

## Adenocarcinoma de vejiga en una mujer de 22 años de edad Presentación de un caso.

Dres. CHELIZ, G.; BECHARA, A.; HERRERA, M.; ROMANO, V.; FREDOTOVICH, N. (\*)

**RESUMEN:** Se presenta el caso de una mujer de 22 años de edad en protocolo de desderivación en la cual se diagnosticó preoperatoriamente un adenocarcinoma primitivo de vejiga.

Para descartar otros orígenes se realizó colon por enema.

Rectosigmoidoscopia y ecografía ginecológica; todos estos estudios fueron normales, se le practicó cistectomía pelviana bilateral y congelación del cabo distal de la uretra.

(Revista Argentina de Urología, Vol. 58, N° 3, Pág. 128, 1993)

**Palabras Clave:** Vejiga - Adenocarcinoma vesical - Mujer de 22 años de edad.

### INTRODUCCION

El adenocarcinoma de vejiga representa un 0,5% a 2% de todos los tumores de vejiga. Es el tercer tumor del urotelio en vejiga normal y el primero en vejiga extrínica<sup>1,2</sup>. Se pueden clasificar según su origen en: primarios de vejiga y en secundarios o extravesicales. Los más frecuentes son los de origen extravesical, originándose en la mayoría de los casos en el aparato urogenital (ovario, próstata) o digestivo (colon y apéndice). Pueden ser metástasis de un tumor primitivo a distancia (pulmón, mama, tiroides y páncreas). Los adenocarcinomas primarios de vejiga se clasifican en: adenocarcinoma vesical puro y adenocarcinomas del uraco., diferenciándose claramente este último tipo por su ubicación en cúpula vesical, con un pronóstico más favorable que el adenocarcinoma puro, y con un tratamiento más conservador. También puede encontrarse un adenocarcinoma como componente epitelial de un carcinosarcoma o como segundo compo-

nente epitelial en carcinoma transicional

Estas formas mixtas suelen considerarse aparte del resto de los adenocarcinomas de vejiga, por su distinto pronóstico y enfoque terapéutico<sup>3</sup>.

Las primeras descripciones histológicas del adenocarcinoma de vejiga corresponden a Mostofi y col<sup>4,5</sup> distinguiéndose los siguientes tipos histológicos: adenocarcinoma papilar, carcinoma adenoquistico, mesofrénico o de células claras, adenocarcinoma coloide, adenocarcinoma de tipo colónico, glandular sin otra especificación y adenocarcinoma en células en anillo de sello.

El adenocarcinoma de células en anillo de sello, del cual existen descriptos en la literatura revisada unos 50 casos<sup>6,7</sup>, es de muy mal pronóstico ya que desde el punto de vista histológico se caracteriza por la presencia de infiltración extensa de la submucosa y la muscular y se asocia con frecuencia a disminución de la capacidad vesical. El 30% de dichos tumores, es inespecífica: hematuria y síntomas irritativos bajos. Endoscópicamente pueden tener aspecto exofítico, ulcerados, papilares y difusamente infiltrativos. Se pueden observar la presencia de

(\*) Servicio de Urología - Hospital Carlos Durand  
Buenos Aires - Argentina.

membranas mucilaginosas adheridas a la mucosa vesical de un adenocarcinoma de próstata, siendo de inestimable ayuda la inmunohistoquímica, con tinciones para fosfatasa ácida prostática y para antígeno prostático específico (PSA). Aunque algunos adenocarcinomas de vejiga toman la tinción para fosfatasa ácida prostática (PAP) 9 y otros para PSA 10.

La infrecuente presentación de estos tumores, juntamente con su estadio avanzado en el momento del diagnóstico así como la falta de estudios prospectivos, tornan difícil cualquier consideración terapéutica.

Las terapéuticas empleadas van desde la simple RTU de vejiga pasando por la cistectomía parcial, cistectomía total con linfadenectomía bilateral o sin ella 11 a 18 con sobrevivencias que oscilan entre un 19 y un 80% a los 5 años. La gran disparidad de resultados depende de la escasa observación de pacientes, del empleo de más de una modalidad terapéutica en cada serie y de la imposibilidad de establecer grupos comparable entre si. No obstante la disparidad de criterios y la dificultad de hacer afirmaciones categóricas con respecto al tratamiento, la tendencia en general se inclina hacia la cistectomía radical con o sin linfadenectomía para adenocarcinomas puros de vejiga o con células en anillo de sello 14, 15, 16 y la cistectomía parcial con resección del uraco y tejido periumbilical para el adenocarcinoma del uraco. Es generalmente aceptada la radioresistencia de dichos humores, aunque se ha empleado la radioterapia externa como tratamiento adyuvante 14,15,17. Los resultados con quimioterapia son preliminares y desalentadores.

## MATERIAL Y METODOS

Se trata de una paciente de 22 años de edad portadora de un mielomeingocele sacro el cual fue tratado precocemente por neurocirugía.

Evolucionó con hidronefrosis bilateral por lo cual se realizó una ureterostomía en asa bilateral a los 3 años de edad.

La paciente abandonó el seguimiento y consultó 16 años después por la presencia de reiterados picostos con compromiso general y para obtener continencia urinaria. Con plan de desderivarla se iniciaron los estudios pertinentes, comprobándose que la función renal era normal (creatinina 0.9) observándose moderada hidronefrosis bilateral con parénquima renal conservado. En la cistografía miccional se observó la ausencia de reflujo vesicoureteral, baja capacidad, incompetencia del cuello vesical e imagen negativa en cara lateral derecha de la vejiga (foto 1). Acto seguido se realizó cistoscopia constatándose la presencia de una formación polipoide que ocupa varios campos endoscópicos en cara lateral derecha la cual se biopsió. El informe anatomopatológico reportó adenocarcinoma invasor de vejiga (foto 2). Para descartar otros

orígenes del adenocarcinoma se realizó colon por enema, rectosigmoidoscopia y ecografía ginecológica los cuales resultaron normales. Se realizó tomografía axial computada de abdomen y pelvis observándose masa ocupante intravesical que comprometía la cara lateral derecha de la vejiga sin compromiso visible del espacio paravesical ni presencia de adenopatías pelvianas. Las radiografías del tórax y el laboratorio conenzimas de masa ocupante fueron normales. Se propuso cistectomía radical con derivación continente aceptando la paciente solamente lo primero.

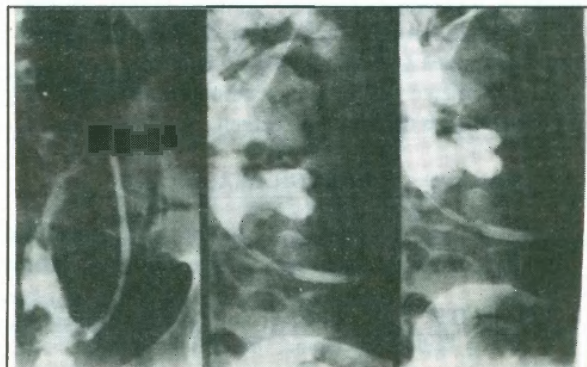


FOTO 1: IZQUIERDO (cistograma en el cual se observa una imagen negativa en el borde derecho del mismo) CENTRO Y DERECHA (pielografía ascendente).

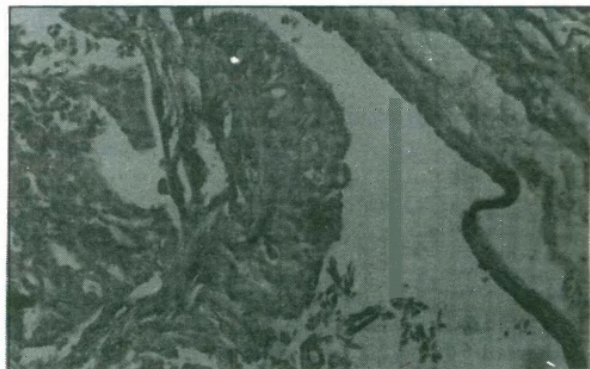


FOTO 2: Preparado anatomopatológico: visión 400X de las formaciones glandulares atípicas.

Se realizó cistectomía radical con linfadenectomía pelviana bilateral y congelación del cabo distal de uretra (resultado de la congelación: ausencia de neoplasia en la sección quirúrgica). El informe diferido de la anatomía patológica confirmó la presencia de un adenocarcinoma de vejiga con infiltración de la capa muscular, borde de sección sin evidencia de neoplasia. La paciente evolucionó favorablemente hasta el momento 32 meses de postoperatorio.

---

## MATERIAL Y METODOS

---

El adenocarcinoma de vejiga es un raro tumor que habitualmente es de origen extravesical.

Tanto el adenocarcinoma primario como el secundario suelen ser infiltrantes al comienzo del diagnóstico y de pronóstico desfavorable.

Dada la radioresistencia y la escasa efectividad de la quimioterapia, se aconseja la conducta quirúrgica agresiva: cistectomía radical con linfadenectomía pelviana bilateral en los adenocarcinomas puros de vejiga, y cistectomía parcial con resección del uraco y del tejido perilumbilical en los adenocarcinomas del uraco.

El tratamiento de los adenocarcinomas extravesicales es el tratamiento del tumor de origen.

### BIBLIOGRAFIA:

1. Thomas, D.G.; Ward y col.: A study of 52 cases of adenocarcinoma of the urinary bladder. *Br. Jour. Urol.*, 43: 4, 1971.
2. Friedell, G.H. y col.: Histopathology and the clasification of urinary bladder carcinoma. *Urol. Clin. North Am.*, 3: 53, 1976.
3. Burnett, A. y col.: Adenocarcinoma of the urinary bladder: classification and management. *Urology*, 38: 315, 1991.
4. Mostofi F. y col.: mucous adenocarcinoma of the urinary bladder. *Cancer*, 8; 741, 1954.
5. Mostofi, Fky. col.: mucous adenocarcinoma of the urinary bladder. *Cancer*, 8: 741, 1955.
6. Blute Ml. y col.: primary signet cell ring adenocarcinoma of the bladder. *J. Urol.*, 14: 17, 1989.
7. Sagalowsky y col.: sixteen years survival wsith metastatic signet ring cell adenocarcinoma. *J. Urol.* 15: 501, 1980.
8. Nocks Bn, y col: primary adencarcinoma of urinary bladder. *J. Urol.* 21: 26, 1983.
9. Epstein JI. y col: prostate-specific acid phosphatase immunoreactivity in adenocarcinoma of the urinary bladder. *Humman Path.* 17: 939, 1986.
10. Gol y col: prostatic specific antigen: immunoreacrivity in urachall artemnants. *J. Urol.* 64: 138, 1989.
11. Gill H. K. y col.: adenocarcinoma of the urinary bladder. *Urology* 21. 357, 1988.
12. Whitehead D. y col: carcinomaof the urachus. *Br. J. Urol* 43,468, 1971
13. Jacobo E. y col.: Primary adenocarcinoma of the bladder. *J. Urol.* 117, 54, 1977.
14. Kramer Sa. col.: primary non-urachal adenocarcinoma of the bladder. *J. Urol.* 121, 278, 1979.
15. Smith y col.: Bladder carcinosarcoma: histologic variation in metastatic lesions. *J. Urol.* 129, 829, 1983.
16. Coimbra, F., Scorticatti, C. y col: Neoplasias malignas de vejiga poco frecuentes. *Rev. Arg. Urol.* 57:1, 17, 1992.
17. Santucho, N. y col.: Adenocarcinoma vesical a células en anillo de sello. *Rev. Arg. Urol* 57:1-41, 1992