CARCINOMA UROTELIAL VARIEDAD "EN NIDOS" Y/O "TUBULAR"

En 1979 Stern⁴ publicó el caso de un tumor vesical constituido por una proliferación de nidos

uroteliales localizados en la lámina propia y que, a pesar de su recidiva, el autor lo consideró de naturaleza benigna. En 1989, Talbert y Young⁵ describieron tres casos de carcinomas uroteliales, que formaban nidos y túbulos de apariencia histológica benigna, pero infiltrantes y muy agresivos. Finalmente en 1992, Murphy y Deana⁶ utilizaron el término "variedad en nidos" del CU para describir esta entidad. Desde entonces se han publicado aproximadamente 80 casos⁴⁻¹⁹ y su incidencia se estima en un 0,3% de todos los carcinomas transicionales invasivos¹². Al igual que en el CU convencional, los pacientes son generalmente varones, mayores de 60 años y el síntoma predominante es la hematuria^{7,8,12,16,17}. Esta variedad histológica de CU se caracteriza por la presencia de nidos irregulares (Fig. 1a), de células transicionales, de citoplasma amplio eosinófilo o claro y con escasa atipia nuclear, que infiltran la lámina propia y/o la muscular propia de la vejiga (Fig. 1b); la atipia nuclear es mayor en los nidos que infiltran en profundidad^{5,7,8,12,16}. En ocasiones, los nidos se anastomosan formando túmulos cordones o trabéculas (Fig. 2) que en ocasiones son semejantes al papiloma invertido^{5,8,14}. A veces los nidos y/o túbulos se dilatan y forman grandes quistes de epitelio simple con secreción eosinofílica en su interior^{4-8,12,15,17}. Los nidos están rodeados por un estroma que varía de denso y colagenizado a laxo y mixoide, incluso edematoso o desmoplásico^{8,15,17}. El urotelio superficial suele ser normal o presenta ligera displasia^{3,7,8,16}, por lo que la citología de orina con frecuencia es negativa. Estos tumores no suelen crecer como masas intravesicales, y, por ello, no se identifican mediante cistoscopia. A pesar de su apariencia citológica benigna, el CU variedad en nidos suele ser en el momento del diagnóstico muy agresivo e infiltrante y se comporta como una neoplasia de alto grado, siendo frecuentes las metástasis^{5-7,12,14,16}.

El diagnóstico de la variedad en nidos y/o tubular del CU es de singular importancia, ya que, cuando la biopsia es superficial, puede ser difícil de diferenciar de lesiones benignas del urotelio, entre las que se encuentran la hiperplasia de nidos de von Brunn, la cistitis quística y glandular, el papiloma invertido, el adenoma nefrogénico y el paraganglioma^{5,7,8,12}. El diagnóstico de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3845060>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3845060>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)