

# Metástasis epidurales de carcinoma urotelial sarcomatoide de vejiga

## *Epidural metastases of sarcomatoid bladder*

Victoria Mayoral Campos, María José Gimeno Peribañez, José Andrés Guirola Órtiz, Blanca Madariaga Ruiz, José Luis de Benito Arévalo, Ignacio Pina Leita

*Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.*

### INTRODUCCIÓN

Las metástasis epidurales sin afectación ósea son entidades muy poco frecuentes. Si se considera, además, que la tumoración primaria constituye un carcinoma urotelial vesical de estirpe sarcomatoide, que representa el 0,3% de las neoplasias vesicales, convertimos nuestro caso en excepcional.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de un paciente de 70 años de edad, que acude a nuestro servicio para efectuar un estudio de carcinoma urotelial sarcomatoide de vejiga con infiltración del músculo detrusor. El paciente presenta dolor lumbar y glúteo, por lo que recibe tratamiento con mórficos. Se le realiza tomografía computada (TC) tóraco-abdominal con la administración de contraste yodado intravenoso (CIV), apreciándose ocupación parcial del canal raquídeo con afectación epidural, que se interpreta como enfermedad metastásica (Figura 1). Se observa, asimismo, la presencia de nódulos pulmonares múltiples. Se amplía el estudio mediante resonancia nuclear magnética (RNM), secuencias T1, T2 y T1 tras la administración de contraste paramagnético, en proyecciones axial y sagital (Figura 2). Se informa como masa de partes blandas que ocupa el espacio epidural anterior en los niveles L3, L4 y L5, que provoca estenosis del conducto raquídeo lumbar y que, tras la administración de contraste paramagnético, presenta una captación intensa y homogénea. Estos

hallazgos son compatibles con metástasis epidurales de carcinoma urotelial sarcomatoide de vejiga. El paciente es sometido a cistectomía radical con derivación cutánea y radioterapia lumbar, falleciendo a los pocos días del ingreso debido a un fallo respiratorio.

### DISCUSIÓN

El carcinoma sarcomatoide de vejiga es una tumoración rara, que representa el 0,3% de las neoplasias de vejiga<sup>1</sup>. Pese a ser un tumor muy agresivo y con mal pronóstico, la aparición de metástasis epidurales es muy poco habitual. Corresponde a una variante del carcinoma de células transicionales en el que predominan las células fusiformes y cuya naturaleza epitelial se demuestra por microscopia electrónica o inmunohistoquímica.

El espacio epidural es el principal sitio de implantación de metástasis que producen alteración de la médula espinal. Los principales tumores primarios que realizan metástasis al espacio epidural son aquellos que se propagan al hueso, como los de mama, próstata y pulmón, seguidos por el cáncer de riñón, mieloma múltiple, linfoma no Hodgkin, cáncer colorrectal y sarcomas<sup>2</sup>. El resto de los casos corresponde a carcinomas gastrointestinales y a tumores desconocidos. En orden de frecuencia, el segmento torácico de la columna es el más afectado, seguido de la zona lumbar y la zona cervical.

Recibido febrero 2015 - Aceptado marzo 2015  
Conflictos de interés: ninguno

Correspondencia  
Email: vmayoralcampos@gmail.com

Received february 2015 - Accepted march 2015  
Conflicts of interest: none

La vía más común de desarrollo de las metástasis epidurales es la vía hematogena, por encima de la vía linfática y la invasión local. La vía venosa, especialmente a través de los plexos paravertebrales de Batson, es más importante que la vía arterial<sup>2</sup>. Este plexo venoso está constituido por un conjunto de venas, resultado de anastomosis de venas vertebrales (internas y externas) y venas intercostales posteriores, y se comunica con el sistema venoso basivertebral, recogiendo parte de la sangre drenada por diversos órganos de la pelvis y las mamas. Este sistema carece de válvulas, y la sangre fluye por presión externa<sup>3</sup>.

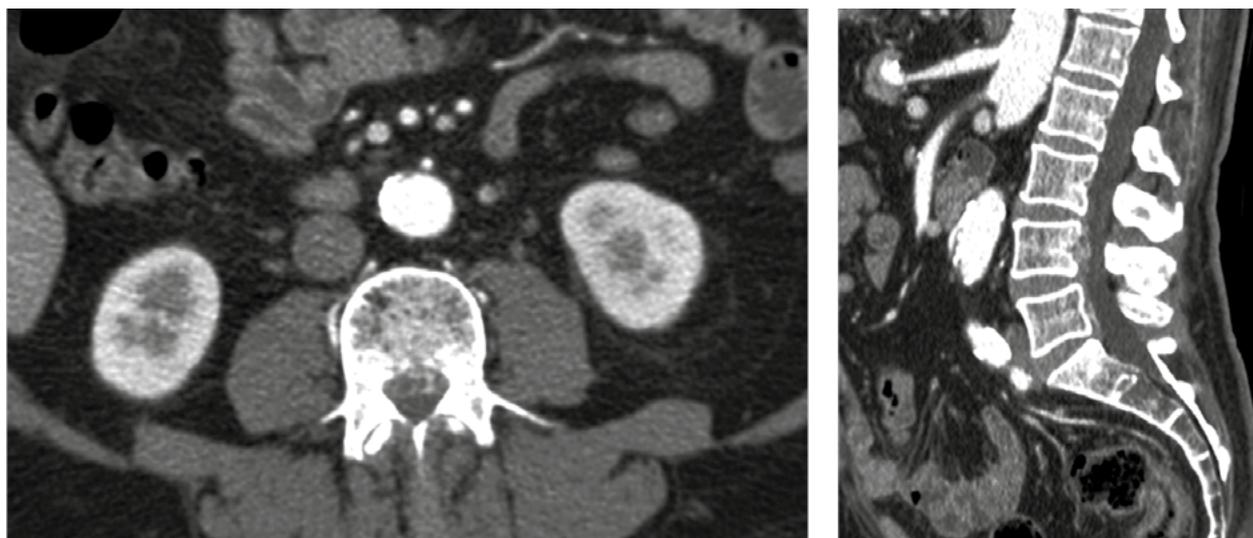
Las metástasis epidurales se presentan como masas con realce de tejidos blandos, en ocasiones múltiples. Casi siempre se asocian a la extensión epidural de una metástasis vertebral, aunque en ocasiones puede ocurrir por propagación de un tumor paravertebral o mediastínico posterior a través de los espacios de conjunción. Es muy raro que se trate de metástasis únicas, lo que hace que nuestro caso sea excepcional.

La mayor parte de las metástasis epidurales debutan con clínica de compresión medular. No obstante, la literatura médica recoge casos en los que las mismas son asintomáticas<sup>4</sup>.

Las pruebas de imagen orientan el diagnóstico definitivo, siendo la resonancia magnética la prueba determinante para ello. Se caracterizan por ser masas de partes blandas localizadas en el espacio epidural, isointensas con respecto a la médula espinal en las secuencias T1 y T2, y que presentan un realce importante en la señal en las secuencias T1, tras la administración de contraste paramagnético. La TC y la mielografía fueron las técnicas utilizadas previamente a la aparición de la RNM, con hallazgos de imagen similares a esta última, ya que contrastan de forma significativa tras la administración de contraste yodado intravenoso (CIV)<sup>5</sup>.

El tratamiento de primera línea consiste en la combinación de corticoides y radioterapia. En algunos pacientes, la utilización conjunta de cirugía radical y radioterapia resulta superior a la radioterapia aislada.

En conclusión, se puede afirmar que las metástasis epidurales sin afectación ósea son entidades raras, que pueden aparecer en relación a determinados tumores primarios tales como el carcinoma urotelial sarcomatoide de vejiga.



**Figura 1.** TC abdomino-pélvica con CIV, proyección axial y sagital: Ocupación parcial del canal raquídeo a nivel de L3, L4 y L5, por masa de partes blandas localizada en el espacio epidural, que presenta discreta captación tras la administración de CIV.



**Figura 2.** RNM, secuencia en ponderación T1, plano sagital y axial, y ponderación T1 tras la administración de contraste paramagnético, plano sagital. Masa de partes blandas que ocupa el espacio epidural anterior en los niveles L3, L4 y L5, que provoca estenosis del conducto raquídeo lumbar y que, tras la administración de contraste paramagnético, presenta una captación intensa y homogénea.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. García González J, Pérez Fentes D, Aliste Santos C, y cols. Use of M-VAC in the adjuvant treatment of sarcomatoid carcinoma of the bladder. *Actas Urol Esp.* 2009 Apr; 33 (4): 447-9.
2. Cole JS, Patchell RA. Metastatic epidural spinal cord compression. *Lancet Neurol.* 2008 May; 7 (5): 459-66.
3. Shah LM, Salzman KL. Imaging of spinal metastatic disease. *Int J Surg Oncol.* 2011; 2011: 769753.
4. Helweg-Larsen S, Hansen SW, Sørensen PS. Second occurrence of symptomatic metastatic spinal cord compression and findings of multiple spinal epidural metastases. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1995; 33 (3): 595-8.
5. Shah LM, Salzman KL. Imaging of spinal metastatic disease. *Int J Surg Oncol.* 2011; 2011: 769753.