

METASTASIS OSEA DE TUMOR DE VEJIGA

Dr. Ernesto SANTUCHO

INTRODUCCION:

El hecho de haber diagnosticado simultaneamente un carcinoma vesical y una metastasis osea, aislada, motiva la presentación de este caso, dada la escasa frecuencia de esta concomitancia.

CASUISTICA:

Se trata de un paciente de 58 años que ingresa al Servicio de Urología del Hospital de San Miguel con H. C. Número 120.957 de Abril de 1976, por presentar hematuria indolora de 14 meses de evolución polaquiuria y nicturia. Al examen físico se encontró dolor y tumefacción de hombro derecho. La urografía muestra una imagen lacunar que ocupa toda la hemivejiga derecha y el piso, sin alteraciones pielocaliciales.

Se efectua estudio endoscopico con anestesia raquídea, comprobándose gran tumor de vejiga, macizo, cubierto de zonas hemorrágicas, que ocupa toda la hemivejiga derecha y hasta el cuello vesical. Al tacto bimanual se presenta próstata normal y masa tumoral que ocupa la hemivejiga derecha, dura y móvil. Se concluye que se trata de un tumor vesical estadio T3.

El hombro presenta radiologicamente una lesión en el tercio superior de la diafisis del húmero derecho, de tipo osteolítico que agranda, deforma y destruye la misma.

El 5/5/76 se efectua una neovejiga ileal con técnica de Bricker modificada, en la cual en lugar de efectuar una cuña en el meso ileal, que irriga el asa aislada, se obtiene la liberación del asa, seccionando el meso al ras del intestino aislado, el cual al quedar sin irrigación debe ser resecado en parte. Se obtienen biopsia vesical y de ganglio hipogástrico. Se efectua biopsia ósea. Los informes anatomopatológicos (Dr. Arrabal) son los siguientes: vejiga: carcinoma papilífero a células transicionales, con invasión muscular profunda (inclusión número 3501). Biopsia osea: zona de necrosis, fragmentos óseos, y placas de tejido carcinomatoso de células transicionales (inclusión número 3558). El enfermo es remitido a efectuar tratamiento cobaltoterápico.

COMENTARIOS.

En el año 1922 Kelly y Burman, sostenían que la mayoría de las metástasis por carcinoma de la vejiga se producían en hígado y pulmón, por el contrario, Geraghty en 1924 y Barringer en 1928 afirmaban que estas, eran más frecuentes en hueso. Por su parte, Graves y Militzer en 1934, sugieren que las metástasis óseas son mas frecuentes de lo supuesto, ya que los datos histopatológicos del esqueleto obtenido en autopsia, son muy escasos por no ser buscados. Glen y Paulson, sostienen que el tumor puede "saltar" la barrera linfática vesical y perivesical y dar metástasis a distancia en pulmon, hígado, etc., no haciendo diferencias con el orden de propagación de otras patologías tumorales que hacen metástasis oseas. Afirman que ésta afección ósea es en orden de frecuencia la siguiente: columna vertebral, pelvis, cráneo, costillas y finalmente húmero; Jewtt, que en su serie de 365 casos de carcinoma infiltrante de vejiga, el 53 por ciento tenía metástasis a distancia y en los cuales no se demostró quirurgicamente la permeación linfática previa.

Wallace en su estudio realizado en base a 150 autopsias de enfermos fallecidos por tumor de vejiga, concluye que la vía de propagación más frecuente es la linfática, invadiendo ganglios pélvicos, ilíacos y paraaórticos, llegando a veces a extenderse a ganglios de tórax y cuello. La diseminación hemática es semejante a la de otros tumores intraabdominales, comprometiendo mas frecuentemente hígado y luego pulmones y hueso. Al hígado llega por embolias hemáticas provenientes de la circulación general luego de pasar por el pulmon, o sino, si el tumor se ha extendido a pared rectal, en forma directa o traves de la vena porta. Afirma también que el riesgo de metástasis, va en progresión a medida que se profundiza la infiltración del tumor, de los tumores localizados en la mucosa, el 87 por ciento no tenían evidencias de metástasis, en cambio en aquellos con extensión a través de la vejiga, las tenían en un 68 por ciento.

En la mayoría de los enfermos con metástasis se hallaron embolizaciones tumorales de los vasos y niega que la diferenciación histopatológica, que adjudica valor pronostico a la invasión muscular o profunda tenga algun valor. Wallace dice que el cáncer de la vejiga se reproduce en sus metástasis, solo con ligeras variaciones en relación al tumor primitivo y a veces, el estroma peritumoral puede producir cambios en la estructura de la metástasis, haciendole perder su aspecto papilar. Esto ocurre mas frecuentemente en hueso.

En la serie de Wallace, 77 tenían metástasis; 22 involucraban huesos, llamando la atención que en los únicos 6 casos con diagnóstico de epitelio- ma escamoso (no papilar) las metástasis eran localizadas en nódulos linfáticos de la pelvis, peritoneo pelviano e implantes cutáneos.

CONCLUSION.

Si bien la metástasis osea del tumor de la vejiga no es infrecuente es raro que ésta se presente como manifestación aislada, y que sea diagnosticada simultaneamente con el tumor originario como ha ocurrido en este caso. De acuerdo a las cifras comparativas de diversos autores tenemos que deducir que, al hacer el diagnóstico de tumor vesical en estadio T3-T4, debemos suponer que el 60 a 70 por ciento de estos enfermos presentan metastasis, lo cual es una cifra elevada de propagación tumoral e invalidaría la pretensión quirúrgica de excéresis curativa en ésta situación.

RESUMEN.

Se presenta un caso de metástasis aislada de húmero originada por un tumor de vejiga, ambos diagnosticados simultáneamente. Se hacen consideraciones patológicas y clínicas sobre la propagación metastásica.

BIBLIOGRAFIA.

Tratamiento de las metastasis del aparato genito-urinario. Mesa redonda a cargo de la Confederación Arg. de Urol. (Coordinador Dr. R. Ercole) Octubre-noviembre/73 Pág. 41-55.

Bladder Lynphatics and tumor dissemination: G. W. Wintaneu, R. C. Miller J. Urol. Vol. 109, pág. 58-59, 1973.

Current results from treatment of stages c and d Bladder tumors at Roswell park memorial institute: Keny, Hardner, Moore, Murphy, Urol. 1973.

Lesions of Bone and Bladder cancer: E. M. Mullin, J. F. Glenn and D. F. Paulson-J. Urol. 113: 45-6, 75.. 75.

Tumors of the Bladder: (neoplastic disease at various sites). D. M. Wallace-Vol II Pág. 171-185-1959.

Danielis Technique for a simplified ileal conduit. Everet Schocket S. G. O. (Surgery, Gynecology and Obstetrics) Vol. 133 Número 5 Pág. 853-854. Nov. 71.