

FIGURA 4. Imagen macroscópica de la anatomía patológica.

siempre lo dará la anatomía patológica. La TC no parece proporcionar más información que la que nos aporta la ecografía y no está indicada su realización de forma rutinaria.

La imagen que nos da la ecografía dependerá si el proceso es agudo o si es crónico. Se caracteriza por la presencia de una masa extratesticular, heterogénea con septos y tabiques en su interior, y en los casos crónicos, con zonas más ecogénicas, con o sin sombra, que indican la presencia de fibrosis y calcificación. No suelen tener flujo doppler (7). La TC no ha sido considerada en la literatura como método diagnóstico.

El tratamiento varía si el proceso es agudo, en el que hay que intentar una terapia médica conservadora, o si es crónico o asociado a otros procesos como infarto testicular o sobreinfección, donde cabría plantear la cirugía (orquiectomía con resección de la tumoración).

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

- **1. WOODWARD, P.J.; SCHWAB, C.M.; SESTERHENN, I.A.: "From the Archives of the AFIP: Extratesticular Scrotal Masses: Radiologic-Pathologic Correlation". *RadioGraphics*, 23: 215, 2003.
2. PASCUAL REGUEIRO, D.; GARCIA DE JALON MARTINEZ, A.; TRÍVEZ PONED, M.A. y cols.: "Idiopathic superinfected giant hemocele". *Actas Urol. Esp.*, 27: 645, 2003.
- **3. WOODWARD, P.J.; SOHAAY, R.; O'DONOGHUE, M.J. y cols.: "From the Archives of the AFIP: Tumors and Tumorlike Lesions of the Testis: Radiologic-Pathologic Correlation". *RadioGraphics*, 22: 189, 2002.
4. GREBENC, M.L.; GORMAN, J.D.; SUMIDA, F.K.: "Fibrous pseudotumor of the tunica vaginalis testis: imaging appearance". *Abdom. Imaging.*, 20: 379, 1995.

5. VIKRAM, S.; DOGRA, R.H.; GOTTLIEB, M.O. y cols.: "Sonography of the Scrotum". *Radiology*, 227: 18, 2003.
6. SHAMSA, A.; KADKHODAYAN, A.; FEIZ-ZADEH, B. y cols.: "Testicular hemocele mimicking a testicular tumor: a case report and review of literature". *Transplant Proc*, 34: 2141, 2002.
- *7. DAMBRO, T.J.; STEWART, R.R.; CARROLL, B.A.: "Escroto". Rumack CM, Wilson SR, Charbonneau JW. Eds. *Diagnóstico por ecografía*. Marbán 2ª ed., 791-821, 2004.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 60, 3 (306-309), 2007

CARCINOMA MIXTO DE UROTELIO Y CÉLULA PEQUEÑA DE VEJIGA URINARIA: METÁSTASIS DE LA HISTOLOGÍA NEUROENDOCRINA SOLA. COMUNICACIÓN DEL CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Jaume Capdevila, Pablo Maroto, Ferran Algaba¹, Enrique Lerma² y Humberto Villavicencio¹.

Servicios de Oncología Médica y Anatomía Patológica¹, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. Fundació Puigvert². Barcelona. España.

Correspondencia

J. Capdevila
Servicio de Oncología Médica
Hospital de Sant Pau
C/ Sant Antoni Maria Claret, 167
08025 Barcelona. (España)
36995jcc@comb.es

Trabajo recibido: 30 de agosto 2006

Resumen.- OBJETIVO: Comunicación de un caso clínico de carcinoma urotelial con áreas de carcinoma de célula pequeña, que presentó en su evolución una metástasis suprarrenal del componente neuroendocrino exclusivo. Revisión en la literatura de los casos de carcinoma de célula pequeña de vejiga urinaria, epidemiología, pronóstico y tratamiento.

MÉTODOS: Descripción del caso clínico y revisión Medline.

RESULTADOS: El carcinoma de célula pequeña vesical es una entidad poco frecuente, con un comportamiento más agresivo y con peor pronóstico que el carcinoma urotelial de vejiga. Las características patológicas permiten el diagnóstico del tumor primario y de la enfermedad metastásica. No se encuentran comunicaciones en la literatura de diseminación exclusiva del componente histológico neuroendocrino en casos de tumores mixtos.

CONCLUSIONES: No existe un tratamiento estándar del carcinoma de células pequeñas de vejiga. En enfermedad metastásica la combinación más utilizada es con cisplatino y etopósido.

Palabras clave: Urotelial carcinoma. Small cell carcinoma. Neuroendocrine carcinoma.

Summary.- OBJECTIVE: To report one case of transitional cell carcinoma with areas of small cell carcinoma presenting in its evolution an adrenal metastasis with the neuroendocrine component only. We perform a bibliography review for the cases of small cell carcinoma of the bladder, its epidemiology, prognosis and treatment.

METHODS: We describe the clinical case and perform a Medline review.

RESULTS: Small cell carcinoma of the bladder is a rare entity, with a more aggressive behaviour and poorer prognosis than transitional cell carcinoma. The pathologic characteristics allow differentiation of primary tumor and metastatic disease. In the bibliographic search we did not find any previous report of exclusive dissemination of the neuroendocrine histological component in cases of mixed tumors.

CONCLUSIONS: There is no standard treatment for small cell carcinoma of the bladder. For metastatic disease the most commonly used combination is cisplatin and etoposide.

Keywords: Transitional cell carcinoma. Small cell carcinoma. Neuroendocrine carcinoma.

INTRODUCCIÓN

Se trata de un paciente varón de 83 años al diagnóstico, cuya enfermedad oncológica debutó en forma de hematuria macroscópica completa en agosto de 2003.

La ecografía reno-vesical que se realizó en este momento demostró una vejiga urinaria trabeculada con imagen exofítica en la pared lateral izquierda y basal anterior, que afectaba a ambos meatos.

Se indicó una cistoscopia diagnóstica, la cual macroscópicamente evidenció una gran masa tumoral exofítica con signos de sangrado. Se practicó una resección transuretral de próstata y vejiga; el estudio microscópico mostró una hiperplasia adenomiomatosa prostática y en la muestra vesical una infiltración por nidos sólidos y cohesivos de células de citoplasma eosinofílico con núcleos irregulares de gran tamaño, con inmunohistoquímica negativa para PSA, CK7 y CK20, compatible con carcinoma anaplásico de origen urotelial, con infiltración de capa muscular (categoría T2b, grado III). El resto de estudio de extensión con radiología torácica, TAC abdominopélvico y gammagrafía ósea fue normal.

En marzo de 2004 se procedió a cistoprostatectomía radical con conducto ileal. El informe anatomopatológico definitivo fue de un carcinoma urotelial de patrón sólido con áreas de tipo indiferenciado y áreas de célula pequeña, de 5x2x2 cm e invasión hasta tejido adiposo perivesical (pT3b) (Figura 1).

Como hallazgo anecdótico se observó un adenocarcinoma focal microscópico intraprostático (pT2a). La resección fue completa y no se objetivó afectación ganglionar en ninguno de los ganglios analizados.

Tras un intervalo libre de enfermedad de 20 meses, se detectó en un TAC abdominal de control en diciembre de 2005 una lesión suprarrenal de 4 cm de diámetro. El resto del estudio de extensión fue negativo.

Se practicó RM abdominal en enero de 2006, que confirmó la masa suprarrenal sugestiva de malignidad. El 31 de enero de 2006 se practicó una PAAF de la lesión, que fue positiva para células malignas de metástasis de tumor neuroendocrino, con inmunohistoquímica positiva para queratina 7, sinaptofisina y neurofilamentos, y negativa para cromogranina, queratina 20 y queratina 5/6 (Figura 2).

Con el diagnóstico de recaída suprarrenal del componente neuroendocrino del carcinoma vesical, se inició tratamiento con quimioterapia (QT) con Carboplatino (AUC 4) y Etopósido (100 mg/m² x 3 días) con soporte con G-CSF. Tras tres ciclos con toxicidad moderada en TAC se observó sólo enfermedad estable. Por mala tolerancia y deseo del paciente no se continuó el tratamiento citostático.

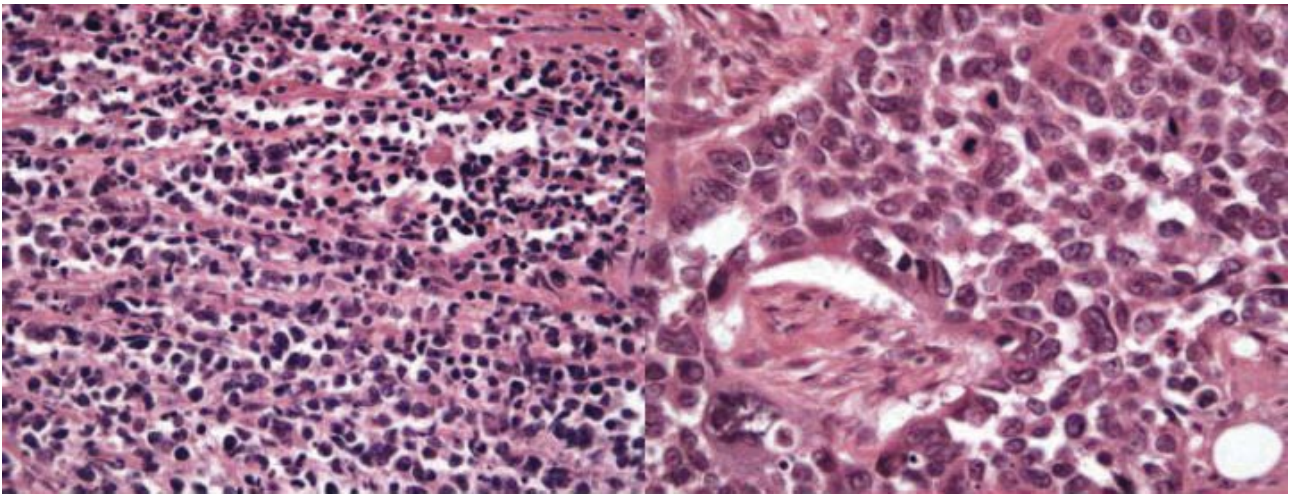


FIGURA 1. Proliferación de células neoplásicas con escaso citoplasma, núcleos hipercromáticos y arreglo sólido.

DISCUSIÓN

El carcinoma urotelial de vejiga urinaria supone el 98% de los cánceres de vejiga urinaria. El carcinoma neuroendocrino primario de vejiga es raro (0.35-0.70% (1)) y habitualmente coexiste con carcinoma urotelial de alto grado (2).

El carcinoma de célula pequeña vesical tiene su máxima incidencia entre la sexta y la séptima décadas de la vida, tiene un predominio en varones con una relación de 3:1. El comportamiento clínico es más agresivo que el carcinoma de células transicionales clásico, el diagnóstico se realiza en estadios más avanzados y es típico encontrar una infraestadificación prequirúrgica (3-4). Es

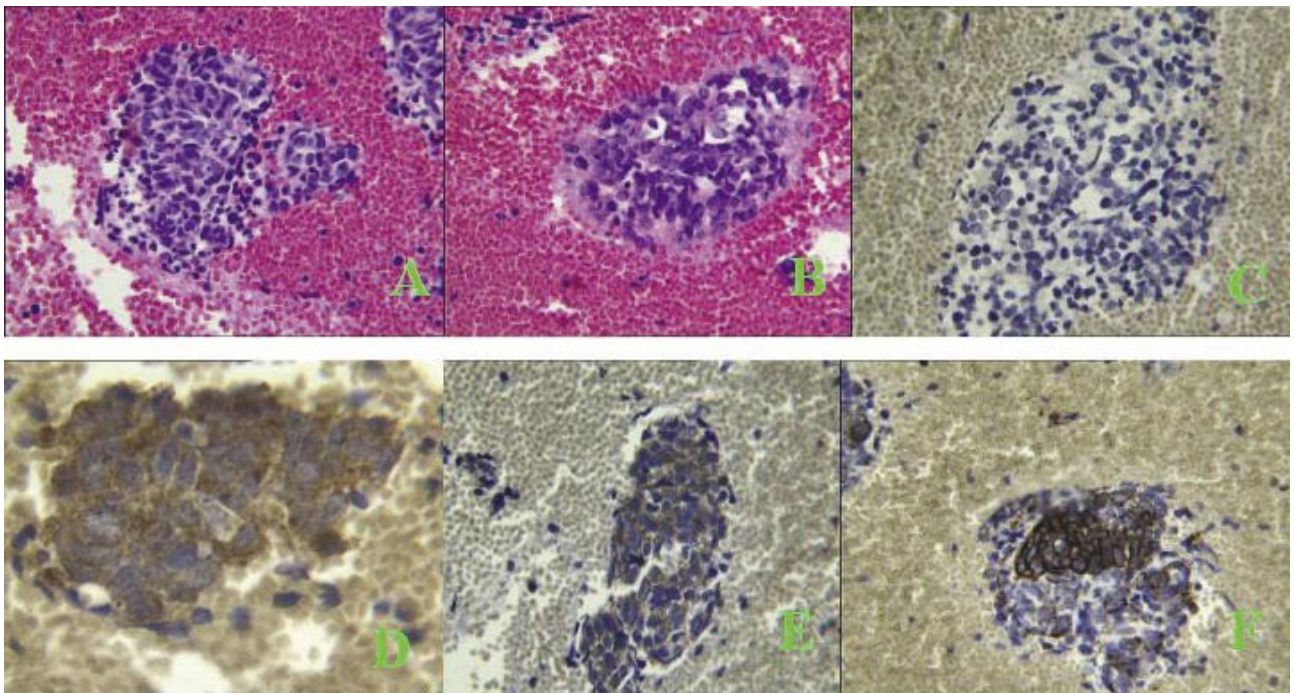


FIGURA 2. Composición fotográfica de la metástasis adrenal. Se advierten los escasos fragmentos de células neoplásicas de pequeño tamaño y escaso citoplasma (A y B) y las tinciones inmunohistoquímicas negativa para citoqueratina-20 (C) y positiva para sintofisina (D), neurofilamentos (E) y citoqueratina-7 (F).

una neoplasia de mal pronóstico, con una supervivencia global de 19 meses y una supervivencia a 5 años del 8% (5). En el 80% de los casos debuta con hematuria, mientras que la disuria y los síntomas irritativos son segundos en frecuencia (6). Aunque es un tumor neuroendocrino y sus células contienen gránulos de secreción, los síndromes paraneoplásicos son menos frecuentes que en primarios de pulmón o próstata. Se han descrito hipercalcemias, hipofosforemias y secreciones ectópicas de ACTH (7-8).

La diseminación metastásica sigue un patrón similar al carcinoma de urotelio; la afectación ganglionar pélvica y extrapélvica son las más frecuentes, seguida de la hepática y ósea. Las metástasis en glándula suprarrenal no superan el 2% de los casos (8). No se encuentran comunicaciones en la literatura de diseminación exclusiva del componente histológico neuroendocrino en casos de tumores mixtos.

Desde un punto de vista patológico, se caracterizan por la existencia de gránulos neurosecretorios. Constituyen nidos compactos de células pequeñas, con citoplasma escaso, nucleolo prominente y abundantes mitosis. Es frecuente la positividad para marcadores epiteliales, queratinas, antígeno epitelial de membrana y para marcadores neuroendocrinos, como la enolasa neuronal específica, sinaptofisina y cromogranina (3).

No existe un tratamiento estándar del carcinoma de células pequeñas de vejiga urinaria, dado que se trata de un tumor poco frecuente y este hecho condiciona la falta de estudios prospectivos. En los casos de tumores mixtos, con componente transicional predominante, el tratamiento es el estándar para el carcinoma urotelial de vejiga. En el carcinoma neuroendocrino puro la cirugía radical seguida de quimioterapia y radioterapia secuencial ha demostrado un aumento en la supervivencia, con una mediana de 41 meses y una supervivencia a 2 años del 70% (1). También se ha observado un aumento en la supervivencia y un descenso del estadio tumoral en pacientes con carcinomas localmente avanzados tratados con quimioterapia neoadyuvante seguida de cistectomía radical, obteniendo una supervivencia a 2 años del 78% (9). Los esquemas de quimioterapia más utilizados, tanto en adyuvancia como en paliación, son los basados en Cisplatino y la combinación más usada es con Etopósido (8).

CONCLUSIÓN

Comunicamos un nuevo caso de carcinoma mixto urotelial y de célula pequeña vesical, con un patrón de diseminación poco habitual, con la peculiaridad de que en la metástasis suprarrenal sólo se identificó el componente neuroendocrino.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

- *1. LOHRISCH, C.; MURRIA, N.; PICKLES, T. y cols.: "Small cell carcinoma of the bladder: long term outcome with integrated chemoradiation". *Cancer*, 86: 2346, 1999.
2. ABENOZA, P.; MANIVEL, C.; SIBLRY, R.: "Adenocarcinoma with neuroendocrine differentiation of the urinary bladder". *Arch. Pathol. Lab. Me.*, 110: 1062, 1986.
3. GRIGNON, G.J.; RO, J.Y.; AYALA, A.G. y cols.: "Small cell carcinoma of the urinary bladder: a clinicopathologic analysis of 22 cases". *Cancer*, 69: 527, 1992.
- *4. MADERSBACHER, S.; HOCHREITER, W.; BURKHARD, F. y cols.: "Radical cystectomy for bladder cancer today: a homogeneous series without neoadjuvant therapy". *J. Clin. Oncol.*, 21: 690, 2003.
- *5. ABBAS, F.; CIVANTOS, F.; BENEDETTO, P. y cols.: "Small cell carcinoma of the bladder and prostate". *Urology*, 46: 617, 1995.
6. CHENG, C.; NICHOLSON, A.; LOWE, D.G. y cols.: "Oat cell carcinoma of urinary bladder". *Urology*, 39: 504, 1992.
7. BUSTO, L.; SOUSA, A.; BELLO, J.A. y cols.: "Oat cell vesical calcificado asociado a hipercalcemia e hipofosforemia". *Act. Urol. Esp.*, 16: 586, 1992.
- **8. CHOONG, N.; QUEVEDO, J.F.; KAUR, J.: "Small cell carcinoma of the urinary bladder. The Mayo Clinic experience". *Cancer*, 103: 1172, 2005.
9. SIEFKER-RADTKE, A.O.; DINNEY, C.P.; ABRAHAMS, N.A. y cols.: "Evidence supporting preoperative chemotherapy for small cell carcinoma of the bladder: a retrospective review of the M.D. Anderson cancer experience". *J. Urol.*, 172: 481, 2004.