

Adenocarcinoma vesical primario: nuestra experiencia

J. Romero Otero, J.M. Duarte Ojeda, G. Cruceyra Betriu, M.E. Pérez-Martín*, A. Sanchís Bonet, A. Tejido Sánchez, O. Leiva Galvis

*Servicio de Urología y *Anatomía Patológica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

Actas Urol Esp 2005; 29 (3): 257-260

RESUMEN

ADENOCARCINOMA VESICAL PRIMARIO: NUESTRA EXPERIENCIA

El adenocarcinoma vesical es un tumor infrecuente. Se clasifica según su origen en: primario, secundario y uracales. Generalmente se caracteriza por crecer hacia el espesor de la pared provocando manifestaciones clínicas tardías, esto demora el diagnóstico y así, pese a tratamiento agresivo, suele tener muy mal pronóstico.

Existen pocas series amplias publicadas por lo que no están establecidas claras pautas de actuación con este tipo de tumores. Presentamos los once casos de adenocarcinoma vesical primario en nuestro centro entre el año 1986 y el 2003 y revisamos la bibliografía.

Palabras clave: Adenocarcinoma. Vejiga. Uraco. Cistectomía.

ABSTRACT

PRIMARY ADENOCARCINOMA OF THE URINARY BLADDER: OUR EXPERIENCE

Adenocarcinoma of the bladder is an uncommon neoplasm. Depending on its origin it is classified in: primary, secondary and urachal. Generally it grows to the density of the wall, so its clinical appearance is delayed, with the subsequent delayed diagnosis and although an aggressive treatment is performed, it frequently has a very bad prognosis.

Since there are very few publications of this kind of neoplasm in the literature the lines of actuation in this pathology are not well established.

We report the eleven cases of adenocarcinoma neoplasm of the bladder treated in our centre and review the literature.

Keywords: Adenocarcinoma. Bladder. Urachal. Cistectomy.

El adenocarcinoma vesical es un tumor muy poco frecuente caracterizado por su diagnóstico tardío, tratamiento agresivo y pronóstico sombrío. Se clasifican en primarios, de uraco y metastásicos siendo estos últimos los más frecuentes. Existen pocas series amplias publicadas no estando claramente estandarizados los criterios de actuación. Se describe nuestra serie y se revisa la literatura publicada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión retrospectiva de los casos de adenocarcinoma vesical primario estudiados en nues-

tro centro entre 1986 y 2003 analizando sexo, edad, antecedentes personales, clínica, características anatomopatológicas, tratamiento definitivo y evolución.

RESULTADOS

Once pacientes han sido diagnosticados de adenocarcinoma vesical primario entre el año 1986 y el 2003 (diez varones y una mujer) con un rango de edad entre 49 y 88 años (media 67 años). En sólo dos de ellos se presentaron antecedentes tradicionalmente relacionados con este tipo de tumor, una infección del tracto urinario de

repetición y una litiasis vesical. En cuanto a la clínica la hematuria fue el motivo de consulta en diez casos y un síndrome miccional en otro. El diagnóstico definitivo se realizó tras la resección transuretral presentándose en 7 casos como una lesión única, en tres casos existían lesiones múltiples y no se observó lesión en uno de ellos (se realizó exploración bajo anestesia por hematuria recidivante). Destaca el alto porcentaje de casos que presentaron estadios avanzados en el momento del diagnóstico (9 de los 11): Dos T1, cinco T2, tres T3 y un T4 (Figura 1). Desde el punto de vista anatomopatológico 8 fueron adenocarcinomas indiferenciados, dos en células en anillo de sello y uno mixto (mucinoso asociado a células en anillo).

En cuanto al tratamiento definitivo se realizó cistectomía radical en cinco pacientes, cistectomía parcial en uno, un paciente rechazó la cistectomía (por lo que se incluyó en protocolo de conservación vesical) y otro se perdió para seguimiento tras la RTU. En tres pacientes se desestimó la cirugía radical por diversas causas (edad, enfermedad diseminada, y enfermedad localmente avanzada respectivamente cada uno de ellos).

Con un seguimiento medio de 7 años (1-17 años) ninguno de los pacientes sometidos a tratamiento definitivo tras la RTU han presentado recidiva y siguen realizándose revisiones en nuestra unidad. Los tres pacientes en los que se desestimó tratamiento tras la RTU han fallecido con una supervivencia media de 4,5 meses (rango: 2-9 meses) y el paciente que rechazó la cistectomía continua asintomático tras 18 meses de seguimiento (Tabla 1).

DISCUSIÓN

El adenocarcinoma vesical es un tumor muy infrecuente representando tan sólo entre el 0,5 y el 2% de las neoformaciones vesicales^{1,2}. Es más frecuente en varones con una relación de 4,5 a 1, y en la

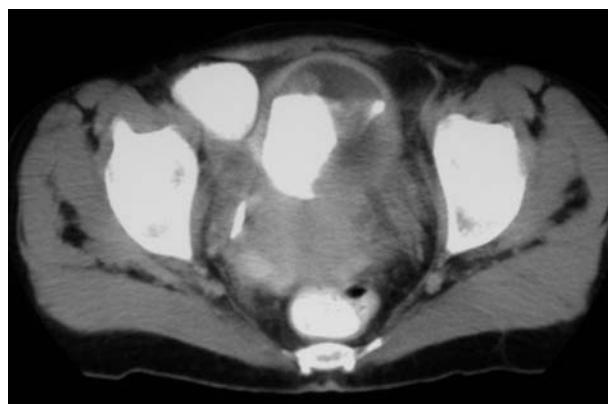


Figura 1: Tomografía axial computerizada donde se observa neoplasia vesical que provoca uropatía obstructiva izquierda.

quinta o sexta décadas de la vida³, si bien los de origen uracal pueden aparecer en pacientes más jóvenes por su origen en tejidos embriológicos⁴. Se ha descrito su asociación con antecedentes de extrofia vesical, esquistosomiasis e irritación vesical crónica (infecciones urinarias de repetición, sondaje de larga evolución, alto residuo postmiccional, litiasis)^{3,5,6}.

La hematuria al igual que en los tumores uroteliales es el síntoma más frecuente (60-100%) acompañado de síndrome irritativo (25-80%)⁷. La micosuria es uno de los signos más característicos de la enfermedad³, aunque es poco frecuente, de hecho en nuestra serie no se observó en ninguno de los casos.

La resección transuretral proporciona el diagnóstico definitivo. Tradicionalmente se ha descrito

Tabla 1
Resumen de resultados

Nº	Sexo	Edad	AP	Estadio	Tratamiento	Recid.	E.Act
1	V	52	Anillo de sello	T3	Cistectomía Radical	No	Libre
2	V	63	Inespecífico	T1	Cistectomía Radical	No	Libre
3	V	49	Mixto	T4	Se desestimó		Exitus
4	V	51	Anillo de sello	T3	Cistectomía Radical	No	Libre
5	V	88	Inespecífico	T2	?	?	?
6	V	69	Inespecífico	T1	Cistectomía Radical	No	Libre
7	V	74	Inespecífico	T3	Se desestimó		Exitus
8	V	73	Inespecífico	T2	Cistectomía Parcial	No	Libre
9	V	70	Inespecífico	T2	Rechazó cistectomía	No	Libre
10	V	79	Inespecífico	T2	Se desestimó		Exitus
11	M	67	Inespecífico	T2	Cistectomía Radical	No	Libre

V=varón, M=mujer, AP=Anatomía Patológica, Recid=recidiva, E.Act= Estado Actual.

una mayor agresividad de este tipo de tumores en relación con los de origen urotelial, idea que se ha desechado creyéndose actualmente que los tumores de ambas estirpes en el mismo estadio tienen un pronóstico similar^{8,9}. El crecimiento intramural del adenocarcinoma provoca una sintomatología más tardía lo que conduce a un diagnóstico en estadios más avanzados de la enfermedad que justifica el pronóstico más sombrío de estos tumores. Así, los tumores uroteliales en el momento del diagnóstico se encuentran en estadios superficiales (Ta-T1) en un 75% de los casos mientras que esto sólo ocurre en el 5% de los adenocarcinomas^{3,10}. No existen criterios clínicos ni endoscópicos que permitan diferenciar los tumores vesicales de origen urotelial de los adenocarcinomas.

Por su localización se clasifican en uracales (30%) y no uracales (70%)^{11,12}. Los primeros se caracterizan por su localización en cúpula vesical, epicentro en el grosor de la pared vesical (no en la mucosa que debe estar intacta o ulcerada), ausencia de metaplasia intestinal o cistitis glandular, persistencia de restos uracales, presencia de masa suprapúbica y la no existencia de otro foco primario tumoral^{3,13,14} siendo la estirpe anatomopatológica más frecuente el adenocarcinoma mucinoso¹⁵.

Los no uracales se clasifican desde el punto de vista anatomopatológico en: mucinoso, entérico, de células en anillo, de células claras, mixtos y no específicos (Figura 2). Estos últimos son los más frecuentes y los de células en anillo los más agresivos⁸, aunque curiosamente en nuestra serie los dos casos de células en anillo han tenido una evolución favorable permaneciendo libres de enfermedad tras 7 y 10 años de seguimiento.

La vía de diseminación más frecuente es la hematogena siendo los órganos más afectados: pulmón (40%), hígado (37%), hueso (37%), y glándula adrenal (20%). Se produce diseminación linfática en una tercera parte de los casos³.

En cuanto al tratamiento, la escasa frecuencia de la enfermedad y la ausencia de estudios amplios justifica la ausencia de pautas terapéuticas claramente establecidas. En general se acepta que la cistectomía radical con linfadenectomía es el tratamiento que proporciona mayor supervivencia (29% a los 5 años en tumores T2-T3)³.

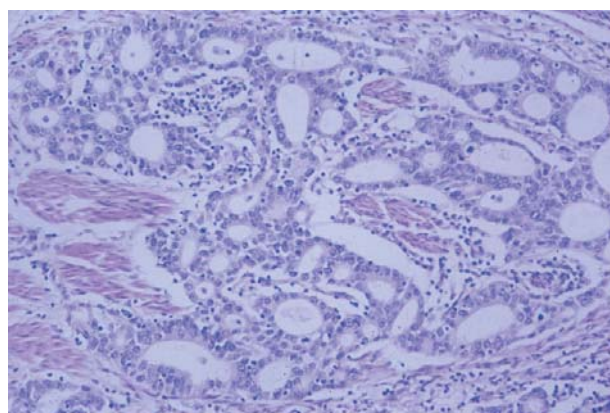


FIGURA 2: Imagen histopatológica de adenocarcinoma vesical infiltrantes.

Sorprendentemente en nuestra serie la supervivencia de los cinco pacientes a los que se les realizó este tratamiento (dos T1, un T2 y dos T3) es del 100% con un seguimiento medio de 7 años y todos ellos persisten libres de enfermedad.

En casos seleccionados, como en los tumores superficiales y los de pequeño tamaño, puede ser aceptable la resección transuretral como tratamiento único (70% de supervivencia a los 5 años en Ta-T1)³.

Los pacientes con tumores en pared vesical móvil, lejos de la base pueden beneficiarse de la cistectomía parcial¹⁶ evitando la morbilidad de la cistectomía radical con derivación (como en los tumores de uraco), si bien en ocasiones requieren cirugías muy agresivas con la exéresis de incluso parte de la pared abdominal anterior¹⁷. Moinzadeh et al.¹⁸ describió un caso de diverticulectomía como tratamiento de esta enfermedad.

El papel de otras terapias está por definir. La radioterapia no se acepta como tratamiento curativo ni adyuvante⁴ si bien algunos autores la utilizan en caso de recidiva.

La quimioterapia se admite como tratamiento adyuvante pues existe un gran número de enfermos que estando la enfermedad local controlada fallecen por metástasis¹⁴. También está aceptado su uso como terapia de rescate en caso de recidivas, aunque aún está por valorar su efectividad. Existe gran heterogeneidad entre los agentes usados siendo 5-fluoracilo y cisplatino los más extendidos en la literatura⁸. Kasahara K. et al.¹⁹ comunicaron el caso de una enferma de 53 años que presentaba metástasis en el momento del diagnóstico y como éstas regresaron tras la combinación

de: cisplatino, mitomicina, etopósido y tegafur-uracilo; haciendo posible la cirugía radical y sin evidencia de recidiva de la enfermedad a los tres años.

CONCLUSIÓN

El adenocarcinoma vesical es un tumor muy infrecuente. La hematuria es la forma de presentación clínica más frecuente y pese a los resultados favorables de nuestra serie en general tiene un mal pronóstico.

REFERENCIAS

1. González Minguez C, De Torres Ramírez I, Bosch Princep R y cols.: Adenocarcinoma de células en anillo de sello primario de vejiga. Presentación de dos casos de linitis plástica vesical. Arch Esp de Urol 1996;49:517-520.
2. Kamat MR, Kulkarni JN, Tongaonkar B: Adenocarcinoma of the bladder: study of 14 cases and review of the literature. Br J Urol 1991;68:254-257.
3. Martínez-Piñero L, González Perameto P, Hidalgo L y cols.: Adenocarcinoma vesical primario: estudio retrospectivo y revisión de conjunto. Arch Esp de Urol 1991;44:131-138.
4. Thomas DG, Ward AM, Williams JL.: A study of 52 cases of adenocarcinoma of the bladder. Br J Urol. 1971; 43:4.
5. Sánchez Gómez E, Cruz Navarro N, Rodríguez Pérez AJ. Adenocarcinoma vesical primario de células en anillo de sello. Arch Esp de Urol 1993;46:19-22.
6. Ranadive UN, Trivedi VE, Gadgil NM. Primary adenocarcinoma of the urinary bladder: a study of 6 cases from the pathologist's point of view. Arch Esp Urol. 1999; Oct;52(8): 906-11.
7. Fernández Fernández A, Maganto Pavón E, García González R: Adenocarcinoma vesical primario de tipo cel. En anillo de sello. Arch. Esp. de Urol. 1990;43:355-358.
8. Sánchez Zalabardo D, Rodríguez González J, Fernández Montero JM. Adenocarcinoma vesical primario: Nuestra experiencia en los últimos 10 años. Actas Urol Esp. 2001;25 (8):573-577.
9. Osca García JM, Alfaro Ferres L, Alonso Correa M y cols. Adenocarcinoma primario de vejiga. Arch. Esp. de Urol. 1993;46(2):107-111.
10. Martínez-Piñero JA, Martínez-Piñero L, Jiménez León J. Clinical aspects of early diagnosis in bladder tumour. Communication "1st Mediterranean Congress of Urology" Roma 4-7 Julio, 1989.
11. Eble JN. Neoplasm of the urinary bladder. In : Bostwick DG, Elbe JN. Urologic surgical pathology 1st ed. St Louis: Mosby 1997:257-265.
12. Eble JN, Young JN, Young RH. Carcinoma of the urinary bladder : a review of its diverse morphology. Semin Diagn Pathol 1997;14:98-108.
13. Jacobo E, Loening S, Schmidt JD. Primary adenocarcinoma of the bladder: a retrospective study of 20 patients. J Urol 1971;117:54,1977.
14. Kramer SA, Bredael J, Croker B. Primary non urachal adenocarcinoma of the bladder. J Urol 1979;121:278.
15. Fariña L, Algaba F, Villavicencio H. Adenocarcinoma mucinoso del uraco. Actas Urol Esp. 1991;15:199.
16. Varo Solis C, Báez Perea JM, Garrido Insua S. Signet-ring cell neoplasm. Unusual histologic variety as primary bladder tumor. Actas Urol Esp. 2002;26(4):297-301.
17. Dahm P. et al. Malignant non- urothelial neoplasms of the urinary bladder: a review. Eur Urol. 2003; Dec; 44(6):672-81.
18. Moinzadeh A, Latini J, Hamawy KJ. Clear cell adenocarcinoma of the urinary bladder within a diverticulum. Urology 2003;Jul;62(1):145.
19. Kasahara K, Inoue K, Shuin T. Advanced adenocarcinoma of the urinary bladder successfully treated by the combination of cisplatinum, mitomycin-C, etoposide and tegafur-uracil chemotherapy. Int J Urol.2001;Mar;8(3):133-136.

Dr. J. Romero Otero
Servicio de Urología
Hospital Universitario 12 de Octubre
Avda. de Córdoba s/n
28041 Madrid

(Trabajo recibido el 11 de mayo 2004)