

adyacente al punto de entrada. Esta se extiende a planos profundos y progresa rápidamente hacia la endarteritis obliterante característica, generando una necrosis vascular cutánea y subcutánea. La necrosis tisular resultante es secundaria a la isquemia y al efecto sinérgico de diferentes bacterias. (1,7)

La consecución de un medio hipóxico es determinante en la patogenia de esta gangrena, ya que la baja presión de oxígeno es fundamental en la proliferación de los microorganismos anaerobios característicos de ella. El consumo local de oxígeno por parte de los aerobios se combina con un menor aporte vascular secundario al edema y la inflamación, pudiendo ser clave la trombosis de los pequeños vasos subcutáneos. (7)

Por último debemos enfatizar en la necesidad de un desbridamiento radical y rápido, con una cobertura antibiótica de amplio espectro, teniendo en cuenta la pérdida de longitud uretral en el caso de los desbridamientos de las gangrenas que afectan esta. (4, 5, 8, 9)

#### BIBLIOGRAFIA y LECTURAS RECOMENDADAS (\*lectura de interés y \*\*lectura fundamental)

1. KARIM, M.S.: "Fournier gangrene following urethral necrosis by indwelling catheter". *Urology*, 23: 173, 1984.
2. SPIRNAK, J.P.; RESNICK, M.I.; HAMPEL, N. y cols.: "Fournier's gangrene: report of 20 patients". *Journal of Urology*, 131: 289, 1984.
- \*3. RODRIGUEZ ALONSO, A.; PÉREZ GARCÍA, M.D.; NUÑEZ LÓPEZ, A. y cols.: "Gangrena de Fournier: Aspectos anatómico-clínicos en el adulto y en el niño. Actualización terapéutica". *Actas Urol. Esp.*, 24: 294, 2000.
4. HELLSTROM, W.; MONGA, M.; COTE, D. y cols.: "Reconstruction of a total anterior urethral defect using buccal mucosa". *South Med. J.*, 89: 1088, 1996.
5. BECKENSTEIN, M.; SMITH, A.A.; DINCHMAN, K. y cols.: "Muscle flap reconstruction aids in urethral regeneration". *Ann. Plast. Surg.*, 36: 641, 1996.
6. CONN, I.G.; LEWI, H.J.E.: "Fournier's gangrene of the scrotum following traumatic urethral catheterisation". *J. R. Coll. Surg. Edinb.*, 32: 182, 1987.
7. CAMPOS, J.A.; MARTOS, J.A.; GUTIERREZ, R. y cols.: "Synchronous caverno-spongious thrombosis and Fournier's gangrene". *Arch. Esp. de Urol.*, 43: 423, 1990.
8. WALKER, L.; CASSIDY, M.T.; HUTCHISON, A.G. y cols.: "Fournier's gangrene and urethral problems". *British Journal of Urology*, 56: 509, 1984.
9. KAMEI, Y.; AOYAMA, H.; YOKOO, K. y cols.: "Composite gastric seromuscular and omental Pedicle flap for urethral and scrotal reconstruction after Fournier's gangrene". *Ann. Plast. Surg.*, 33: 565, 1994.

## Casos Clínicos

*Arch. Esp. Urol.*, 58, 2 (170-175), 2005

### "PRESENTACIÓN DE DOS CASOS: VESICAL Y PROSTÁTICO DE OAT-CELL"

Juan José Ballesteros Sampol, Josep Lloreta Trull, Cristina Ballesteros Monzó y Roberto Jaramillo Velásquez

*Servicios de Urología y Patología del Hospital de la Esperanza. Barcelona. España.*

**Resumen.-** OBJETIVO: Presentar dos casos: vesical y prostático de "oat-cell" que siguieron una mala evolución como es habitual ver en las publicaciones que se han revisado con ese motivo.

MÉTODO/RESULTADOS: El caso de localización vesical se presentó asociado a diferenciación escamosa y adenocarcinoma. El tratamiento radical seguido de quimioterapia adyuvante no detuvo la fatal evolución que culminó a los 13 meses con un cuadro agudo séptico enmarcado por múltiples metástasis. El caso localizado en próstata debutó con una oligoanuria e hidronefrosis bilateral que fue preciso derivar de urgencia (nefrostomía) Una vez diagnosticado se transformó la derivación externa en interna para mejorar algo la confortabilidad del paciente. La quimioterapia sistémica no obtuvo respuesta alguna y se produjo el "exitus" a los 4 meses del diagnóstico.

CONCLUSIÓN: Los casos presentados se suman a la escasa presencia que, sobre esta patología, es posible

Correspondencia

Juan José Ballesteros Sampol  
Servicio de Urología  
Hospital de la Esperanza  
Sant Josep de la Montaña, 12  
08024 Barcelona. España.  
e-mail: 18190@imas.imim.es

Trabajo recibido: 20 de julio 2004

encontrar en la revisión bibliográfica. Quince casos de vejiga y cinco de próstata han sido confirmados en nuestro País y, a nivel mundial, 150 y 59 respectivamente. Aunque existe una cierta tendencia a opinar que el tratamiento radical y la quimioterapia es la menos mala de las opciones, algunas consecuencias de actitudes conservadoras ofrecen parecidos resultados, especialmente en vejiga con conservación de la misma.

---

**Palabras clave:** *Cáncer vesical. Cáncer próstata. "Oat-cell"*

---

**Summary.- OBJECTIVES:** *To report two cases of bladder and prostate oat cell tumors with bad outcome, in accordance to the bibliographic review.*

**METHODS:** *The case in the bladder was associated with squamous differentiation and adenocarcinoma. Radical treatment followed by adjuvant chemotherapy did not stop the fatal outcome which ended 13 months later in acute septicemia having developed multiple metastases. The case in the prostate presented as oliguria-anuria and bilateral hydronephrosis which required the placement of a nephrostomy tube in an emergency basis. Once diagnosis was achieved the external urinary diversion was converted to internal to improve patient's comfort. There was no response to systemic chemotherapy and the patient died 4 months after diagnosis.*

**CONCLUSIONS:** *These cases add to the rare presence of this pathology in the bibliography. In our country, 15 cases have been confirmed in the bladder and 5 in the prostate; around the world, 150 and 59 respectively. Although there is a certain tendency to think that radical treatment and chemotherapy is the least bad of the options, some consequences of conservative attitudes offer similar results, mainly when preserving the bladder.*

---

**Keywords:** *Bladder cancer. Prostate cancer. Oat cell.*

---

## INTRODUCCIÓN

Los "oat-cell" son tumores propios del árbol broncopulmonar donde fueron descritos, por vez primera, en 1926 (1). Desde entonces se han venido sucediendo publicaciones de localizaciones extrapulmonares como esófago, estómago, orofaringe, páncreas, mama, útero, piel, etc. En el aparato urinario es la vejiga el órgano afectado de

preferencia desde 1981 en que se publicó el primero (2) de los 150 casos referidos en la literatura. Con anterioridad, en 1977, se había descrito el primer caso de localización prostática (3) de los 59 conocidos hasta ahora.

Rarísima es la localización renal, conocida desde 1983 y con sólo seis casos registrados y, se puede decir que es excepcional, la localización en uréter descrita por Ordoñez, en 1986 (4).

Reconocida como lesión infrecuente que se sitúa muy por debajo del 1% de los tumores malignos del aparato urinario, es notable su asociación con el mal pronóstico por su alto grado de diseminación aún después de tratamientos radicales asociados a otras terapias neo o adyuvantes.

En nuestro País se han comunicado 15 casos de vejiga y 5 en próstata, no alcanzando en el 75% de los casos, supervivencias más allá del año, siendo poco frecuentes las descritas de 25 y 36 meses (5 y 6).



FIGURA 1. U.I.V. que demuestra defecto de replección vesical por "oat-cell" de vejiga.

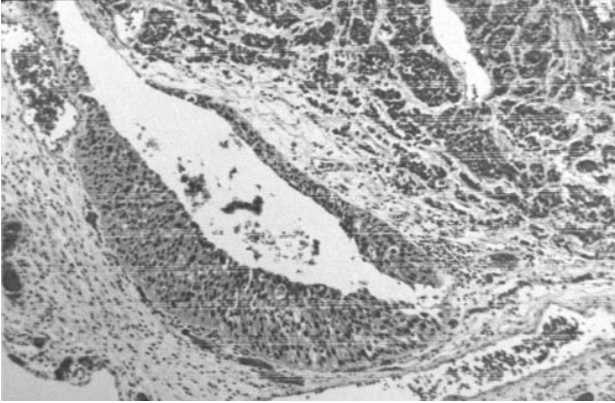


FIGURA 2. Biopsia de vejiga: Tumoración de células pequeñas que infiltra lámina propia y se tiñe intensamente con hematoxilina. En otras zonas se observó degeneración escamosa y focos de adenocarcinoma. (Hematoxilina y Eosina x 250).

Los casos que aquí aportamos no escaparon a esta regla y fallecieron a los trece meses, el de vejiga y, a los cuatro, el de próstata.

## MATERIAL Y MÉTODO

**Caso nº 1:** Varón de 58 años fumador de 2 paquetes diarios. En abril del 93, hematuria total monosintomática. Las UIV practicadas (Figura 1) demostraron defecto de replección vesical. La exploración endoscópica con RTU de una masa de 3 cms de diámetro, de base amplia situada entre pared lateral derecha y cúpula dio lugar al hallazgo histológico de "...carcinoma de célula pequeña



FIGURA 4. Imagen de cilindro prostático con infiltración por carcinoma de células pequeñas (Hematoxilina y Eosina x 100).



FIGURA 3. U.I.V. de "oat-cell" prostático que se presentó con uropatía obstructiva por infiltración trigonal.

con infiltración muscular, diferenciación escamosa y focos de adenocarcinoma "(Figura 2). El estudio de extensión no reveló adenopatías o metástasis. El 30.08.93 se practicó cirugía de exéresis radical con derivación a sigma tipo Goodwin. Permaneció cinco meses bien y libre de enfermedad pero a los seis aparecieron metástasis óseas múltiples por lo que se indicó QT sistémica con CDDP y VP 16 (6 ciclos). Se consideró que se había producido "respuesta parcial" por mejoría de los dolores e hipocaptación en las antiguas localizaciones metastásicas. Seis meses más tarde se instaura un mal estado general,

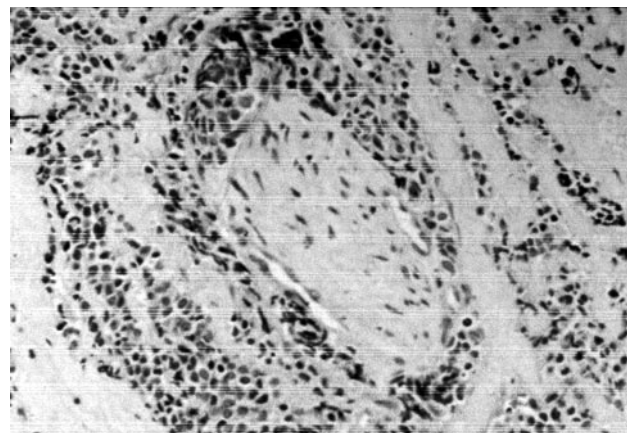


FIGURA 5. Detalle anterior a mayor aumento con infiltración perineural (Hematoxilina y Eosina x 400).

dolores incapacitantes, parálisis facial y síndrome vertiginoso constatándose metástasis hepáticas. Un mes más tarde se produce el "exitus" tras perforación intestinal, sepsis y fallo multisistémico.

**Caso nº 2:** Varón de 52 años, fumador de 4 cajetillas diarias. Dos meses atrás, en 1985, presenta síndrome disúrico intenso, dolor en ambas fosas ilíacas y hematuria por lo que acude al Servicio de Urgencias donde se comprueba, además, oligonauria. El hipogastrio aparece ocupado y la palpación de la pelvis ósea es notablemente dolorosa. El tacto rectal demuestra una próstata grande y dura, dolorosa y fija a estructuras vecinas.

La puñopercusión de ambas fosas lumbares fue positiva. La creatinina era de 3 mg/dl. La U.I.V. evidenció con dificultad ectasia bilateral con muy tenue eliminación de contraste (Figura 3). La TAC demostró infiltración del trigono vesical e hidronefrosis bilateral con adenopatías ilíacas bilaterales. Se practicó nefrostomía de descarga unilateral y biopsia prostática que reveló: infiltración por carcinoma de células pequeñas con infiltración perineural (Figuras 4 y 5). La posterior gammagrafía fue positiva a metástasis óseas múltiples (Figura 6).

Por petición del propio paciente se reconvirtió su derivación externa en interna tipo Goodwin y se inició quimioterapia sistémica: M-VAC x dos tandas sin resultados objetivables por lo que se cambió a CDDP+VP 16 con respuesta subjetiva de muy escasa duración. Precedido de crisis intestinales suboclusivas se produjo el fallecimiento a los 4 meses del diagnóstico.

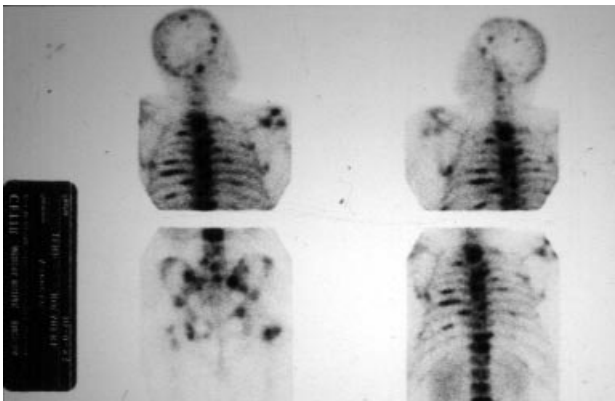


FIGURA 6. Metástasis óseas múltiples del caso de localización prostática.

## COMENTARIO

Hasta nuestro conocimiento se han publicado 150 casos de localización vesical. Ello representa el 0,5% de los tumores infiltrantes de vejiga. La OMS ha clasificado estas lesiones en tres grupos: 1) tumor de célula pequeña, 2) tumor de células intermedias y 3) tumor mixto combinado con otras lesiones transicionales, escamosas o de adenocarcinoma. El desarrollo histogenético del tumor responde a diferentes teorías que suponen su origen neuroendocrino, de las células submucosas y musculares o exclusivamente desde la mucosa por metaplasia.

La clínica de estos tumores es absolutamente inespecífica y no existe ninguna imagen que ofrezca un patrón característico que permita su identificación preoperatoria. En el momento del diagnóstico se constata un 47% de infiltración local vesical y un 53% están ya diseminados Grignon (7).

La endoscopia con resección de la masa tumoral conduce al diagnóstico histológico en todos los casos.

El mal pronóstico de estos tumores y la escasa experiencia casuística de los autores hace que el tratamiento no esté claramente definido a pesar de una mayor tendencia a suponer que la actitud quirúrgica radical asociada a quimioterapia es la menos mala de las opciones.

Grignon, del Anderson Hospital con 22 casos reúne la más extensa experiencia internacional. Es partidario de cirugía radical y quimioterapia adyuvante con lo que consigue las siguientes supervivencias a 2 años y según los estadios tumorales: B) 50%, C) 25% y D) 33%; cinco pacientes están vivos con supervivencias entre 10 y 51 meses.

Oesterling (8) con un esquema similar tiene 2 casos que sobreviven a los 12 y 30 meses.

Blomjous (9) ,recogiendo la experiencia de diversos centros holandeses, reúne 18 casos de los que viven 3 con recidiva, entre 22 y 38 meses y sólo uno vive, libre de tumor, a los 5 años. Los esquemas de tratamiento utilizados fueron diversos pero los más comunes fueron: RTU+RxT ó RTU + QT sistémica. Oblon (10), utilizando QT sistémica + RxT y conservando vejiga tiene un caso que sobrevive a los 4,5 años sin tumor. Podestá (11) también publica dos casos con muy buen resultado. Uno tratado con cistectomía parcial + RxT, vive a los 4 años y, otro, con sólo cistectomía parcial vive, libre de tumor, a los 6 años.

En España, J.I. López presenta 5 casos, tres tratados con cirugía radical (uno con RxT adyuvante) y dos con RTU + RxT con supervivencias de 5 a 25 meses.

L.Ripa comunica su caso tratado con cistectomía parcial y 3 ciclos de M-VAC con 36 meses de sobrevida sin tumor detectable.

Las localizaciones en próstata suman 59 casos y llama poderosamente la atención como 47 de ellos son recogidos en sólo 2 artículos. La Mayo Clinic es la institución que recoge el mayor número de ellos, veintidos, a los que suma cinco de otros centros para completar los veintisiete que Oesterling publica (12). Por otro lado, Têtu reúne la experiencia del Anderson y del Tumour Institute de Houston y expone otra importante serie con veinte (13). Parece pues lógico que hagamos referencia al conjunto de estas dos publicaciones a la hora de pormenorizar lo que conocemos hasta hoy de estas patologías.

Sobre el total de 47 casos, el oat cell se ha presentado como única patología en el 62% y, en el 38% restante, ha existido un patrón mixto con el adenocarcinoma prostático ya de entrada o con posterioridad y con una media de demora de 18 meses. Tal asociación no parece que haya representado un mayor ensombrecimiento del pronóstico que de por sí tiene esta patología.

En el momento del diagnóstico clínico, el 98% de los casos se presentan en estadios localmente avanzados o diseminados. En estos últimos el 40% de las metástasis se localizan preferentemente en esqueleto, pulmón e hígado pero son también características localizaciones más extrañas como mesenterio, pericardio o cuerdas vocales donde sería excepcional reconocer siembras en el caso del adenocarcinoma puro.

La evolución en las localizaciones prostáticas es, si cabe, peor que en las localizaciones vesicales, lo que ensombrece claramente el pronóstico. El 75% de los casos han fallecido por su enfermedad y el 25% restante vive con una media entre 17,5 y 24 meses pero con enfermedad detectable.

Los tratamientos aplicados en estas dos series desde hace unos 30 años son muy variados como puede comprenderse. Así, 22 casos fueron sometidos a tratamiento estrogénico con o sin orquiectomía; 13 recibieron radioterapia y tratamiento hormonal; 2, radioterapia, quimioterapia y tratamiento hormonal y 2 prostatectomía radical. Las menos malas expectativas se han conseguido con la quimioterapia sistémica. Cinco casos fueron sometidos a

diferentes regímenes: Vincristina, doxorubicina y ciclofosfamida; vincristina, doxorubicina y mitomicina o vincristina, VP 16, CDDP y ciclofosfamida. Con ellos, de los 5 casos viven 4 con sobrevidas entre 1 y 18 meses.

Para el diagnóstico no son válidos los marcadores y hay que recordar hacer el diagnóstico diferencial con las metástasis del oat cell pulmonar.

La serie más numerosa, en nuestro País, pertenece al grupo de Virgen de la Arrixaca, aunque publicada en una revista foránea (14). En el momento del diagnóstico todos los casos presentaron extensión extracapsular y dos tenían metástasis. El tratamiento ofrecido fue QT sistémica con ciclofosfamida, doxorubicina y vincristina. Tres pacientes fallecieron antes del año y el cuarto vive a los 9 meses con enfermedad detectable.

Más dramático fue el caso de Mínguez (15) que se presentó ya con metástasis pulmonares, ganglionares y óseas y que no sobrevivió más que al cuarto día de una RTU paliativa.

Quizá la consecuencia más interesante de la revisión efectuada sea que el criterio generalizado de actuación radical frente a estos casos deba ser evaluado frente a opciones conservadoras vista alguna de las experiencias aquí citadas.

#### **BIBLIOGRAFIA y LECTURAS RECOMENDADAS (\*lectura de interés y \*\*lectura fundamental)**

1. BARNARD, W.G.: "The nature of the oat-cell sarcoma of mediastinum". *J. Path. Bacteriol.*, 29: 241, 1926.
2. CRAMER, S.F.; AKIWA, M.; CELEBIN, M.: "Neurosecretory granules in small and invasive carcinoma of the urinary bladder". *Cancer*, 47: 724, 1981.
3. WENK, R.E.; BHAGARAN, B.S.; LEVY, R. y cols.: "Ectopic ACTH prostatic carcinoma and marked hypernatremia". *Cancer*, 40: 775, 1977.
4. ORDOÑEZ, N.G.; KHORSAND, J.; AYALA, A.G. y cols.: "Oat cell carcinoma of the urinary tract: An immunohistochemical and electron microscopic study". *Cancer*, 58: 2519, 1986.
- \*5. LÓPEZ, J.I.; ANGULO, J.C.; FLORES, N. y cols.: "Small cell carcinoma of the urinary bladder. A clinico pathological study of six cases". *Br.J.Urol.*, 73: 43, 1994.
6. RIPA, L.; DELPON, E.; FERNÁNDEZ, J. y cols.: "Carcinoma de células pequeñas de vejiga. Aportación de un nuevo caso". *Actas Urol. Esp.*, 21: 495. 1997.(6)
- \*\*7. GRIGNON, D.J.; RO, J.Y.; AYALA, A.G. y cols.: "Small cell carcinoma of the urinary bladder. A clinico pathological study of 22 caes". *Cancer*, 69: 527, 1991.

- \*8. OESTERLING, J.E.; BREDLER, C.H.B.; BURGERS, J.K. y cols.: "Advanced small cell carcinoma of the bladder. Successful treatment with combined radical cystoprostatectomy and adjuvant methotrexate, vinblastine, doxorubicin and cisplatin chemotherapy". *Cancer*, 65: 1928, 1990.
- \*\*9. BLOMJOUS, C.E.M.; VOS, W.; DE WOOGT, H.H. y cols.: "Small cell carcinoma of the urinary bladder: A clinico pathologic morphometric immunohistochemical and ultrastructural study of 18 cases". *Cancer*, 64: 1347, 1989.
- \*10. OBLON, D.J.; PARSONS, J.T.; ZANDER, D.S. y cols.: "Bladder preservation and durable complete remission of small cell carcinoma of the bladder with systemic chemotherapy and adjuvant radiation therapy". *Cancer*, 71: 2581, 1993.
- \*11. PODESTA, A.H.; TRUE, L.D.: "Small cell carcinoma of the bladder. Report of five cases with immunohistochemistry and review of the literature with evaluation prognosis according to stage". *Cancer*, 64: 710, 1989.
- \*\*12. OESTERLING, J.E.; HAUZEUR, C.G.; FARROW, G.M.: "Small cell anaplastic carcinoma of the prostate: a clinical, pathological and immunohistological study of 27 patients". *J.Urol.*, 147: 804, 1992.
- \*\*13. TÊTU, B.; RO, J.Y.; AYALA, A.G. y cols.: "Small cell carcinoma of the prostate". *Cancer*, 59: 1803, 1987.
14. LÓPEZ, P.; MARTINEZ, E.; PRIETO, A. Y cols.: "Oat-cell carcinoma of the prostate. Diagnosis, prognosis and therapeutic implications". *Urol. Int.*, 69: 166, 2002.
15. MINGUEZ, R.; SEMPERE, R.; AVELLANO, J.L. y cols.: "Carcinoma de células pequeñas de la próstata. Presentación de un caso y revisión de la literatura." *Actas Urol. Esp.*, 16: 518, 1992.

## Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 58, 2 (175-178), 2005

**CARCINOMA DE CELULAS RENALES ASOCIADO A ONCOCITOMA RENAL CONTRALATERAL METACRÓNICO**

Diego Pachón Sánchez, Juan Palou Redorta,  
Antonio Rosales Bordes, Mario Navarro Genta y  
Humberto Villavicencio Mavrich.

Servicio de Urología. Fundació Puigvert Barcelona.  
Barcelona. España.

**Resumen.-** OBJETIVO: Presentación de un caso de carcinoma de células renales y oncocitoma contralateral metacrónico y revisión de la literatura sobre el tema.

MÉTODOS/RESULTADOS: Varón de 52 años con antecedentes de nefrectomía radical derecha por carcinoma de células renales. Durante el seguimiento aparecen múltiples lesiones en el riñón izquierdo a los 10 años. Se realiza nefrectomía parcial. Hallazgo histológico demuestra tres oncocitomas.

CONCLUSIONES: La presencia de lesiones metacrónicas en el riñón contralateral con antecedente de carcinoma de células renales es una patología infrecuente. Siempre debe pensarse en la presencia del mismo tipo histológico y actuar de acuerdo a ello. Oncocitoma contralateral metacrónico es una patología infrecuente que hasta ahora no ha sido reportado en la literatura.

**Palabras clave:** Carcinoma. Células renales.  
Oncocitoma metacrónico.

Correspondencia | Juan Palou.  
Jefe Unidad de Oncología.  
Fundació Puigvert  
Cartagena, 340-350  
08025 Barcelona, España.  
e-mail: jpalou@fundacio-puigvert.es  
Trabajo recibido: ??? 2004