



Cistectomía parcial como tratamiento del adenoma vellosos con foco de adenocarcinoma de vejiga: reporte de un caso

Immer Noyola-Ávila,¹ Rafael Francisco Velázquez-Macías,² Francisco Emanuel Navarrete-Hernández,¹ Julieta Yasmín Peralta-Serna,³ Martín Landa-Soler¹

Resumen

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 48 años de edad, con antecedente familiar directo (madre) de cáncer de colon, cuyo padecimiento inició con mucosuria, disuria, poliaquiuria y estranguria. Recibió diferentes antibióticos sin reacción satisfactoria. Mediante cistoscopia se observó una lesión localizada en el domo vesical, de aproximadamente 1.5 cm. La tomografía toracoabdominopélvica contrastada comprobó la lesión en el domo vesical, de 1.9 x 1.8 x 2.0 cm, sin extensión tumoral ganglionar ni a órganos distantes. El tratamiento consistió en cistectomía parcial de la tumoración, de forma pediculada y con aspecto mucinoso en el domo vesical, además de linfadenectomía pélvica bilateral, dejando 2 cm de márgenes macroscópicamente libres del tumor. Se colocó una sonda Foley transuretral, con evolución satisfactoria posterior; a las tres semanas del posquirúrgico se retiró la sonda, sin evidencia de alteraciones miccionales. El informe de histopatología fue: adenoma vellosos de 2.5 cm, con foco de adenocarcinoma, de tipo intestinal infiltrante a la muscular de la mucosa, con bordes quirúrgicos libres de tejido neoplásico.

CONCLUSIÓN: El adenoma vellosos es una lesión premaligna del conducto digestivo, que suele afectar el colon descendente. La manifestación urológica es poco frecuente y casi siempre aparece en anastomosis urointestinales o en el uraco. Puede predisponer a cáncer vesical cuando en la pieza histopatológica se encuentran focos de adenocarcinoma o displasia moderada a grave.

PALABRAS CLAVE: Adenoma vellosos; adenocarcinoma de vejiga; cistectomía parcial.

¹ Residente de Urología.

² Adscrito al servicio de Urología.

³ Adscrito al servicio de Patología.

Servicio de Urología, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos (ISSSTE), Ciudad de México.

Recibido: agosto 2017

Aceptado: marzo 2018

Correspondencia

Immer Noyola Ávila
immernoyola@gmail.com

Este artículo debe citarse como

Noyola-Ávila I, Velázquez-Macías RF, Navarrete-Hernández FE, Peralta-Serna JY, Landa-Soler M. Cistectomía parcial como tratamiento del adenoma vellosos con foco de adenocarcinoma de vejiga: reporte de un caso. Rev Mex Urol. 2018 marzo-abril;78(2):144-148.

DOI: <https://doi.org/10.24245/revmexurol.v78i2.1619>



Rev Mex Urol. 2018 March-April;78(2):144-148.

Partial cystectomy as treatment of villous adenoma with a focus of bladder adenocarcinoma: A case report

Immer Noyola-Ávila,¹ Rafael Francisco Velázquez-Macías,² Francisco Emanuel Navarrete-Hernández,¹ Julieta Yasmín Peralta-Serna,³ Martín Landa-Soler¹

Abstract

CLINICAL CASE: A 48-year-old man had a direct family history (mother) of colon cancer. His current illness began with mucosuria, dysuria, pollakiuria, and stranguria. He was given different antibiotics, but response was unsatisfactory. Cystoscopy revealed a primary lesion of approximately 1.5 cm located in the bladder dome that was confirmed through contrast-enhanced tomography of the chest, abdomen, and pelvis. The tumor measured 1.9 × 1.8 × 2.0 cm, with no extension to the lymph nodes or distant organs. Treatment consisted of partial cystectomy of the pedunculated, mucinous tumor in the bladder dome, as well as bilateral pelvic lymphadenectomy, leaving 2-cm margins that were macroscopically tumor-free. A transurethral Foley catheter was placed, with no complications. The catheter was removed at postoperative week 3, with no signs of urinary alterations. The histopathologic study reported: a 2.5-cm villous adenoma with a focus of colonic adenocarcinoma infiltrating the muscularis mucosae, with tumor-free surgical margins.

CONCLUSION: Villous adenoma is a premalignant lesion of the digestive tract that can affect the descending colon. Urologic manifestation is rare and almost always appears in urointestinal anastomoses or the urachus. If the histopathologic specimen has foci of adenocarcinoma or moderate-to-severe dysplasia the disease can predispose to bladder cancer.

KEYWORDS: Villous adenoma; Bladder adenocarcinoma; Partial cystectomy.

ANTECEDENTES

El adenoma vellosa es una tumoración benigna de localización colónica; sin embargo, se han registrado casos excepcionales en el conducto urinario. A la fecha se han descrito pocos casos, la más extensa es la publicada por Liang Cheng en 1999, con 23 casos.^{1,2}

Esta tumoración suele localizarse en la cúpula vesical, el uraco y trígono, y anatomopatológicamente muestra características idénticas a las neoformaciones que aparecen en el colon.

Su manifestación clínica es inespecífica, pero puede acompañarse de mucosuria. Los métodos de imagen no suelen distinguirlo de una neo-

plasia.^{1,3} El tratamiento de elección consiste en resección transuretral del tumor de la vejiga. Es importante realizar estudios de inmunohistoquímica para diferenciarlo de los adenocarcinomas bien diferenciados.⁴

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 48 años de edad, con antecedente familiar directo (madre) de cáncer de colon; tabaquismo y gota, en tratamiento con alopurinol. El padecimiento actual inició en el año 2014, con mucosuria, disuria, poliaquiuria y estranguria. Recibió diferentes antibióticos sin reacción satisfactoria. En mayo de 2016, el ultrasonido evidenció un tumor vesical, por lo que fue enviado al servicio de Urología, del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, con diagnóstico de adenocarcinoma de colon en la vejiga. La cistoscopia reportó una lesión primaria localizada en el domo vesical, de aproximadamente de 1.5 cm. La tomografía toracoabdominopélvica contrastada (**Figura 1a y 1b**) comprobó la lesión en el domo vesical, de 1.9 x 1.8 x 2.0 cm, sin extensión tumoral ganglionar ni a órganos distantes.

El tratamiento consistió en cistectomía parcial de la tumoración, de forma pediculada y con aspecto mucinoso en el domo vesical, además de linfadenectomía pélvica bilateral, dejando 2 cm de márgenes macroscópicamente libres del tumor (**Figura 2a y 2b**). Se colocó una sonda Foley transuretral, con evolución satisfactoria posterior, con retiro de la misma después de tres semanas del posquirúrgico, sin hábito miccional alterado.

El informe de histopatología fue: adenoma vellosa de 2.5 cm, con foco de adenocarcinoma (**Figura 3a**) de tipo intestinal infiltrante a la muscular de la mucosa, con bordes quirúrgicos libres de tejido neoplásico. La inmunohistoquímica reportó positividad para citoqueratina 20 (**Figura 3d**), cdx2 (**Figura 3c**), antígeno carcinoembrionario (**Figura 3b**) y p53.

DISCUSIÓN

Desde el punto de vista anatomopatológico, el adenoma vellosa vesical es totalmente indistinguible de las formas colónicas; así, muestra formas papilares centradas por vasos sanguíneos

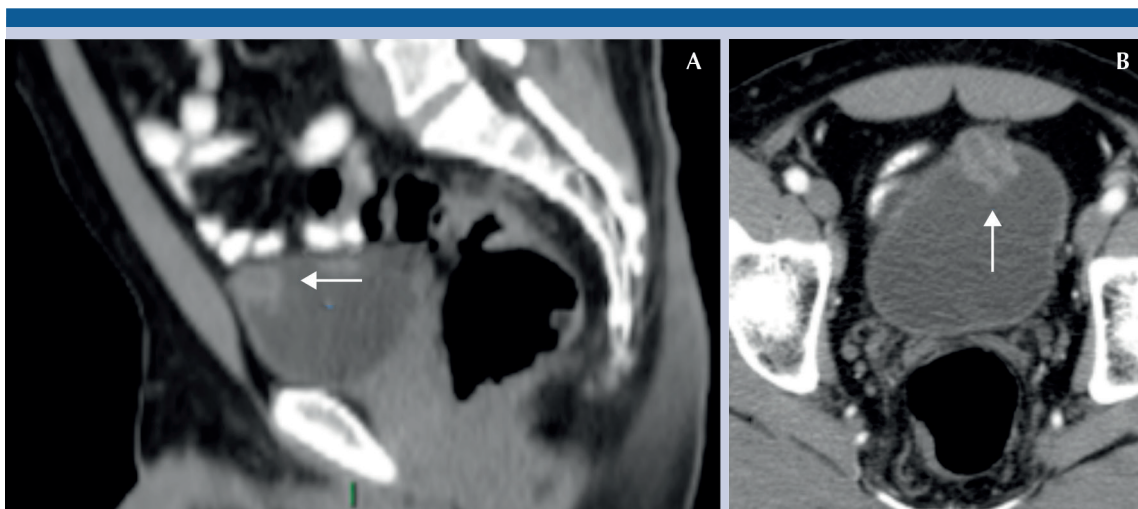
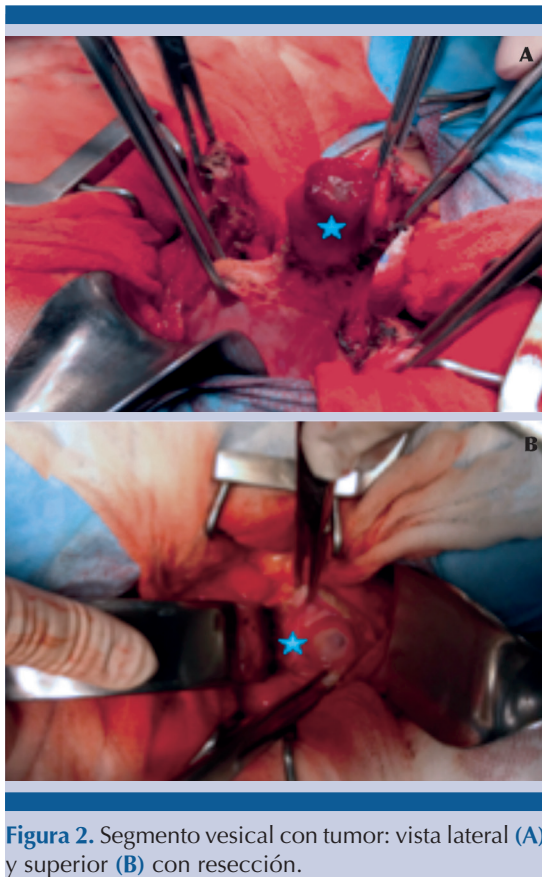


Figura 1. Tomografía de abdomen y pelvis: corte sagital (A) y axial (B) que evidencian una lesión neoplásica en el domo vesical.



y un epitelio columnar de recubrimiento. El epitelio puede tener estratificación e hiperplasia nuclear, y en ocasiones figuras mitóticas y nucléolos prominentes.³⁻⁵

Al igual que en las tumoraciones colónicas, se ha demostrado la coexistencia de mucina ácida en la mayoría de los casos y citoqueratina 20 en todos los pacientes, además de intensa actividad inmunorreactiva en la superficie del antígeno carcinoembrionario.

Algunos pacientes han reportado irritación de la mucosa vesical y cistitis crónica glandular con metaplasia intestinal, que incluso se considera un estadio intermedio; sin embargo, este aspecto aún discute.³⁻⁵

Aunque la manifestación más frecuente es la vesical, existen casos de afectación ureteral y uretral. No obstante, no debemos olvidar que se trata de una tumoración benigna y salvo en algunos casos con focos de adenocarcinoma, no se ha evidenciado infiltración local ni progresión a distancia en forma de metástasis.⁴⁻⁶

El adenoma vellosos representa una neoplasia con excelente pronóstico, la resección endoscópica proporciona buenos resultados y del mismo modo, el tratamiento por acceso abierto ofrece un excelente pronóstico y tasa de curación.

Puesto que la vejiga y el colon comparten el mismo origen embriológico, el adenoma vellosos vesical es anatomopatológicamente indistinguible del colónico, incluso intervienen los mismos marcadores de inmunohistoquímica. Su manifestación es inespecífica, suele afectar a pacientes mayores de 50 años, las lesiones que se localizan en la cúpula, el uraco y trigono vesicales originan síntomas de irritación urinaria, hematuria y en algunos casos mucosuria. Este último representa uno de los síntomas cardinales para establecer el diagnóstico y, por lo tanto, se considera una alteración ambigua, que puede confundirse con enfermedades de transmisión sexual y establecer un protocolo de tratamiento erróneo. En la mayoría de los casos el adenoma vellosos aparece como una lesión benigna; sin embargo, puede asociarse con adenocarcinoma y, a su vez, con mal pronóstico y requerir tratamiento inmediato. Los hallazgos por inmunohistoquímica son similares a los que aparecen en pacientes con cáncer de colon, es decir: expresión de antígeno carcinoembrionario (89%), citoqueratina 20/cdx2 (100%), ck7 (56%) y antígeno de membrana epitelial (22%).⁴⁻⁶

El tratamiento endoscópico (resección transuretral) es el protocolo de elección en los pocos casos descritos en la bibliografía, incluso señala excelente pronóstico.⁵ Sin embargo, en el caso aquí documentado realizamos cistectomía,

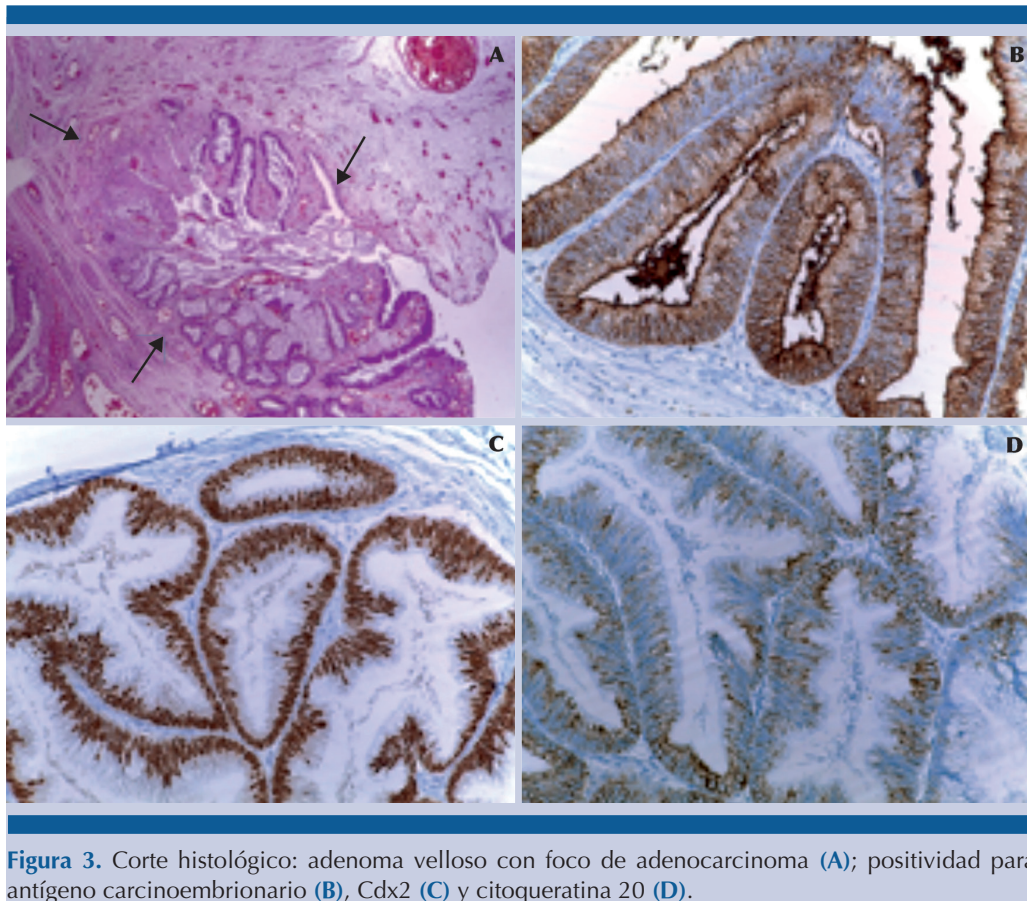


Figura 3. Corte histológico: adenoma vellosos con foco de adenocarcinoma (A); positividad para antígeno carcinoembrionario (B), Cdx2 (C) y citoqueratina 20 (D).

debido al informe patológico inicial y con ello erradicamos por completo el tumor. Entre las desventajas del tratamiento endoscópico se encuentra la elevada tasa de recidiva, sin curación total del tumor. Aunque la cistectomía es un método más invasivo, se asocia con alta tasa libre de enfermedad y adecuada calidad de vida para el paciente.⁴⁻⁶

CONCLUSIÓN

El adenoma vellosos vesical con foco de adenocarcinoma es una neoplasia poco frecuente reportada en bibliografía nacional e internacional. El tratamiento consiste en resección transuretral o cistectomía parcial, esta última con mayor tasa de curación y adecuada

calidad de vida, comparada con los tratamientos convencionales.

REFERENCIAS

1. Pal DK. Villous adenoma of the urinary bladder. *J Can Res Ther* 2015;11:665.
2. Cheng L, Montironi R, Bostwick DG. Villous adenoma of the urinary tract: a report of 23 cases, including 8 with coexistent adenocarcinoma. *Am J Surg Pathol*. 1999;23(7):764-771.
3. Chaudhuri A, Sandhu DP, Xuereb J. Villous adenoma of the urinary bladder. *BJU Int* 1999;84:177-8.
4. Sung W, Park BD, Lee S, Chang SG. Villous adenoma of the urinary bladder. *Int J Urol* 2008;15:551-3.
5. Kato Y, Konari S, Obara W, Sugai T, Fujioka T. Concurrence of villous adenoma and non-muscle invasive bladder cancer arising in the bladder: A case report and review of the literature. *BMC Urol* 2013;13:36.
6. Daroca PJ, Mackenzie F, Reed RJ, Keane JM. Primary adenovillous carcinoma of the bladder. *J Urol* 1976;115:41-5.