

Metástasis cutánea única por carcinoma urotelial de vejiga**Single cutaneous metastasis due to bladder urothelial carcinoma****Dr. Onexy Veranes Velázquez, Dr. Rider Aguilar Medina y Lic. Isnay Tamayo Blanco**

Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se describe el caso clínico de una anciana de 85 años de edad, quien fue ingresada en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", de Santiago de Cuba por presentar dolor lumbar, disuria y hematuria, además de un tumor de 6 cm de diámetro en la pared abdominal, región suprapúbica, desde hacía 6 meses. Se efectuó biopsia de la lesión, cuyos resultados informaron carcinoma urotelial infiltrante de alto grado, por lo cual fue trasladada al Servicio de Urología donde se le realizarían los exámenes propios de la especialidad. El diagnóstico se confirmó mediante la cistoscopia y el análisis histopatológico. No se llevó a cabo el tratamiento por negativa de sus familiares.

Palabras clave: anciano, vejiga, metástasis cutánea, neoplasia, carcinoma urotelial infiltrante.

ABSTRACT

The case report of an 85 years old woman is described who was admitted in the Internal Medicine Service of "Dr. Joaquín Castillo Duany" Teaching Clinical Surgical Hospital in Santiago de Cuba due to low back pain, dysuria and hematuria, besides a 6 cm diameter tumor in the abdominal wall, suprapubic region, for 6 months. The biopsy of the lesion was carried out which results revealed high degree infiltrative urothelial carcinoma, reason why she was transferred to the Urology Service where the exams characteristic of the specialty would be carried out. The diagnosis was confirmed by means of the cystoscopy and the histopathological analysis. The treatment was not carried out due to her relatives refusal.

Key words: elderly, bladder, cutaneous metastasis, neoplasm, infiltrative urothelial carcinoma.

INTRODUCCIÓN

Las metástasis cutáneas, producidas de los carcinomas de células transicionales son muy infrecuentes. Las de origen urotelial constituyen manifestaciones poco comunes de esta enfermedad, cuya aparición denota muy mal pronóstico y se relaciona con una escasa supervivencia. La incidencia de estas oscila entre 1,1 y 8 % y entre 0,84 y 3,6 % para las dependientes de los tumores de vejiga. Han sido descritos pocos casos al respecto en la bibliografía médica consultada.¹

El carcinoma de células transicionales es el más común y por lo general aparece en estadios avanzados. Aproximadamente en 80 % de los afectados, las metástasis cutáneas se desarrollan posteriormente en la evolución del tumor primario. Por su

parte, las originadas de neoplasias internas tienen baja incidencia y se manifiestan como nódulos subcutáneos o lesiones ulceradas.¹ La incidencia de metástasis cutáneas de todos los tipos de cánceres oscila entre 0,3-9 %, lo cual está relacionado con mayor frecuencia con el cáncer de mama.

El carcinoma de células transicionales suele propagarse por infiltración directa o metastizar a ganglios pélvicos; asimismo, la afectación visceral (hígado, pulmón y hueso) se produce por vía sanguínea y es poco frecuente. Alrededor de 20 % de los cánceres superficiales de vejiga presentan algún tipo de diseminación. Aunque generalmente se relacionan con el carcinoma vesical infiltrante, las metástasis también han sido descritas en los casos de neoplasias superficiales.²

CASO CLÍNICO

Se describe el caso clínico de una anciana de 85 años de edad, de procedencia rural, con antecedentes de hipertensión arterial, para lo cual llevaba tratamiento regular, quien fue ingresada en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany" de Santiago de Cuba por presentar dolor lumbar del lado izquierdo y un tumor de aspecto metastático en la pared abdominal de la región suprapúbica (de unos 6 cm diámetro) desde hacía 6 meses, asociado a disuria y hematuria macroscópica intermitente. Esta se interpretó inicialmente como una lesión nodular, semejante a un lipoma, que con el transcurso de los meses fue modificando paulatinamente su aspecto (con cambio de coloración, salida espontánea de secreción sanguinolenta y molestias al roce con la ropa), hasta convertirse en una úlcera.

Se efectuó biopsia por ponche de la lesión, cuyos resultados informaron la presencia de un carcinoma transicional urotelial infiltrante de alto grado, de manera que la paciente fue trasladada al Servicio de Urología, donde se le realizaron los exámenes propios de la especialidad.

- Examen físico
 - Mucosas ligeramente hipocoloreadas y húmedas
 - Tejido celular subcutáneo: no infiltrado por edemas
 - Abdomen: globuloso, depresible, con una lesión cutánea en la región suprapúbica (6 cm de diámetro), de aspecto tumoral, bordes bien definidos, ulcerada, eritematosa, de superficie irregular, con fácil sangrado al roce y ligeramente dolorosa, que invadía el tejido subcutáneo (figura 1). Ausencia de visceromegalia.



Fig.1. Lesión ulcerada en el abdomen

- Exámenes complementarios

- Hemograma completo: hemoglobina: 120 g/L; hematocrito: 0,40
- Eritrosedimentación: 80 mm/h
- Glucemia: 3,8 mmol/L
- Creatinina: 104,6 mmol/L
- TGO: 20 U/L
- TGP: 12 U/L
- Proteínas totales: 71 g/L
- Coagulograma completo: tiempo de sangrado: 1 minuto; tiempo de coagulación: 7 minutos
- Conteo de plaquetas: $283 \times 10^9/L$; FSC: 135 mg %, coágulo retráctil
- Cituria: ausencia de leucocitos, hematíes, cilindros y proteínas
- Cultivo de secreción de la lesión: presencia de *Klebsiella sp*
- Biopsia de lesión cutánea: metástasis cutánea de carcinoma de células con aspecto transicional, probablemente de tipo urotelial de alto grado

- Exámenes imagenológicos y endoscópicos

1. Ecografía abdominal

- Hígado de tamaño y ecogenicidad conservados.
- Vías biliares de calibre normal.
- Vesícula de tamaño y paredes normales, con litiasis de 14 mm en su interior.
- Riñón izquierdo: tamaño normal, con moderada dilatación del sistema excretor de 36x38 mm y parénquima de 10 mm.
- Riñón derecho: ligera pielocaliectasia.
- Bazo: sin alteraciones.
- Páncreas: no fue visible por interposición gaseosa.
- Aorta: calibre normal y paredes ateromatosas.
- Vejiga: en la proyección del meato ureteral izquierdo se observó imagen tumoral hipoecoica, de contornos ligeramente irregulares, de 43x29 mm de diámetro. Ausencia de líquido libre en la cavidad.

2. Urografía excretora (tracto urinario simple): las imágenes sugirieron la presencia de osteoporosis senil, escoliosis y espondiloartrosis lumbares. El riñón izquierdo se encontraba silente y el derecho mostraba buena eliminación, sin alteraciones pielocaliciales y ureterales. Contorno vesical regular y no se comprobó imagen de defecto de lleno.

3. Cistoscopia: en la cara lateral izquierda de la vejiga se observó una lesión de aspecto tumoral, de aproximadamente 5 cm, sólida, con abundantes vegetaciones, que sangraban con facilidad e infiltraba el meato ureteral, lo cual impedía su

correcta visualización (se tomaron 2 fragmentos como muestra para el estudio histológico). Meato ureteral derecho normal, con eyaculación de orinas claras; el resto de la cavidad sin otras alteraciones (figura 2).

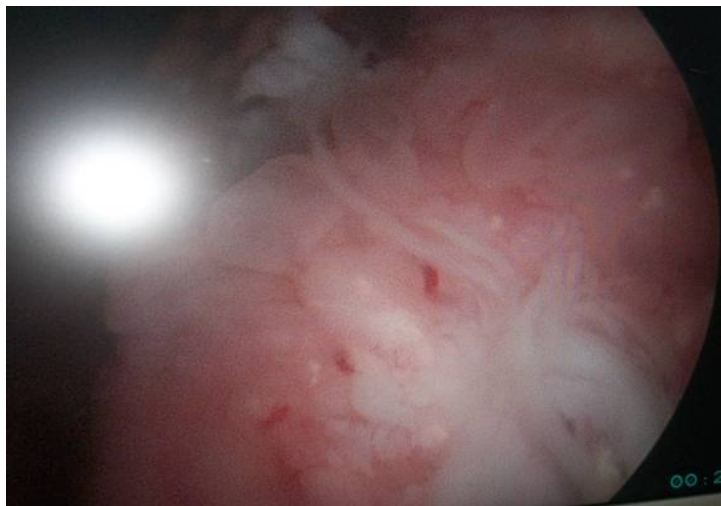


Fig.2. Características del tumor observadas durante la exploración de la vejiga

- Biopsia de la lesión intravesical: carcinoma urotelial infiltrante de alto grado con diagnóstico definitivo. Carcinoma urotelial infiltrante de alto grado con metástasis cutánea única (figura 3).

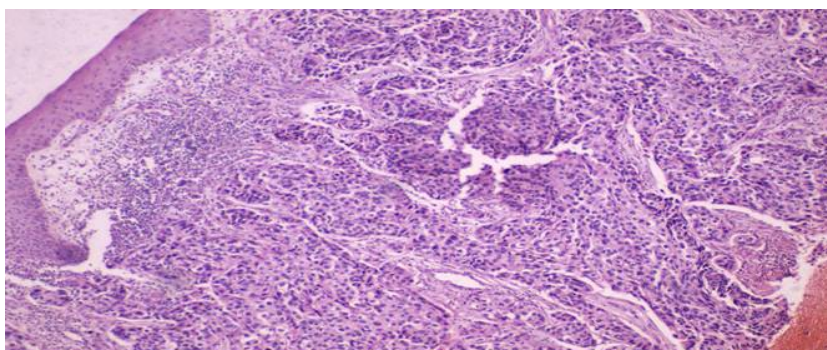


Fig.3. Infiltrado de células tumorales a capas musculares y serosas

COMENTARIOS

Las metástasis cutáneas pueden presentarse como zonas eritematosas, erupciones papulosas y nodulares, lesiones esclerodermiformes o como lesiones redondeadas, lisas, nodulares, ulceradas o necróticas, tal como lo descrito en este caso. En cuanto al origen de dichas metástasis cutáneas, se plantea que puede ser por vía linfática para las que se encuentran en el trayecto de los ganglios y por vía venosa para las que

aparecen a distancia; también están las producidas por la diseminación a través de la vía urinaria, por invasión directa, y la implantación directa por siembra, generalmente iatrogénica durante la cirugía o punciones.³

Estas lesiones han sido descritas en diferentes localizaciones y entre las más comunes figuran las que tienen lugar en la región suprapúbica y en la cara interna del muslo; también aparecen con menor frecuencia en otras regiones (fosa ilíaca izquierda, escroto, tronco, espalda, cuello y más raramente en el oído medio).⁵

Por otra parte, suelen presentarse en fases avanzadas de la enfermedad, generalmente cuando ya existe afectación ganglionar y visceral; sin embargo, han sido descritos casos en los cuales la única manifestación de enfermedad extravesical fue la metástasis cutánea.^{6,7}

El diagnóstico se realiza por biopsia de la lesión, ya sea de forma parcial o a través de la resección completa. En el diagnóstico diferencial deben considerarse algunas afecciones (sarcoidosis, lepra, furúnculos, quistes sebáceos, infecciones oportunistas) y las reacciones adversas a medicamentos.⁸

El tratamiento posterior consiste en quimioterapia sistémica, instilaciones de quimioterapia y/o radioterapia local, con alta tasa de fracasos. En general, la supervivencia de quienes padecen cáncer de vejiga metastático es de unos 13-14 meses con tratamiento quimioterápico.

Como medicamentos más usados se encuentran el metotrexate, la doxorubicina, la vinblastina o el cisplatino, con tasas de respuesta de más de 50 % con su uso combinado. Como ya se ha descrito, en presencia de estas lesiones, el pronóstico suele ser fatal y la supervivencia corta (menos de 12 meses), aunque existen casos de regresión espontánea y hasta con una supervivencia de 23 años posterior al tratamiento;^{9,10} no obstante, el número de publicaciones es pequeño aún para predecir el pronóstico y evolución de esta enfermedad.

Se impone estudiar profundamente lo relacionado con esta afección teniendo en cuenta su mal pronóstico y la tendencia a producir metástasis, incluso, en estadios clínicos poco avanzados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Muller Arteaga C, Martín Martín S, Castro Olmedo C, Torrecilla Garcia-Ripoll J R, Fernández del Busto E. Metástasis cutánea solitaria de carcinoma vesical. Arch Esp Urol. 2007 [citado 5 Jul 2013];60(10). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142007001000013
2. Stenzl A, Cowan NC, De Santis M, Kuczyk MA, Merseburger AS, Ribal MJ, *et al.* Tratamiento del cáncer de vejiga con invasión muscular y metastásico: actualización de la guía clínica de la EAU. Act Urol Esp. 2012 [citado 5 Jul 2013]; 36(8):449-60. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210480611003949>
3. Martínez Rodríguez R, Rodríguez Escovar F, Bujons Tur A, Maroto P, Palou J, Villavicencio H. Metástasis cutánea durante el seguimiento de carcinoma renal de células claras. Arch Esp Urol. 2008 [citado 5 Jul 2013];61(1): 80-82. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142008000100014

4. Lopes M, Barcaui CB, Vilar AN. Metástase cutânea de sarcoma de bexiga: quando devemos considerar essa hipótese? Uma revisão bibliográfica. *An Bras Dermatol*. 2011 [citado 5 Jul 2013]; 86(5): 1022 Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-05962011000500027&script=sci_abstract&tlng=es
5. Guillou L, Aurias A. Soft tissue sarcomas with complex genomic profiles. *Virchows Arch*. 2010 [citado 5 Jul 2013]; 456(2):201-17 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20217954>
6. Abed R, Grimer RJ, Carter SR, Tillman RM, Abudu A, Jeys L. Soft-tissue metastasis: their presentation and origin. *J Bone Joint Surg Br*. 2009; 91: 1083-5.
7. MacLennan GT, Cheng L. Atlas of genitourinary pathology. London: Springer-Verlag; 2011.
8. Syed ZA, Rosenthal DL, Ali TZ, Epstein JI. Atlas of urinary cytopathology with histopathologic correlations. New York: Demos Medical Publishing; 2010.
9. Kumar A, Fausto M. Robbins basic pathology: interactive text and review. 8th. New York: Elsevier; 2007.
10. Peck JR, Hitchcock CL, Maguire S, Dickerson J, Bush C. Isolated cardiac metastasis from plasmacytoid urothelial carcinoma of the bladder. *Exp Hematol Oncol*. 2012; 1:16.

Recibido: 10 de septiembre de 2015.

Aprobado: 20 de mayo de 2016.

Onexy Veranes Velázquez. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Punta Blanca s/n, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: onexyveranes74@gmail.com