



Revista Mexicana de
UROLOGIA
ÓRGANO OFICIAL DE DIFUSIÓN DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE UROLOGÍA

www.elsevier.es/uromx



CASO CLÍNICO

Melanoma en vejiga, reporte de un caso y revisión de la literatura



L. Casimiro-Guzmán*, L.U. Hernández-Román, L.H. Cruz-Contreras y S. Chávez-Martínez

Departamento de Anatomía Patológica, Hospital General «Dr. Miguel Silva», Morelia, Michoacán, México

Recibido el 15 de marzo de 2015; aceptado el 10 de agosto de 2015

Disponible en Internet el 19 de septiembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Melanoma de vejiga;
Melanoma
genitourinario;
Neoplasia maligna no
urotelial de vejiga

KEYWORDS

Melanoma of the
bladder;
Genitourinary
melanoma;
Malignant
non-urothelial
neoplasia of the
bladder

Resumen El melanoma en vejiga es una neoplasia maligna poco frecuente, se han reportado casos aislados como sitio primario y la presentación más común es la metastásica. El diagnóstico del melanoma en vejiga es complicado y requiere de un estudio exhaustivo interdisciplinario del paciente, además, no se encuentran bien estandarizados los criterios histopatológicos que confirmen su sitio primario. Se presenta el caso de un hombre de 42 años con melanoma en vejiga que inició con dolor suprapúbico, disuria y pérdida de peso. El diagnóstico resultó difícil, tanto clínico como histopatológico, y no fue posible identificar si se trató de una lesión primaria debido al estadio avanzado de presentación, así como a la falta de estudios complementarios. © 2015 The Authors. Publicado por Masson Doyma México S.A. en nombre de Sociedad Mexicana de Urología. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Bladder melanoma: A case report and literature review

Abstract Melanoma of the bladder is a rare malignant neoplasia. Isolated primary cases have been reported, but the most common presentation is metastatic disease. The diagnosis of bladder melanoma is complicated and requires a thorough interdisciplinary study of the patient. In addition, there are no well-standardized histopathologic criteria confirming its primary site. Presented herein is the case of a 42-year-old man with bladder melanoma that manifested as suprapubic pain, dysuria, and weight loss. Both the clinical and histopathologic diagnoses were difficult and it was not possible to determine whether the lesion was a primary one, due to the advanced stage of presentation, as well as to the lack of complementary studies. © 2015 The Authors. Published by Masson Doyma México S.A. on behalf of Sociedad Mexicana de Urología. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia. Calle zinc 379, col. Industrial. CP 58130 Morelia, Michoacán, México. Tel.:éfono: +443 3413212, celular: 4431408088.

Correo electrónico: lerentxun@hotmail.com (L. Casimiro-Guzmán).

Introducción

El melanoma es una neoplasia maligna constituida por melanocitos, los cuales son células que se originan embriológicamente de la cresta neural y que posteriormente migran a la piel, mucosas y diversos sitios anatómicos^{1,2}. El melanoma es la tercera neoplasia maligna más común en la piel y típicamente se presenta como una lesión asimétrica, de bordes irregulares, pigmentada, con forma de mácula, pápula o nódulo. Sin embargo, puede presentarse en sitios distintos de la piel, como mucosa de la región oral, mucosa anogenital, meninges, esófago y ojo³. La vejiga es un sitio anatómico poco frecuente de presentación y por lo general es secundaria a metástasis que se origina de la piel^{4,5}. Por lo tanto, determinar si el melanoma tiene su origen en la vejiga requiere de un exhaustivo análisis de piel y descartar otros órganos frecuentes de presentación, sin embargo, en la mayor parte de los casos no es posible confirmar su origen primario⁵.

Presentación del caso

Hombre de 42 años, sin antecedentes personales patológicos de importancia que presentó dolor suprapúbico intenso tipo cólico, disuria y pérdida de peso de 10 kg de 4 meses de evolución. Posteriormente, se agregó goteo hemático posmiccional, náuseas y vómito. En la exploración física, se encontró dolor a la palpación en hipogastrio, adenomegalias inguinales derechas, hidrocele y edema de prepucio. El ultrasonido abdominal no reportó lesiones vesicales. La tomografía computarizada únicamente mostró engrosamiento de la pared vesical. El paciente fue sometido a cistoscopia y toma de biopsia de vejiga, con reporte histopatológico de carcinoma de células transicionales de alto grado. Dos meses posteriores, el paciente desarrolló lesión renal aguda posrenal, por lo que requirió apoyo de la función renal con hemodiálisis. Los estudios de laboratorio reportaron leucocitos 9 800/ μ L, hemoglobina 9.6 g/dl, hematocrito 29.4%, plaquetas 361,000/ μ L, creatinina 5.62 mg/dl, nitrógeno ureico 28 mg/dl, urea 59.92 mg/dl y antígeno prostático 0.93 ng/ml.

Al paciente se le realizó una cistoprostatectomía; como hallazgo transquirúrgico se reportaron implantes peritoneales y ganglios pélvicos aumentados de tamaño.



Figura 1 Pieza quirúrgica. Corte de vejiga con engrosamiento difuso de la pared y aspecto multinodular de la mucosa.

En el estudio anatomopatológico, la vejiga y la próstata eran de superficie externa irregular, de bordes mal definidos, café y de consistencia firme; al corte se identificó engrosamiento difuso de la pared vesical de 3 cm de espesor máximo y la mucosa vesical nodular blanquecina (fig. 1). El estudio microscópico reveló una neoplasia ulcerada, constituida por nidos de células poligonales con citoplasma amplio,

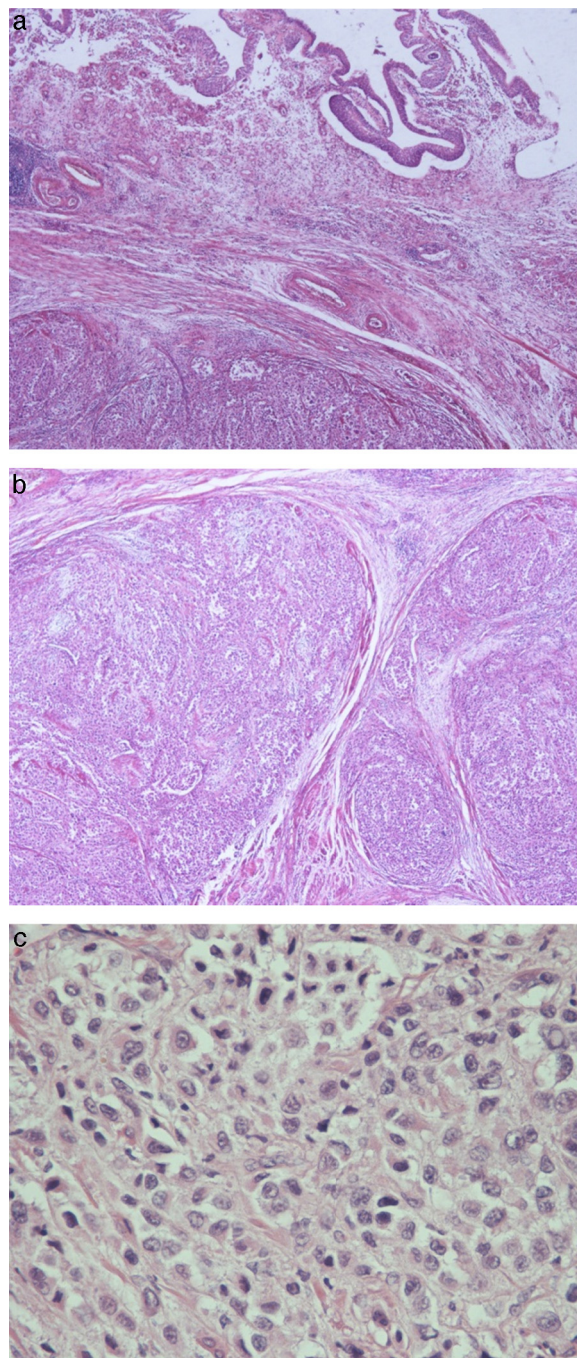


Figura 2 a) Corte histopatológico donde se aprecia epitelio transicional de la vejiga y neoplasia maligna de patrón nodular en lámina propia y muscular propia (50 \times). b) Neoplasia maligna con patrón sólido y nodular invadiendo capa muscular propia de la vejiga (50 \times). c) Las células neoplásicas muestran gran pleomorfismo nuclear, nucléolo prominente y mitosis (400 \times).

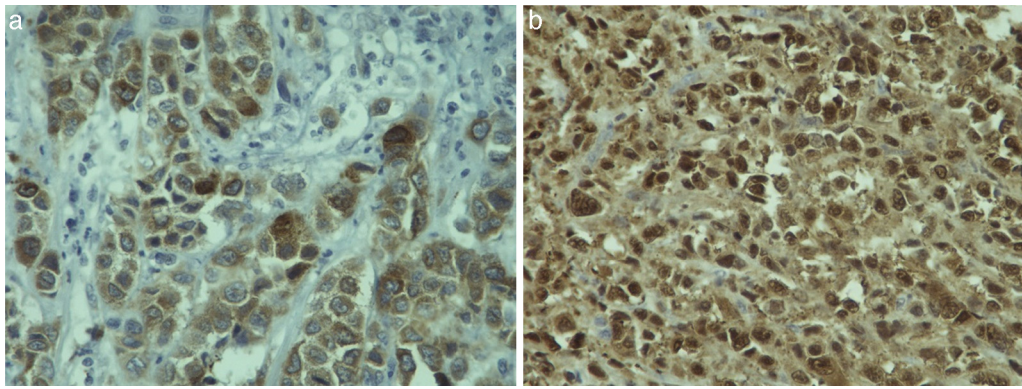


Figura 3 Inmunohistoquímica. A) Melan A positividad en citoplasma de células neoplásicas (400×). B) S-100 positivo intenso en citoplasma de células neoplásicas (400×).

claro, núcleo central vesicular pleomórfico, nucléolo prominente eosinófilo y ausencia de pigmento (fig. 2). El estudio de inmunohistoquímica demostró una neoplasia de origen melanocítico que mostró positividad para melan A, HMB45 y PS100 (fig. 3) y negatividad para CK7, CK20 y antígeno prostático. El diagnóstico histopatológico final fue melanoma maligno en vejiga y próstata, sin lograr determinar si se trataba de un tumor primario.

Pocos días posteriores a la cirugía el paciente falleció.

Discusión

El melanoma primario del aparato genitourinario es extremadamente raro y representa aproximadamente el 0.2% de todos los melanomas^{2,6}; de estos, la uretra y el pene son las localizaciones más comunes. Se han reportado en la literatura menos de 20 casos de melanoma primario en vejiga hasta el 2013⁶, en todos los casos el rango de edad en el que se han presentado va desde los 52 a los 82 años de edad y la afectación por género se ha visto por igual en hombres y mujeres⁷.

Clínicamente, los pacientes suelen presentar hematuria macroscópica, disuria y síntomas relacionados a metástasis^{2,7}. Nuestro paciente se presentó clínicamente con hematuria, disuria y pérdida de peso.

A través de cistoscopia se puede observar una lesión exofítica pigmentada que varía entre 1 a 8 cm e incluso en ocasiones la lesión suele ser difusa⁸, lo que dificulta la detección a través de estudios de imagen, hecho que ocurrió en nuestro caso. Histológicamente se presentan como nidos de células tumorales que pueden infiltrar de forma transmural. Las células neoplásicas son poligonales o fusiformes, con núcleo pleomórfico, nucléolo prominente, ocasionalmente con presencia de melanina^{9,10}, mitosis atípicas y necrosis.

El diagnóstico de melanoma de vejiga debe ser confirmado con reacciones de inmunohistoquímica. Los anticuerpos positivos para melanoma son S-100, HMB-45 y MELAN A⁹⁻¹¹.

Los criterios para determinar si el melanoma en vejiga es primario son la ausencia de lesiones cutáneas sospechosas, descartar un melanoma en regresión en piel con ayuda de la lámpara de Woods, la ausencia de otro melanoma visceral primario y, a nivel microscópico, el patrón de infiltración aunado a la presencia de melanocitos atípicos en los

márgenes del tumor^{8,12}. Sin embargo, Tepeler et al. comentan que todos los casos reportados como melanoma primario de vejiga no cumplen con estos criterios⁸. En nuestro caso, no fue posible determinar si se trató de una lesión primaria o metastásica debido a la falta de estudios complementarios y al estadio avanzado de la enfermedad.

El tratamiento para pacientes con melanoma primario de vejiga con altas posibilidades de curación es la cistectomía radical. En una revisión de reporte de casos, este tratamiento permite la supervivencia más larga, con una media de 10 meses en comparación con la cistectomía parcial, resección transuretral y quimioterapia^{8,13}. Sin embargo, el pronóstico es malo, generalmente los pacientes mueren dentro de los primeros 3 años posteriores al diagnóstico^{6,8}. En nuestro caso, el paciente fue diagnosticado en un estadio avanzado de la enfermedad, lo que complicó el hecho de definir el sitio primario de presentación, además de limitar el manejo médico y quirúrgico.

Conclusión

Aunque el melanoma es frecuente en piel y mucosas, otros sitios primarios son poco comunes. Los casos en el aparato genitourinario son extremadamente raros y en su mayor parte metastásicos. La presentación clínica es variable, por lo que es importante el estudio interdisciplinario y exhaustivo del paciente que incluya el estudio anatomopatológico apoyado de un panel completo de inmunohistoquímica para determinar el diagnóstico preciso.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación

Los autores no recibieron ningún patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Manigandan T, Sagar GV, Amudhan A, et al. Oral malignant melanoma: A case report with review of the literature. *Contemp Clin Dent*. 2014;5:415–8.
2. De Torres I, Fortuño MA, Raventos A, et al. Primary malignant melanoma of the bladder: Immunohistochemical study of a new case and review of the literature. *J Urol*. 1995;154:525–7.
3. Siroy A, MacLennan G. Primary melanoma of the bladder. *J Urol*. 2011;185:1096–7.
4. Eddine J, Ahallal Y, Jammal M, et al. Primary malignant melanoma of the urinary bladder. *Case Rep Urol*. 2011;2011:1-2.
5. Dahm P, Gschwend J. Malignant non-urothelial neoplasms of the urinary bladder: A review. *Eur Urol*. 2003;44:672–81.
6. Truong H, Sundi D, Sopko N, et al. A case report of primary recurrent malignant melanoma of the urinary bladder. *Urol Case Rep*. 2013;1:2–4.
7. Kodzo A, Venyo G. Melanoma of the urinary bladder: A review of the literature. *Surg Res Pract*. 2014;2014:1–13.
8. Tepeler A, Erdem MR, Onol SY, et al. Malignant melanoma in genito-urinary tract. En: Murph M, editor. *Melanoma in the clinic—diagnosis, management and complications of malignancy*. Georgia: InTech; 2011. p. 265-276.
9. Zhou M, Magi-Galluzzi C. *Genitourinary pathology. Neoplasms of the urinary bladder*. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier; 2007.
10. Bostwick D, Cheng L. *Urologic surgical pathology*. En: *Neoplasms of the urinary bladder*. 2.^a ed. Mosby Elsevier; 2008.
11. Lee C, Komenaka I, Hurst-Wicker K, et al. Management of metastatic malignant. *Urology*. 2003;62, 351xi-1351xiii.
12. Eble JN. Tumours of the urinary system. Malignant melanoma. En: Eble JN, Sauter G, Epstein JI, Sesterhenn IA, editores. *Pathology and genetics of tumours of the urinary system and male genital organs*. Lyon: IARC Press; 2004. p. 146.
13. Paterson A, Sut M, Kaul A, et al. Metastatic malignant melanoma of the urinary bladder: Case report and literature review. *Cent European J Urol*. 2012;65(4):232–4.