

ADENOCARCINOMA VESICAL

Antonio Lara Torrico
 Roberto Alvarez Rocabado
 María del Pilar Lara Arias
 Omar R. Lafuente Covarrubias
 Jefe de Servicio de Urología Hospital Viedma.
 Cirujano Urologo Hospital Viedma
 Médico Residente Servicio de Urología Hospital Viedma

RESUMEN

Paciente de sexo femenino de 64 años de edad, con un cuadro de hematuria de +/- 10 días y antecedente de 2 años de evolución además de dolor en hipogastrio y fosa iliaca derecha.

Se realiza ecografía vesical y renal, cistoscopia, TAC abdominopelvica contrastada y RTU de masa vesical con mapeo. Llegando al diagnóstico de adenocarcinoma primario de vejiga por histopatológico, descartando cualquier patología por extensión.

Fue sometida a 1) Cistectomía Radical, 2) Linfadenectomía pelvica, 3) Apendicectomía profiláctica, 4) Operación de Briker, 5) Histerectomía + Colpectomía parcial.

Actualmente en seguimiento y control para descartar recidivas.

Palabras clave:

cáncer vesical, adenocarcinoma primario de vejiga.

ABSTRACT

Feminine Patient, 64 years old, with clinic of 10 days with a 2 years of evolution besides hypogastric pain. Proceed bladder and kidney ultrasound, cystoscopy, abdominal and pelvic CAT with contrast and TUR of bladder mass with screening. Approaching the diagnose of primary bladder

adenocarcinoma by hystopathological exam, avoiding any pathology by extension.

Was treated to 1) Radical Cystectomy 2) Pelvic lymphadenectomy 3) Prophylactic appendicectomy 4) Briker procedure 5) Histerectomy + parcialcolpectomy

Actually in following and control to discharge recurrence.

Key words: Bladder Cancer, primary adenocarcinoma of bladder

INTRODUCCION

El cáncer de vejiga ocupa el cuarto lugar en el varón después del de próstata, pulmón y colon, es el octavo en la mujer con una relación 3:1 más frecuente en el varón pero más agresivo en la mujer. Es considerado el segundo tumor más prevalente. La edad promedio de diagnóstico es 68 años.

Al momento del diagnóstico 70 % son superficiales y 30 % son invasores al músculo.

El carcinoma de células transicionales es el más frecuente con más del 90% de los casos; 70% de los mismos son tumores papilares, 10% son nodulares y 20% mixtos

El adenocarcinoma representa el 2% del total mientras que el primario de vejiga representa tan sólo el 0,2%.

CASO CLINICO

Paciente femenino de 64 años de edad que acude al servicio de Emergencia del Hospital Clínico Viedma por presentar hematuria.

El paciente refiere un cuadro de aproximadamente 10 días de evolución caracterizado por presentar hematuria total, macroscópica, continua con coágulos en la orina. Dolor espasmódico con la micción. Astenia y adinamia

Refiere desde hace 2 años hematuria además desde hace 27 años atrás dolor pungitivo, localizado en fosa iliaca derecha, que aumenta de intensidad desde hace 11 meses haciéndose bilateral.

Dentro de sus antecedentes se dedica a las labores de casa, diagnosticada de colecistolitiasis desde hace 4 meses, no fuma.

Al examen físico: en regular a mal estado general, con signos vitales Presión Arterial: 100/60 mmHg, Frecuencia cardiaca: 98 x min y frecuencia respiratorio: 20 x min. Mucosas húmedas y pálidas. Cardíaco: 1º y 2º ruidos cardíacos conservados no se auscultan soplos ni ruidos sobreagregados. Pulmonar: murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares. Abdomen: blando, puntos renoureterales superiores negativos y medios positivos, puño percusión renal bilateral negativa, no se palpa globo vesical. Doloroso a nivel de hipogastrio y fosa iliaca derecha.

Se solicitan exámenes complementarios que reportan:

Hb: 5,2 g%

Hto: 16%

*Hipocromía, anisocitosis

Leucocitos: 3,800 MM3

Glicemia: 94 mg/dl

Creatinina: 1.1 mg/dl

TPT: 12,9" 93% INR: 1,1

Sodio: 124 mEq/L

Potasio: 4,7 mEq/L

Parcial de orina:

Sanguinolento

Sangre: +++

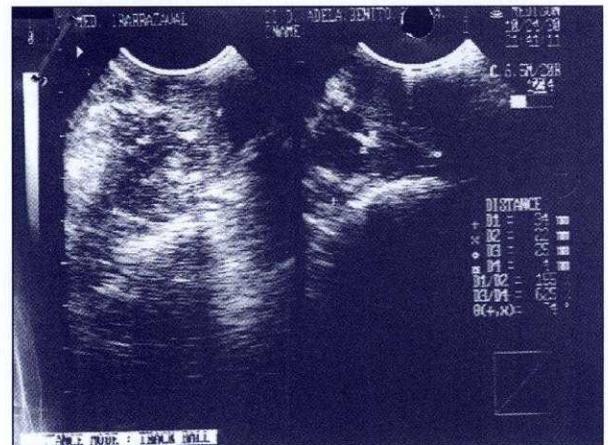
Hematies: campo cubierto

Ecografía Transvaginal 07 - 11- 06

Estructura ecogénica en cavidad uterina, se observa metaplasia ósea.

Además se realiza en Emergencias:

- Se transfunden 2 paquetes globulares
- Lavado vesical continuo.

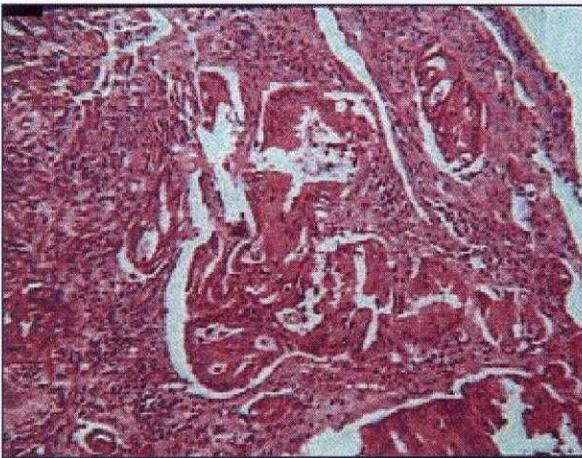
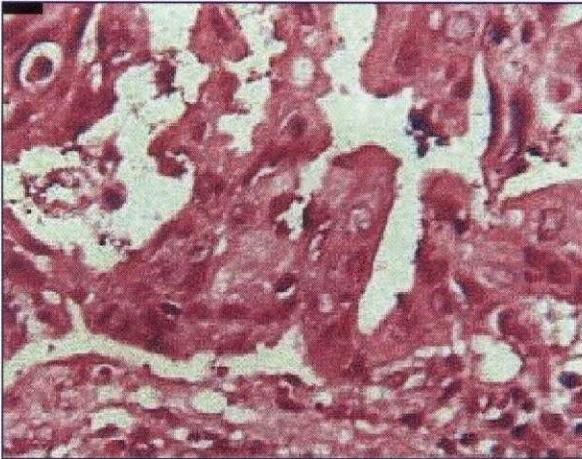


En fecha 8 - 11- 06 Cistoscopia:

- Meato uretral permeable.
- Uretra normal
- Esfínter tónico
- Vejiga: Neoformación sangrante con abundante fibrina, a nivel de cara anterior y cúpula; se toma biopsia.
- Dx: Masa vesical en estudio.

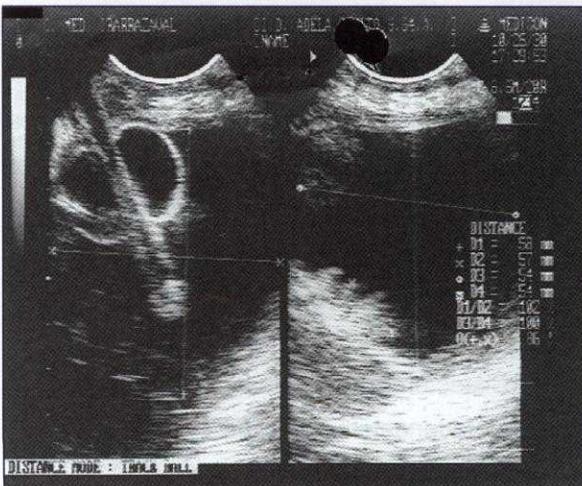
Se realiza biopsia fría.

Estudio histopatológico: Fragmentos de mucosa vesical con infiltración por adenocarcinoma moderadamente diferenciado de alto grado nuclear.

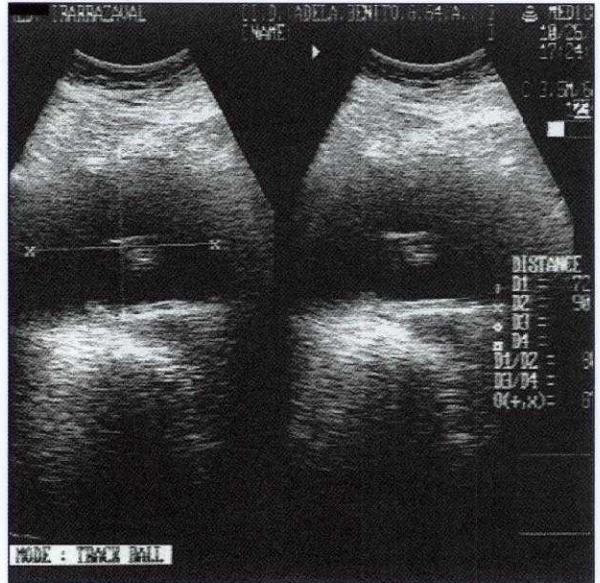


En fecha 9-11-06

Ecografía Vesical: Estructura ecogénica en vejiga, irregular, 11 x 22 mm.



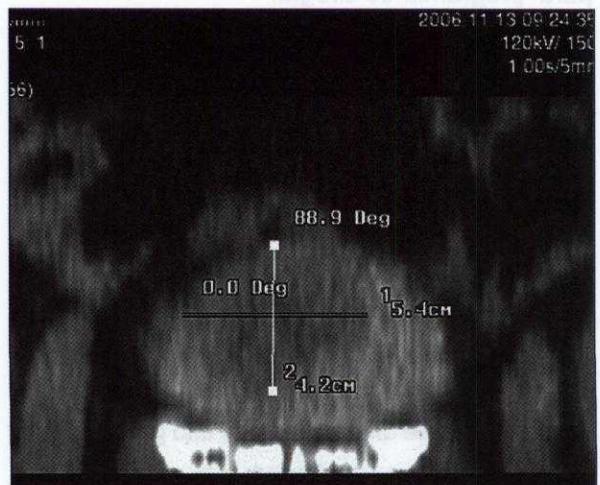
Ecografía Renal: dentro de límites normales.

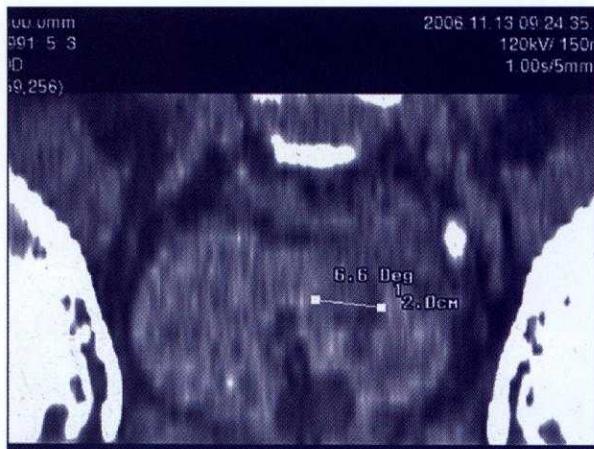


Se transfiere paciente a Oncología para descartar patología por vecindad, debido a la rareza de esta patología a nivel vesical.

Para precisar el sitio primario se realiza una Tomografía Axial Computarizada con Contraste de Pelvis: Se observa en cúpula vesical imagen hipodensa, más o menos extensa, bordes irregulares de +/- 3,4 x 4,2 cm, en el borde externo e inferior otra imagen hipodensa de 2 cm diámetro.

Cx: Imagen en cúpula y borde inferior de vejiga en relación a neoplasia de etiología a determinar.





En fecha 14- 11 – 06 Tomografía Axial Computarizada abdominal con Contraste:

Cx: Litiasis en cístico, resto normal.

En fecha 20 – 11 – 06 Videocolonoscopía en IGBJ:

Cx: Hemorroides internas.

En fecha 24 – 11 – 06 Biopsia de Endometrio,

Histopatología:

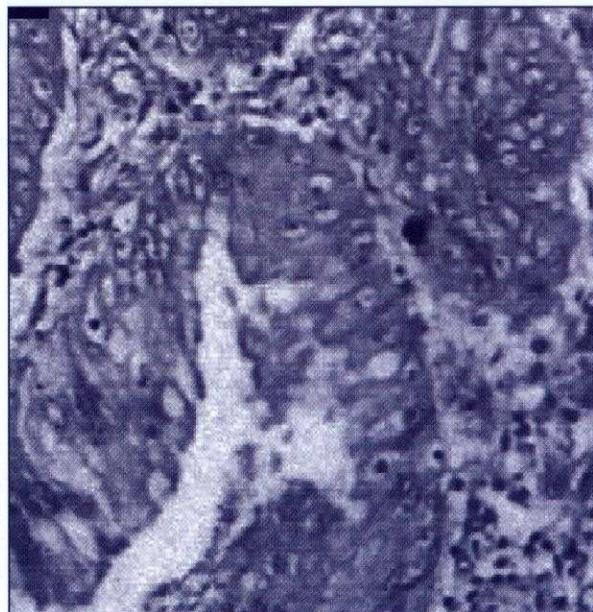
Endocervicitis crónica activa.

Se concluye por los estudios realizados que la neoplasia es primaria de vejiga, Ca vesical, descartando toda posibilidad de enfermedad por extensión, por lo que es transferida a Urología para programar su cirugía.

Urología plantea nueva biopsia vesical con mapeo, en vista de haberse descartado toda posibilidad de enfermedad por extensión por Oncología.

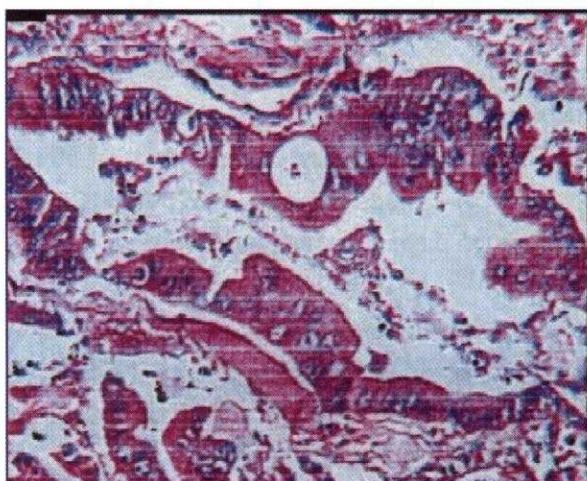
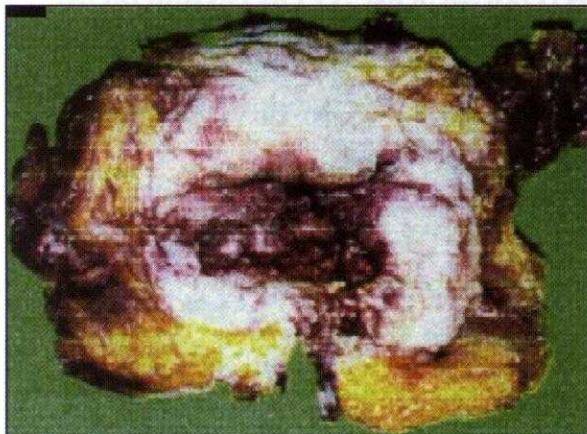
En fecha 5 – 12 – 06 se realiza Resección Transuretral de masa vesical Histopatológico:

Cx: Fragmentos de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de alto grado nuclear con necrosis tumoral infiltrante a la capa muscular.



Se plantea a la familia conducta quirúrgica radical y se aconseja interiorizar a la paciente sobre su patología además se explica ampliamente sobre el procedimiento, ostomía definitiva y el pronóstico. En fecha 19 – 12 – 06 se realiza:

1. Cistectomía Radical
2. Linfadenectomía pelvica.
3. Apendicectomía profilactica.
4. Operación de Briker
5. Histerectomía + Colpectomía parcial



El post operatorio transcurre sin complicaciones y la paciente es dada de alta hospitalaria 5 - 01 - 07, con laboratorios de control:

Hb: 10,9 gr%

Hto: 32 %

Leucocitos: 3.300 mm³

TPT: 12,5 seg 97,4%

INR: 1,0

Glicemia: 102 mg/dL

Creatinina: 0,9 mg/ dl

COMENTARIO

El interés en el presente caso se debe en la bajísima incidencia de esta estirpe tumoral a nivel vesical que en total representa el 0,2% de los primarios de vejiga y 2% del total.

En otros países como Chile se cuentan con menos de 10 casos documentados.

Este caso en particular es de especial interés para nosotros debido a que se logro realizar con éxito todo un protocolo para descartar que se tratara de una patología por extensión, con lo que se concluyo que se trataba de un adenocarcinoma primario de vejiga.

BIBLIOGRAFIA:

1. Uribe J, Flórez F. Fundamentos de Cirugía-Urología. Coprporación para Investigaciones Biológicas. Medellín Colombia. 3º Edición. 2006. 175-180.
2. Walsh, Gittes y cols. Campbell Urología. Editorial Panamericana. Buenos Aires Argentina. 8 Edición Vol. 2. 2005.
3. Tanagho E, McAninch J. Urología General de Smith. Editorial El Manual Moderno. México DF México. 13 Edición. 2005: 351-354,357-373.
4. Melekos MD. Cancer J 1995.
5. Lamm DL. Eur Urol 2000.
6. Rischmann P, Desgranschamps F, Malavaud P, Chopin DK. Eur Urol 2000.
7. Boehle A, BCG immune mechanisms. Renal & Urol News. 2004, Octubre: 7-8.
8. Lamm D, Optimal BCG treatment. Renal & Urol News. 2004, Octubre: 4-6.