

# ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO EN COLOCISTOPLASTIA

A. BONO ARIÑO\*, J.I. SANZ VÉLEZ\*, M.A. ESCLARIN DUNY,  
J.M. BERNÉ MANERO\*, J. VERA ÁLVAREZ\*\*.

\*Servicio de Urología. \*\*Servicio de Anatomía Patológica. Hospital San Jorge. Huesca.

**PALABRAS CLAVE:**

Enterocistoplastia. Tumores vesicales

**KEY WORDS:**

Enterocystoplasty, bladder neoplasms.

Actas Urol Esp. 25 (4): 312-314, 2001

## **RESUMEN**

Aportamos un caso de adenocarcinoma de células en anillo de sella en una colocistoplastia. Revisamos la bibliografía existente sobre tumoraciones desarrolladas en ampliaciones vesicales hasta la fecha actual.

## **ABSTRACT**

We report a case of signet ring-cell adenocarcinoma in augmentation colocystoplasty. We review the current litterature about tumours developing in augmentation bladder.

## **INTRODUCCIÓN**

El uso de segmentos intestinales para la realización de ampliaciones vesicales se popularizó a mediados de la década de los cincuenta. Es bien conocida la aparición de tumores secundarios al utilizar el intestino como forma de derivación urinaria, ampliación o sustitución vesical, si bien permanece oculto su mecanismo etiopatogénico exacto. El primer tumor descrito en una enterocistoplastia fue en 1971<sup>1</sup>. Las neoformaciones desarrolladas en ampliaciones vesicales presentan múltiples similitudes a las encontradas en las ureterosigmoidostomías.

Revisamos la bibliografía existente y aportamos un nuevo caso de neoplasia desarrollada en una colocistoplastia.

## **CASO CLÍNICO**

Varón sometido a los 22 años a nefroureterectomía derecha y colocistoplastia de ampliación por abolición renal y microvejiga de etiología tubercu-

losa. 3 años después precisó reimplantación ureteral izquierda por estenosis a nivel de uréter pélviano. A los 49 años, 37 años después de la cirugía de ampliación vesical, fue estudiado por síndrome miccional (tenesmo, estranguria, polaquiuria) siendo diagnosticado radiológicamente de neoformación vesical (Fig. 1). Se realizó resección transuretral de dicho tumor localizado en trígono, cara lateral izquierda y zona de anastomosis vesicointestinal, con el resultado anatomopatológico de adenocarcinoma de células en anillo de sella. Se practicó cistoprostatectomía radical y conducto ileal en febrero de 1997, A.P.: adenocarcinoma de células en anillo de sella que infiltra el espesor de la pared vesical, anastomosis vesicointestinal y colon, y metastatiza en 1 de los 7 ganglios linfáticos (Fig. 2). Posteriormente se le administraron cinco ciclos de quimioterapia con Tomudex. En la actualidad, tras 3 años de la cirugía radical, el paciente presenta buen estado general sin evidencias de recidiva tumoral.



**FIGURA 1.** UIV. Cistografía: Se aprecia defecto de repleción sugestivo de neoformación.

**TABLA I**

Tipo de ampliación	Localización del tumor	Hallazgos histológicos
Ileon 16	Anastomosis vesicointestinal 10	Adenocarcinoma 15
Colon 4	Vejiga 3	Adenocarcinoma más carcinoma de células transicionales 1
Ciego 3	Ambos 2	Sarcoma 1
	No filiado 2	Carcoma células en anillo de sella 1
	Intestinal 6	Carcoma de células transicionales 4 Carcoma "oat cell"

Referencias de la 1 a la 7.

de carcinógenos a través de nitrosaminas o de radicales oxigenados. El papel de los compuestos N-nitrosos en la carcinogénesis es conocido por modelos experimentales, pero el mecanismo de la activación y carcinogénesis permanece todavía bajo discusión, con posible influencia de los nitritos urinarios, aminas secundarias o infección urinaria.

En la mayoría de los casos publicados, la tuberculosis fue la enfermedad original que causó las lesiones que requirieron ampliación vesical. El periodo de latencia entre la cirugía y el diagnóstico de tumor es largo, sugiriendo una actividad crónica de los factores oncogénicos.

Histológicamente, estos tumores pueden ser adenocarcinomas o tumores uroteliales (un sarcoma también ha sido descrito), localizados en la vejiga, segmento intestinal o ambos; mostrando generalmente una gran agresividad. Nuestro caso es el segundo con diagnóstico anatomopatológico de adenocarcinoma de células en anillo de sella. Experimentalmente, se han descrito papilomas en gástricostoplastias aunque no se han observado en humanos.

El amplio uso de realización de neovejigas intestinales como parte del tratamiento para el cáncer vesical infiltrante y la perspectiva de una mejor supervivencia para estos pacientes conlleva la posibilidad de un incremento de tumores secundarios. Por lo tanto, es recomendable un seguimiento continuado de estas neovejigas.

**FIGURA 2.** Microfotografía del tumor mostrando las células en anillo de sella (x 400).

## COMENTARIOS

Hasta la fecha actual se han publicado 23 casos de tumor en enterocistoplastias (Tabla I). Es difícil conocer la incidencia real de esta patología, dada la escasez de datos sobre el número exacto de enterocistoplastias realizadas y la variedad de técnicas, indicaciones y segmentos intestinales utilizados.

Se desconoce el mecanismo etiopatogénico del desarrollo de estos tumores, aunque se sugiere una etiología multifactorial<sup>2</sup>: la reacción inflamatoria en la anastomosis vesicointestinal conlleva un elevado riesgo carcinogénico, bien mediado por la actividad de los macrófagos que promueven la actividad de especímenes oxígeno reactivos, producción de nitrosamina como reacción inflamatoria a nivel de la anastomosis o producción de factores de crecimiento, que aumentan la formación

## REFERENCIAS

1. LLARENA R, PERTUSA C, ZABALA JA: Adenocarcinoma of the colon. Occurrence on colonocystoplastia. *Arch Esp Urol* 1989; **42**: 459-461.
2. FILMER RB, SPENCER JR: Malignancies in bladder augmentations and intestinal conduits. *J Urol* 1990; **143**: 671-678.
3. GREGOIRE M, KANTOFF P, DEWOLF WC: Synchronous adenocarcinoma and transitional cell carcinoma of the bladder associated with augmentation: case report and review of the literature. *J Urol* 1993; **149**: 115-118.
4. TELLEZ M, BURGOS FJ, DEL HOYO J et al: Metastasizing adenocarcinoma of the colon in a patient with ceco-cystoplasty. *Actas Urol Esp* 1993; **17**: 80-83.
5. BARRINGTON JW, FULFORD S, GRIFFITHS D, STEPHENSON TP: Tumors in bladder remnant after augmentation enterocystoplasty. *J Urol* 1997; **157**: 482-486.
6. YOSHIDA T, KIM CJ, KONISHII T, YOSHIKI T, PARK KI, TOMOYOSHI T: Adenocarcinoma of the bladder 19 years after the augmentation ileocystoplasty: report of a case. *Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi* 1998; **89**: 54-57.
7. KOIZUMI S, JOHNIN K, KATAOKA A, NAKAI M, TOMOYOSHI T: Adenocarcinoma occurring 37 years after augmentation ileocystoplasty for tuberculous bladder atrophy: report of a case. *Hinyokika Kiyo* 1997; **43**: 743-745.

---

Dra. Araceli Bono Ariño  
Servicio de Urología. Hospital San Jorge  
C/Martínez Velasco, 36  
22071 Huesca

(Trabajo recibido el 15 diciembre de 2000)