



Comunicación de casos

Case reports

## CARCINOMA TRANSICIONAL DE VEJIGA RECIDIVADO CON SUCESIVOS EMBARAZOS

## TRANSITIONAL BLADDER'S CARCINOMA RELAPSE WITH CONSECUTIVES PREGNANCIES

Dr. García, P.\*

**RESUMEN:** Se presenta el caso de una paciente con un carcinoma transicional de vejiga que recidiva concomitantemente a sucesivos embarazos, luego de realizar Resección Transuretral y tratamiento endocavitario con agente quimioterápico.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 61, Nº 2, Pág. 87, 1996)

**Palabras clave:** Vejiga; Carcinoma; Embarazo; Recidiva.

**SUMMARY:** It is reported the case of a patient with a bladder's transitional carcinoma that is relapsed to successive pregnancies after posterior transurethral and endocavitary treatment with chemotherapeutic agent.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 61, Nº 2, Pág. 87, 1996)

**Key words:** Bladder; Carcinoma; Pregnancy; Relapse.

### INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha avanzado mucho la comprensión de la biología del carcinoma de células transicionales, tanto que se han producido cambios en el abordaje de su tratamiento. Sin embargo, los tumores de células transicionales del tracto urinario superior como de la vejiga siguen siendo entidades mal definidas, atento a su conducta biológica y su multicentricidad. Los problemas relacionados con la selección de un trata-

miento verdaderamente efectivo para las diversas formas del carcinoma urotelial de la vejiga dependerán de su multicentricidad y comportamiento biológico, ya que no se puede predecir si su evolución permanecerá limitada a una región o si dará origen a una diseminación metastásica, aun si se ignora la cronología de estos acontecimientos dentro del curso general de la enfermedad y de su progresión sistémica. El carcinoma de vejiga es la segunda neoplasia del sistema genitourinario en los Estados Unidos y tiene una relación entre sexos de 3 a 1 predominante en el hombre<sup>(6)</sup>. La recidiva local de estos tumores *in situ* post resección transuretral (RTU) es a los 5 años de 65%; a los 10 años de 81%, y a los 15 años de 88%<sup>(7)</sup>. La progresión de la enfermedad sistémica extravesical es a los 5 años superior al 12%. La elección del tratamiento adyuvante complementario a la RTU es variable, puede tratarse con algún agente endocavitario como Thio Tapa, Doxirrubicina, Bacilo

\* Médico a cargo del Servicio de Urología del Hospital Regional de Río Gallegos España 464 - (9400) Río Gallegos - Prov. de Santa Cruz - Argentina

Aceptado para su publicación en noviembre de 1995

de Calmette Guerin (BCG); la mayoría de los autores coincide en que este último es el de mayor utilización<sup>(1)</sup> etc. Estos lograron la reducción tumoral y la demora en la progresión de la enfermedad sistémica con disminución de la mortalidad. Las directivas futuras en el tratamiento del carcinoma de vejiga apuntan a: *prevenir recidivas, erradicar tumor residual, evitar la progresión de la enfermedad tumoral sistémica y preservar la vejiga.*

### Presentación del caso

Paciente de sexo femenino multigesta de 33 años con un carcinoma transicional de vejiga *in situ*, que tuvo en el curso de su enfermedad tumoral 2 recidivas, ambas asociadas a embarazos. Sin antecedentes personales ni familiares de patologías atípicas. Primera consulta en enero de 1987 por estranguria y tenesmo vesical, cursa el vigésimo día de puerperio, parto eutócico, con antecedente de cólico pielonefrítico en la 16ª semana de su embarazo. **Exámenes complementarios y de laboratorio:** leucocituria, hemoglobinuria, proteinuria. **Urograma excretor** con signos de pielonefritis crónica, vejiga de bordes irregulares y con imagen hiperclara ubicada en hora 10. **Uretrocistofibroscopia (PEC):** pólipo único pediculado de 1 cm de diámetro. En marzo del mismo año, se realizó una RTU de ese pólipo. **Anatomía patológica:** carcinoma transicional de vejiga grado I. **Tratamiento:** controles periódicos con Papanicolau (PAP) en orina, PEC, tomografía axial computada (TAC) y sedimento urinario. En febrero de 1988 se originó la primera recidiva; se halló un pólipo único en hora 9-10. Se realizó una nueva RTU; el resultado histológico fue: carcinoma transicional de vejiga grado I. Se inició, entonces, un esquema de tratamiento quimioterápico con instilaciones intravesicales de Thio Tapa 60 mg, una por semana durante el primer mes y luego una por mes hasta completar el año. Continuaron los controles periódicos normales hasta julio de 1990, cuando la paciente presentó amenorrea con test de Albert positivo (+), PAP negativo (-), PEC (-). En febrero de 1991 tuvo un parto inmaduro con feto muerto; al mes siguiente, una hematuria macroscópica obligó a realizar una uretrocistofibroscopia: se comprobó una cistitis hemorrágica con zona edematosa, metaplásica en la región anterior de atipia. La paciente se negó a realizar una biopsia. Reapareció en la consulta en febrero de 1993 por microhematuria, con función renal normal. Una PEC demostró recidiva de pólipo vesical, que fue resecado. Cursó el postoperatorio con amenorrea y test de Albert (+), motivo por el cual no se administró terapia intravesical. El embarazo no llegó a su fin por un aborto espontáneo. Un año más tarde, los controles con PAP y PEC fueron normales.

### CONCLUSIONES

Se desprende del presente, la recidiva del carcinoma transicional de vejiga con sucesivos embarazos. Se trata de un proceso patológico que no ha sido comunicado hasta la actualidad.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Soloway, M.: Prostate cancer. Urothelial cancer. BHP. *Abstract.*, page 33, Orlando, Florida, marzo, 1995.
2. Kriplani, A.; Buckshee, K.; Gupta, N. P. y cols.: Urinary Bladder Carcinoma as apparent of antepartum hemorrhage in pregnancy. *Obstetric-gynaecology*, 32 (1):77-8, febrero, 1992.
3. Lingam, K.; Buckley, J. F. y Scott, R.: Transitional cell carcinoma of the bladder presenting during pregnancy. *Br. J. Urol.*, 71 (1):101, enero, 1993.
4. Bartha, J. L.; Bedoya, C. y De las Penas, M. D.: Bladder Carcinoma presenting during pregnancy. *Int. J. Gynaecol. Obstet.*, 44 (3), 282-3, marzo, 1994.
5. Instituto Alexander Fleming revisión en CD de 1990 hasta 1994.
6. Epidemiology of bladder cancer. Silverman, febrero, 1992. Haematology/oncology of North America.
7. Campbell Urology, 6th. edition.

### COMENTARIO EDITORIAL

El autor presenta el caso de una mujer con gestaciones múltiples, antecedentes de cólicos nefríticos y pielonefritis de diagnóstico radiológico, con un carcinoma transicional de vejiga recidivante con sucesivos embarazos. No obstante, la lectura del historial clínico parece indicar que se trata de un carcinoma transicional de vejiga coincidente en su aparición con un embarazo, con 2 recidivas probadas anatomopatológicamente, no asociadas a gravidez (la primera) o precediéndola (la segunda). En esta última oportunidad, si bien presentó una amenorrea por embarazo en el postoperatorio de su carcinoma de vejiga, ésta no estuvo cronológica ni biológicamente ligada al tumor.

La revisión de la literatura anglosajona de acceso informático permite apreciar que la asociación de carcinoma de vejiga y embarazo es una entidad muy poco frecuente, habiéndose publicado solamente una veintena de casos. Esto llama la atención, dado que si bien los carcinomas transicionales de vejiga son poco habituales en las mujeres jóvenes, no lo es el embarazo, un estado funcional que junto con el puerperio abarca un segmento temporal significativo (10 a 12 meses). Quizá, el bajo número de embarazos de los países desarrollados que son la fuente de la revisión bibliográfica no se corresponde a la frecuencia que tendría en los países de menor desarrollo y mayor natalidad. Una de las publicaciones más importantes es la de S. González Blanco y colabo-

radores<sup>(1)</sup>, que comunicaron 3 casos en Canadá en un período de 2 años (1984-1986), en el cual hubo en ese hospital 12.989 partos; esos tumores producen una incidencia bienal de 0,03 % que no registra antecedentes ni repetición hasta el momento de esa publicación.

La mayoría de estos tumores son detectados en el último trimestre del embarazo o en el puerperio. Su principal síntoma, la hematuria<sup>(2,3)</sup>, a veces es confundida con un sangrado genital erróneamente atribuido a placenta previa, disrupción o retención de restos placentarios<sup>(4)</sup>. La ecografía genital ha sido el procedimiento de diagnóstico más empleado, a veces el único hasta una vez finalizado el embarazo en que son comprobados endoscópicamente<sup>(1,4)</sup>. La ecografía en estos casos no sólo es un estudio inocuo, sino bastante seguro, teniendo en cuenta que en el 33,3 % puede detectar tumores de hasta 0,5 cm de diámetro y en el 95 %, de más de 2 cm<sup>(5)</sup>, pudiendo ser utilizada para estadificar al igual que la resonancia nuclear magnética.

Los tumores comunicados en este trabajo eran carcinomas transicionales grado 1, pequeños y solitarios, coincidiendo con los casos revisados que eran G1 y G2. El estadio en su mayoría era PTa (clasificación UICC) y, si bien no se especifica en el trabajo, no hay indicios de que fueran mayores.

M. Soloway<sup>(1)</sup> sugiere que debido al bajo grado y estadio tumoral, se puede diferir la resección endoscópica hasta después del parto para evitar contracciones uterinas que pongan en riesgo el embarazo. Esto fue seguido en muchos casos, excepto en Japón<sup>(6)</sup>, donde interrumpieron un embarazo para proceder al tratamiento.

En ninguna comunicación se intenta correlacionar biológicamente la aparición del tumor de vejiga con el

estado de gravidez. Esta relación sería circunstancial, dado que el embarazo es un estado biológico frecuente en las mujeres jóvenes, que prevalece durante varios meses, pudiéndose establecer la coincidencia. Tampoco hay indicios de que el embarazo agudice la neoplasia, a juzgar por los grados de celularidad e invasividad de los tumores comunicados.

---

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. González Blanco, S.; Mador, D. R.; Vickar, D. B. y McPhee, M. S.: Primary bladder carcinoma presenting during pregnancy in 3 cases. *J. Urol.*, 141:613-614, 1989.
2. Loughlin, K. R.: Bladder cancer during pregnancy. *Br. J. Urol.*, 75 (3):421-422, 1995.
3. Wijesuriya, L. I. y Li, M. K.: Carcinoma of the bladder presenting during pregnancy. *Br. J. Urol.*, 75 (2):253-254, 1995.
4. Lingam, K.; Buckley, J. F. y Scott, R.: Transitional cell carcinoma of the bladder presenting during pregnancy (case report). *Br. J. Urol.*, 71 (1):101, 1993.
5. Itzhak, Y.; Singer D. y Fischelovitch, Y.: Ultrasonographic assessment of bladder tumors. I. Tumor detection. *J. Urol.*, 116:31-33, 1981.
6. Kimura, F.; Sakamoto, H.; Shimizu, S.; Nakajima, F. y Nakamura, H.: Transitional cell of bladder occurring during pregnancy: report of two patients. *Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi*, 85 (11):1683-1686, 1994.

---

**Dr. Osvaldo N. Mazza**

Servicio de Urología del Hospital Alemán  
Camarones 2229 - (1416) Buenos Aires - Argentina  
Tel. 583-4032