

# METÁSTASIS CUTÁNEA DE UN CARCINOMA VESICAL DE CÉLULAS TRANSICIONALES

J. HERRERA PUERTO\*, J. HERRERA FLORES\*, J.M. BARRAGÁN CASAS\*\*,  
J.J. GALÁN VELASCO\*\*\*

\*Servicio de Urología. \*\*Medicina Interna. \*\*\*Medicina de Familia. Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles. Ávila.

**PALABRAS CLAVE:**

Cáncer. Vejiga. Metástasis cutánea.

**KEY WORDS:**

Cancer. Bladder. Cutaneous metastasis.

Actas Urol Esp. 26 (6): 413-415, 2002

## RESUMEN

La metástasis en piel por un carcinoma vesical epitelial es una manifestación infrecuente, generalmente aparece en estadios avanzados, tal como sucedió en nuestro paciente y se asocia con un mal pronóstico.

Se trata de una lesión localizada en región suprapúbica y cara interna del muslo, con aspecto eritematoso, indurada y confluente; el examen histológico tras biopsia fría resultó una metástasis por carcinoma transicional.

## ABSTRACT

Transitional cell of bladder carcinoma metastasizing to the skin is uncommon finding, generally appearing in the final stages such that occurred in our patient that indicated a poor prognosis.

A lesion located in the pubic region and internal face of the left lower limb with at erythematous, indurated, and agrupated appearance was found. The histological examination of the specimen after cold biopsy demostrated cutaneous metastasis from transitional cell carcinoma.

**E**l carcinoma vesical de células transicionales es un tumor con gran prevalencia en nuestro medio, sobre todo en varones mayores de 55 años, teniendo una elevada morbi-mortalidad.

Se trata de una neoplasia muy linfotropa, preferentemente por los ganglios pélvicos<sup>1</sup>, y su afectación visceral habitual es el hígado, pulmón y hueso, siendo más rara en otros parénquimas<sup>2</sup>. La aparición de metástasis en piel es poco común, y generalmente se observa en fases evolucionadas de la enfermedad<sup>3</sup>, anunciendo una corta supervivencia<sup>4</sup>.

Informamos un nuevo caso a la literatura haciendo una puesta a punto bibliográfica de esta infrecuente manifestación por cáncer vesical.

## CASO CLÍNICO

Varón de 74 años de edad, con antecedentes de resección transuretral por tumor vesical 6 años antes en otro centro sin revisiones periódicas, fumador importante (>30c/d) y cura de hernia inguinal derecha que ingresa de urgencias por hematuria y disuria inicial junto a lesiones cutáneas no pruriginosas en muslo y pubis de unos 4 meses de evolución.

A la exploración destacaba palidez intensa, ausencia de adenovisceromegalias, cicatriz de herniorrafia inguinal y lesiones dérmicas nodulares extensas en región suprapública y cara interna del muslo izquierdo, de aspecto eritematoso y confluentes (Fig. 1), con hinchazón y



**FIGURA 1. Lesiones cutáneas múltiples, nodulares, eritematosas y confluentes.**

aumento de temperatura en extremidades inferiores. Tacto rectal: próstata fibroelástica volumen II/IV.

Analítica: Urea 45 mgr/dl; F. Alcalina 270 u/l; Transaminasas en límites de normalidad; Hematocrito 31,5%; Plaquetas y coagulación, normales; Leucohematuria; Antígeno Prostático Específico 4,8 ngr/dl; Citologías Urinarias serias sugerentes de tumor epitelial de alto grado.

Practicado estudio urológico (urografía, scanner, serie ósea metastásica,...) se objetivó gran masa que ocupa la mitad derecha de vejiga con anulación funcional renal derecha y adenopatías retroperitoneales y pélvicas bilaterales. Eco Doppler vascular demostró trombosis del sistema venoso profundo y superficial, probablemente paraneoplásica, en ambos miembros inferiores.

Se realizó valoración vesical bajo anestesia para estadioaje local con resultado histológico de neoformación vesical muy indiferenciada que infiltra profundamente la muscular y grasa (T3, G-III).

Igualmente se efectuó biopsia fría de la lesión cutánea informando infiltración por cáncer transicional.

Instaurado tratamiento sintomático y anticoagulación con heparina a dosis terapéuticas, el paciente falleció al mes siguiente del ingreso por tromboembolismo pulmonar masivo y deterioro general.

## DISCUSIÓN

La propagación del cáncer vesical se produce por infiltración directa, implantación o diseminación a distancia; la extensión metastásica más común es la vía linfática hacia los ganglios pélvicos<sup>3</sup>. Las metástasis viscerales se efectúan por vía hematogena habitualmente en hígado, pulmón, hueso, adrenales e intestino<sup>2</sup>.

Aunque la piel es un lugar poco frecuente de metástasis por cáncer vesical, la aparición de casos publicados podría deberse a una mayor eficacia de la terapéutica utilizada, mejorando el intervalo libre de enfermedad y posibilitando la aparición de nuevas manifestaciones clínicas<sup>5</sup>.

Típicamente, se presentan como múltiples lesiones redondeadas, lisas y nodulares<sup>6,7</sup>, si bien en ocasiones como ulceradas y necróticas<sup>8</sup>.

En cuanto a la ruta que siguen las metástasis hasta llegar a la piel, se postula la propagación linfática para aquéllas en zonas próximas al tumor primario<sup>3</sup>, y por diseminación venosa las situadas a mayor distancia<sup>8</sup>.

La forma de aparición es variable en la evolución de la malignidad<sup>4</sup>, pudiendo acontecer como inicio de la diseminación tumoral aunque lo habitual es encontrarlas en fases avanzadas tal como ocurrió en el enfermo comunicado.

El diagnóstico de la lesión se lleva cabo por biopsia y examen morfológico, pudiendo ser confundidas con erupciones generalizadas histiocitarias, sarcoidosis, nódulos leprosos o linfomatosis<sup>9</sup>.

Una vez desarrollada la lesión cutánea neoplásica, la supervivencia, por lo general, es corta, pre-sagiando un mal pronóstico<sup>4</sup>, ya que suelen ser la expresión de una enfermedad metastásica multiorgánica<sup>7</sup>.

A pesar de haberse documentado casos de regresión espontánea<sup>10,11</sup>, el tratamiento consiste en quimio y radioterapia local<sup>6,7</sup> siguiendo protocolos establecidos, pero sin éxitos remarcables.

## REFERENCIAS

1. BABAIAN RJ, JOHNSON DE, LLAMAS L et al.: Metastases from transitional cell carcinoma of the urinary bladder. *Urology* 1980; **16**: 142-145.
2. ÁLVAREZ CASTELO LM, GARCÍA FREIRE C y cols.: Metástasis cutánea de carcinoma de células transicionales de la vejiga. *Arch Esp Urol* 1995; **48**: 749-752.
3. GALLEGOS SÁNCHEZ JA, GAMARRA QUINTANILLA M y cols.: Metástasis cutáneas de carcinoma de células transiciones de vejiga. *Arch Esp Urol* 1999; **52**: 1.092-1.094.
4. CHITALE SV, MORROW DR, PATEL R et al.: Cutaneous metastases from transitional cell carcinoma of the bladder and renal pelvis. *Br J Urol* 1997; **79**: 292-294.
5. FUJITA K, SAKAMOTO Y et al.: Two cases of inflammatory skin metastasis from transitional cell carcinoma of the urinary bladder. *Urol Int* 1994; **53**: 114-117.
6. WILDES MP, OSBORN DE.: Solitary cutaneous metastasis from transitional cell carcinoma of the bladder. *Br J Urol* 1988; **61**: 164-168.
7. SPECTOR JI, ZIMBLER H, DELEO M et al.: Skin metastases from transitional cell bladder cancer. *Urology* 1987; **29**: 215-218.
8. GÓMEZ VELÁZQUEZ M, ORTEGA VEBIA MC y cols.: Metástasis cutáneas en conducto auditivo externo de cáncer vesical. *Actas Esp Urol* 1991; **15**: 96-98.
9. VIDMAR D, DONAL L, KENNETH D.: Extensive dermal metastases from primary signet-ring carcinoma of the urinary bladder. *Cutis* 1994; **49**: 114-117.
10. BERRUTI A, GERBINO A, FAGGIUOLO L et al.: Third line chemotherapy with mitomycin C and linodamidine in advanced bladder cancer. Partial reponse in a patient with skin and lung metastases. *Tumori* 1995; **81**: 39-43.
11. MANCEBO JM, DE LA PEÑA J, HIDALGO MC y cols.: Regresión espontánea de metástasis cutáneas de carcinoma transicional de vejiga. *Arch Esp Urol* 1985; **13**: 497-499.

---

Dr. J. Herrera Puerto  
C/ Bolívar, 24 - 3º C  
37004 Salamanca

(Trabajo recibido el 4 enero de 2002)