

## Carcinoma micropapilar de vejiga: aportación de un caso y revisión de la bibliografía

L. Ripa Saldías, R. Guarch Troyas\*, A. Hualde Alfaro, A. De Pablo Cárdenas, M. Pinós Paul, A. Santiago González de Garibay

*Servicio de Urología y Servicio de Anatomía Patológica\*. Hospital Virgen de Camino Pamplona.*

Actas Urol Esp 2005; 29 (4): 408-413

### RESUMEN

#### CARCINOMA MICROPAPILAR DE VEJIGA: APORTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

El carcinoma micropapilar (CMP) es una variante anatomopatológica infrecuente de carcinoma vesical de comportamiento agresivo. Se presenta habitualmente como carcinoma de alto grado, en estadios avanzados y asociado a otras formas histológicas en proporciones variables. No manifiesta signos clínicos diferenciales con el carcinoma vesical típico. Los estudios de marcadores moleculares son todavía contradictorios. El tratamiento debería ser precoz y agresivo, fundamentalmente quirúrgico, dado que la Radioterapia y la Quimioterapia han demostrado escasa eficacia hasta el momento.

Presentamos el caso de un varón de 72 años con síntomas miccionales de larga evolución y hematuria macroscópica de reciente aparición que se diagnosticó de CMP en estadio avanzado. Al año de la cistectomía radical asociada a quimioterapia con carboplatino y gemcitabina se evidenció progresión rápida de la enfermedad y falleció a los 14 meses.

Palabras clave: Vejiga. Carcinoma transicional. Carcinoma micropapilar.

### ABSTRACT

#### MICROPAPILLARY CARCINOMA OF THE BLADDER: CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

Micropapillary carcinoma is an uncommon pathologic variant of bladder carcinoma with aggressive behavior. Its usual presentation is like a high grade and high stage carcinoma and associated with other histologic types in different proportion. It doesn't differ clinically from normal transitional cell carcinoma of the bladder. Studies of molecular markers are still contradictory. Treatment should be early and aggressive, based on surgical therapy as radiotherapy and chemotherapy have shown limited results.

We report a 72 years old man suffering from low urinary tract symptoms for years and recently presented gross hematuria. He was diagnosed as high stage micropapillary carcinoma. One year after radical cystectomy and subsequent chemotherapy based on carboplatin and gemcitabine, progression of the disease was shown on CT and the patient died 14 months after the diagnosis.

Keywords: Bladder. Transitional carcinoma. Micropapillary carcinoma.

El carcinoma vesical presenta frecuentes variantes anatomopatológicas con implicación pronóstica. Una de las últimamente definidas es el carcinoma micropapilar (CMP), descrito por primera vez en 1994 por Amin<sup>1</sup>. Desde entonces se han comunicado pequeñas series y casos

aislados de este tipo de tumor que demuestran el comportamiento agresivo y la escasa respuesta a tratamientos complementarios.

Lesiones histológicas micropapilares se han descrito en otros órganos e implican igualmente mal pronóstico, siendo en ocasiones dificultosa la

determinación del origen primario cuando existen varios focos. Los estudios inmunohistoquímicos pueden orientar hacia el tumor primario.

El hallazgo de lesiones micropapilares en muestras de pared vesical o la presencia de papilas y células con anomalías nucleares muy llamativas en citologías urinarias nos deben alertar y completar los estudios de filiación, siendo imprescindibles las biopsias en profundidad de pared vesical, incluso en casos de lesiones planas, dada la capacidad infiltrativa de este tumor y por tanto su comportamiento agresivo.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 72 años con antecedentes de patología cardiovascular grave: cardiopatía isquémica con infarto de miocardio que precisó triple by-pass aorto-coronario, arteriosclerosis de troncos supraaórticos y de extremidades inferiores; EPOC, fumador hasta hace 2 años, hernia discal y estenosis de canal. Consultó por síntomas de tramo urinario inferior de un año de evolución, destacando micción nocturna de 4-5 veces/noche y polaquiuria diurna con micción en dos tiempos. Días antes de la consulta presentó hematuria total con coágulos. A la exploración física se apreciaba paciente con deterioro del estado general, abdomen globuloso y cicatriz de toracotomía. Al tacto rectal se palpaba próstata compatible con hiperplasia benigna grado II.

La analítica de sangre mostraba hemograma normal, función renal normal, leve hiperuricemia de 7,4 y PSA 0,9 ng/ml.

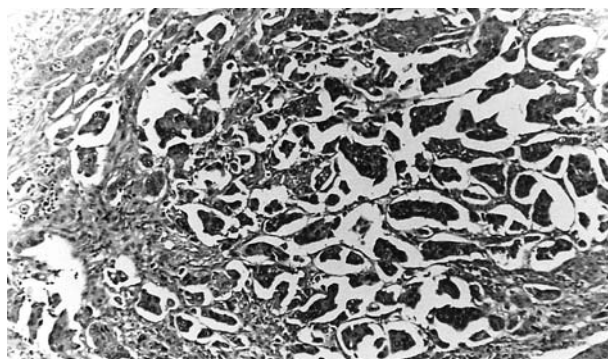
La ecografía inicial mostraba riñones normales y lesión exofítica en base vesical-cara derecha. La citología fue positiva para células malignas y la cistoscopia confirmó la lesión neoplásica vesical. El análisis de fragmentos tras RTU mostró carcinoma mixto, papilar de células transicionales grado II-III infiltrante de músculo liso con áreas de adenocarcinoma mucoide infiltrante asociado a lesiones de carcinoma in situ y cistitis glandular quística (estadio pT2-pT3 G-III).

El TAC posterior mostraba únicamente el engrosamiento de pared vesical y ateromatosis calcificada aorto-ilio-femoral siendo el resto de vísceras normales, sin detectarse adenopatías significativas.

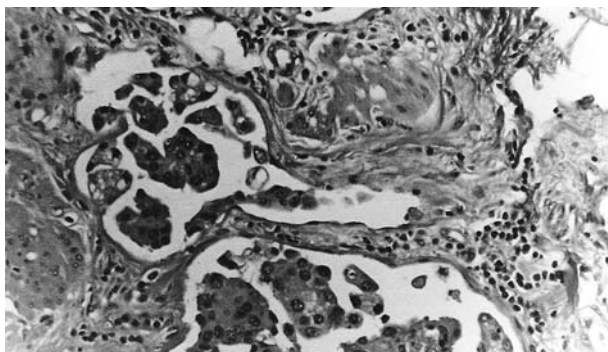
Se realizó cistoprostatectomía radical y neovejiga ileal tipo Camey II. El postoperatorio cursó sin complicaciones y fue dado de alta al 10º día.

El análisis histológico definitivo de la pieza revelaba una tumoración epitelial ulcerada infiltrante de todo el espesor de pared hasta tejido adiposo perivesical, constituida por nidos pequeños de células uroteliales dispuestas en lagunas artefactuales (Fig. 1), con imágenes concluyentes de invasión vascular (Fig. 2), con formaciones papilares sin tallo, que recuerdan al carcinoma seroso ovárico (Fig. 3). No se observaban cuerpos de psammoma. Había además lesiones asociadas de displasia epitelial en uretra prostática y un carcinoma de próstata bien diferenciado en lóbulo derecho Gleason 4 (2+2). En pieza de linfadenectomía izquierda se aislaron 11 ganglios afectados por carcinoma micropapilar mientras que los ganglios linfáticos contralaterales no estaban afectados.

Inmunofenotípicamente el componente micropapilar expresó citoqueratina 7, CA125, citoqueratina 20, BX2 y P53, siendo negativo para CEA.



**FIGURA 1.** Nidos de células epiteliales que infiltran la pared vesical, dentro de hendiduras artefactuales.



**FIGURA 2.** Áreas de infiltración de la pared, características de este tumor, con áreas de invasión vascular.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9306965>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9306965>

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