

Carcinoma microcítico de vejiga: una rara entidad

Microcytic Bladder Carcinoma: a Rare Entity

Patricia Cruz Castellanos, Lorena Ostios, Jesús Miranda Poma, Álvaro Pinto Marín, Enrique Espinosa

Departamento de Oncología Médica, Departamento de Urología. Complejo Universitario La Paz. Madrid, España.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células pequeñas en vejiga es infrecuente, representando el 0,5% de los tumores vesicales. De hecho, desde que se describió el primer caso en el año 1981, menos de 200 pacientes han sido reportados en la literatura¹. Su etiopatogenia está íntimamente ligada al hábito tabáquico, siendo más frecuente en el sexo masculino y presentando un pico de incidencia entre la quinta y la novena décadas de la vida. Sus síntomas de presentación no difieren de los de las otras neoplasias urológicas, caracterizándose por episodios de hematuria, con o sin disuria².

Con nuestro caso clínico pretendemos ilustrar el diagnóstico y evolución clínica de un carcinoma microcítico de vejiga, resaltando las dudas respecto de su manejo y tratamiento oncológico.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de un varón de 62 años de edad, con historia de tabaquismo importante y sin otros antecedentes de interés. En febrero de 2014 consulta por molestias a nivel de hipogastrio coincidiendo con disminución de la diuresis y episodios de hematuria. A su llegada a urgencias se objetiva globo vesical y, tras el sondaje, comienza con hematuria franca con coágulos

y anemia secundaria. Por este motivo, dado el difícil control clínico del cuadro, se decide el ingreso del paciente para completar su estudio.

Durante su estancia hospitalaria, se controla el episodio agudo y se realiza una ecografía renovesical que muestra una lesión polipoidea en la cara lateral de la vejiga sugestiva de tumoración primaria, con una citología de orina negativa (Figura 1). Dada la alta sospecha de neoplasia vesical, se completa el estudio con cistoscopia con resección transuretral de la lesión y exploración bajo anestesia vesical con toma de biopsias múltiples.



Figura 1. Ecografía vesical de diagnóstico, donde se observa la lesión polipoidea

El estudio anatomopatológico evidencia la presencia de un carcinoma neuroendocrino de célula pequeña como se verifica en las piezas remitidas a anatomía patológica para su estudio. Ante este hallazgo, y con el objetivo de completar el estudio, se realiza un escáner toracoabdominal que confirma este hallazgo y descarta afectación regional o a distancia. Ante lo excepcional e infrecuente del caso se presenta en el Comité de Tumores Urológicos, optándose -dado el estadio localizado de la lesión por la resección mediante cistectomía radical por laparotomía media y transureterostomía cutánea. La muestra quirúrgica confirma la presencia de un carcinoma indiferenciado de célula pequeña con un Ki-67 >90% en la pieza tumoral, sin asociar enfermedad ganglionar.

Debido a la anatomía patológica y al elevado riesgo de recaída, se decide plantear quimioterapia adyuvante basada en doblete de platino (cisplatino-etopósido x 4 ciclos). Sin embargo, el paciente no alcanza a iniciar el tratamiento, ya que, una semana después del alta hospitalaria, comienza a presentar mal estado general con astenia e hiporexia importante. En la exploración se destaca tinte icterico de piel y mucosas, evidenciándose en la analítica patrón de colestasis. La tomografía axial computarizada (TAC) muestra múltiples nódulos pulmonares bilaterales, lesiones hepáticas, conglomerados adenopáticos a nivel pélvico e implantes peritoneales, todo ello compatible con progresión de su enfermedad de base, falleciendo poco tiempo después (Figuras 2 a 4).

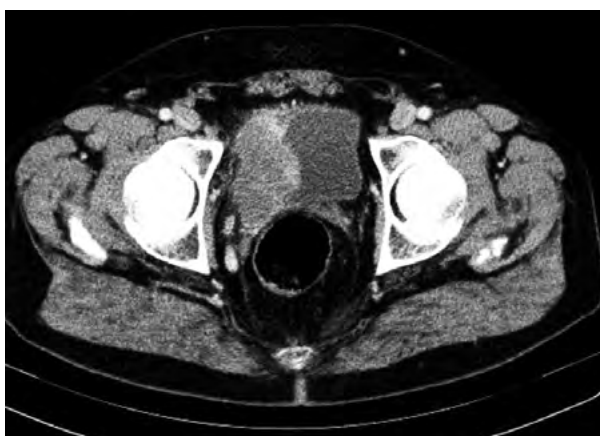


Figura 2. Imagen que muestra el estado de la lesión a nivel local a la progresión

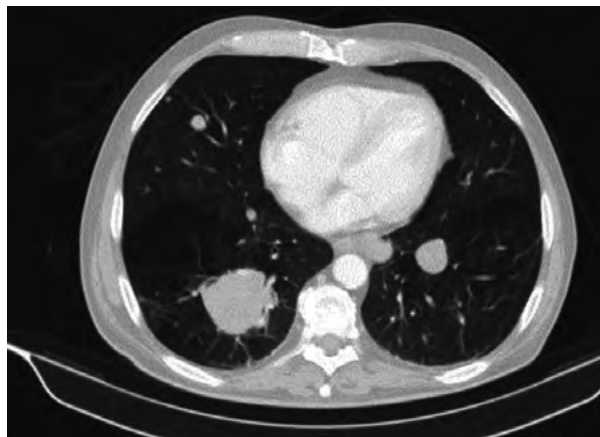


Figura 3 y 4. Tomografía axial computarizada (TAC) que muestra la extendida progresión pulmonar en pocos meses

DISCUSIÓN

Nuestro caso ilustra el diagnóstico y manejo terapéutico de un carcinoma microcítico de vejiga. Como se comentó anteriormente, se trata de una neoplasia infrecuente en dicha localización, por lo que no existe un consenso claro sobre su manejo terapéutico. Para explicar su origen en esta localización se plantean tres teorías, que proponen lo siguiente: 1) su origen en células madre; 2) su origen en el sistema neuroendocrino APUD (amine precursor uptake decarboxylation) incluido en el epitelio de transición; y 3) aunque menos probable, a partir de metaplasia de células de la mucosa urotelial³.

La histología, inmunohistoquímica y estructura de los tumores neuroendocrinos de célula pequeña son indistinguibles de los carcinomas de célula pequeña de pulmón³. En la mayoría de los casos, lo que se identifica es un tumor de histología mixta asociando componente de célula pequeña con carcinoma urotelial invasivo o

in situ, adenocarcinoma, carcinoma escamoso, tumor carcinoide atípico o, más infrecuentemente, componente sarcomatoide, siendo excepcional el hallazgo de un carcinoma de célula pequeña puro en esta localización, tal como ilustra nuestro caso clínico². Al igual que en otras localizaciones, esta estirpe histológica se asocia a mal pronóstico con una sobrevida media de 10 a 21 meses, siendo lo más frecuente el diagnóstico en estadios diseminados⁴.

Debido a que el carcinoma de célula pequeña de vejiga es una entidad infrecuente, no se conoce cuál es la mejor aproximación terapéutica. Los diferentes casos reportados en la literatura abogan en estadios localizados por un tratamiento local mediante resección transuretral del tumor de la vejiga (*transurethral resection of the bladder tumour*, TURBT), cistectomía parcial o radical. Sin embargo, las recaídas precoces tras estas intervenciones y la similitud histológica con el carcinoma de célula pequeña de pulmón plantea en la actualidad el uso de quimioterapia precoz, seguida de intervención local con cirugía o radioterapia⁴.

De hecho, recientemente se ha publicado un estudio fase II que plantea que el uso de quimioterapia neoadyuvante seguida de cistectomía puede proporcionar un mayor control local a largo plazo, con resultados positivos. En esta misma línea, existen otros estudios y series de casos que han documentado que la TURBT seguida por quimioterapia multiagente y radiación pélvica local puede llevar a incrementar la sobrevida libre de progresión y la preservación de la vejiga^{4,5}.

Con nuestro caso clínico pretendemos ilustrar el difícil manejo de este grupo de pacientes, debido a la falta de evidencia suficiente que establezca cuál es el mejor tratamiento a instaurar. Asimismo, quisiéramos resaltar la tórpida evolución del paciente, debido a la agresividad del tumor de base.

BIBLIOGRAFÍA

1. Choong NW, Quevedo JF, Kaur JS. Small cell carcinoma of the urinary bladder. The Mayo Clinic experience. *Cancer*. 2005 Mar 15; 103 (6): 1172-8.
2. Cuesta Alcalá JA, Ripa Saldías L, Aldave Villanueva J, Pascual Piédrola I, Solchaga Martínez A, Ponz González M, y cols. [Neuroendocrine small cell carcinoma of the bladder. Review of the literature and report of a case] [Artículo en español]. *Arch Esp Urol*. 2002 May; 55 (4): 452-6.
3. Lahoz Tornos A, Marrón Penón MC, Pardo López ML, Noguera Gimeno MA, Pujol Obis E, Del Villar Sordo V. [Small cell neuroendocrine tumour of the bladder: with reference to a case and bibliographical revision] [Artículo en español]. *Actas Urol Esp*. 2006 Sep; 30 (8): 835-8.
4. Bryant CM, Dang LH, Stechmiller BK, Gilbert SM, Morris CG, Zlotecki RA. Treatment of small cell carcinoma of the bladder with chemotherapy and radiation after transurethral resection of a bladder tumor. *Am J Clin Oncol*. 2016 Feb; 39 (1): 69-75.
5. Koay EJ, Teh BS, Paulino AC, Butler EB. Treatment trends and outcomes of small-cell carcinoma of the bladder. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2012 May 1; 83 (1): 64-70.