

## Adenocarcinoma vesical a células en anillo de sello

Dres. SANTUCHO, N.; RIMOLDI, L. D.; GERMINO, N. I. (\*)

En el Hospital Raúl Larcade, San Miguel, provincia de Buenos Aires, se trataron desde 1979 hasta 1989 110 tumores primarios de vejiga de estirpe transicional. Sólo uno de ellos fue de tipo adenocarcinomatoso. De este tipo, el más común es el adenocarcinoma vesical productor de mucina, que constituye el 2% de todos los tumores primitivos de vejiga; pero el adenocarcinoma con células en anillo de sello es una rara variante del mismo y sólo han sido descriptos hasta el presente, según Choi, 14 casos en la literatura.

Choi y Braun sostienen en estas publicaciones el concepto que éste adenocarcinoma en anillo de sello podría desarrollarse, directamente del epitelio transicional, sin metaplasia o cistopatía quística previa. Esta teoría no coincide con la de Mostofi, quien apoya la idea de que existe una metaplasia glándulo-quística previa al adenocarcinoma.

En el 20% de los casos existe linitis plástica vesical previa.

Hemos tratado un enfermo de 58 años de edad que consultó por síndrome de irritación vesical, con ardor miccional y piolacquiuria. Nunca hubo hematuria. Se constató adenocarcinoma vesical en anillo de sello que ocupaba la pared posterosuperior de vejiga y sin límite neto se propagaba a caras laterales, lejos del cuello vesical, siendo imposible distinguir los meatos y con franca disminución de la capacidad vesical.

Estudiado siguiendo los criterios de estadificación de la UICC se lo clasificó como T3 N (—) m (—). Por el tiempo histológico, la juventud del paciente y el estadio, se decidió efectuar prostatectomía.

Varias publicaciones sostienen la escasa o nula acción quimioterápica y/o radioterápica para este tipo de tumores por lo tanto la exéresis es la única posibilidad de aliviar a estos pacientes.

La intervención se realizó con conservación de la uretra y la construcción de una neo-vejiga continente a partir de un segmento aislado de ileón y anastomosada a la uretra residual.

La técnica usada es la descripta por Hautman y colabora-

dores y consiste en la construcción del neo-reservorio vesical, plegando el segmento aislado de ileón en forma de M, habiéndole agregado nosotros la variante de anastomosar a la uretra, una porción terminal conservada íntegra del ileón, en lugar del borde antimesentérico.

La pieza de cistectomía mostró, macroscópicamente, lesión vegetante de 3 x 2 x 2 centímetros. Microscópicamente se observó neoproliferación dentro de la masa intravesical, formada por playas y papilas, de glándulas irregulares con células vacuoladas con núcleo excéntrico o aplanado periférico (en anillo de sello); se observaron lagos extracelulares de mucina, con colgajos de células anaplásicas y playas celulares infiltrando las capas musculares. Los ganglios regionales no mostraron patología tumoral.

La evolución inmediata es mala por sepsis a punto de partida renal izquierda, que obliga a nefrectomizar al enfermo a los dos meses de operado. Luego evoluciona normalmente y sin incontinencia. La endoscopia de control a los ocho meses demostró un residuo de más de 150 cm<sup>3</sup>, pero con una neo-vejiga amplia y con la unión neo-vesicouretral normal. Al año de operado es visto por síndrome lipotímico y con gran deterioro general por uremia y sepsis ocasionadas por un gran residuo vesical postoperatorio que condicionó insuficiencia renal por éstasis. Si bien nos falta completar estudios pensamos que la causa de este gran residuo es ocasionada por la porción íntegra de ileón que anastomosada a uretra residual, condiciona una asincronía o desenergía obstructiva.

Lleva 2 años y medio, con controles oncológicos normales, lo cual es poco frecuente —por no decir excepcional— de acuerdo a la literatura consultada.

### BIBLIOGRAFIA

1. Choi, H.; Lamb, S.; Pintar, K. and Jacobs, S. C.: Primary signet ring cell carcinoma of the urinary bladder. *Cancer*, 53:1985, 1984.
2. Braun, E. V.; Ali, M.; Fayemi, A. O. and Beaugard, E.: Primary signet ring cell carcinoma of the urinary bladder: review of the literature and report of a case. *Cancer*, 47:1430, 1981.
3. Mostofi, F. K.: Potentialities of bladder epithelium. *J. Urol.*, 71:705, 1954.
4. Blute, M. L.; Engen, E. D.; Travis, W. D. and Kvols, L. K.: Primary signet ring cell adenocarcinoma of the Bladder. 141:17, 1989.
5. Sagalowsky, A.; Donohue, J. P.: Sixteen year survival with metastatic signet ring cell bladder carcinoma. *Urology*, 15:501, 1980.
6. Jacobo, I.; Loeving, S.; Schmidt, S. D.: Primary adenocarcinoma of the bladder (20 patients). *J. Urol.* 117:54, 1977.

Se agradece la colaboración en este trabajo de los Dres. GARAO, A.; ROSENFELD, C. y TRONCOSO, C. (\*)

(\*) Servicio Urología Hospital Raúl Larcade, San Miguel, provincia de Buenos Aires.

Servicio Anatomía Patológica Hospital Raúl Larcade, San Miguel, provincia de Buenos Aires.