

TRIPLE NEOPLASIA UROLÓGICA PRIMARIA SINCRÓNICA. APORTACIÓN DE UN NUEVO CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

J. VALLEJO HERRADOR, P. SÁNCHEZ DE LA MUELA, R. DIZ RODRÍGUEZ,
F. MARTÍN-LABORDA

Servicio de Urología. Hospital Universitario del Aire. Madrid.

PALABRAS CLAVE:

Neoplasia múltiple primaria urológica.

KEY WORDS:

Multiple primary urologic neoplasm.

Actas Urol Esp. 26 (1): 57-59, 2002

RESUMEN

Presentamos el caso clínico de un paciente que acudió al Servicio de Urgencias por presentar hematuria. En tratamiento conservador, los estudios radiológicos y endoscópicos pusieron de manifiesto la existencia de un tumor vesical y una masa renal izquierda incidental. Tras varias intervenciones quirúrgicas, la última, una cistoprostatectomía radical, se constató también la existencia de un nuevo tumor en el interior de la próstata. Se comentan los procedimientos quirúrgicos, la evolución clínica y el seguimiento a cinco años. Se revisan los escasos casos descritos en la literatura.

ABSTRACT

Herein we present the case of a patient who went to the emergency department complaining of haematuria. With a conservative management, the radiologic and endoscopic studies show a bladder tumour and an incidental left renal mass. After several radical procedures, the last a cistoprostatectomy, it was shown that the patient had a new tumour inside his prostate gland. We comment the surgical procedures, the clinical evolution and the five years follow-up. We review the few cases described in the literature.

Hace casi 70 años que Warren y Gates rescataron de la literatura 1.279 pacientes con neoplasia múltiple primaria (NMP). Desde entonces, quizás debido a una mejor esperanza de vida aparecen con mayor frecuencia nuevos casos que crecen de forma excepcional dejando, por tanto, de ser una curiosidad patológica para convertirse en un problema clínico¹.

Presentamos el caso clínico de una triple NMP urológica en un varón en el que coincidieron de forma sincrónica un adenocarcinoma renal, car-

cinoma transicional infiltrante de vejiga y adenocarcinoma prostático. Se comenta la actitud diagnóstico-terapéutica y su sorprendente evolución a los 5 años.

CASO CLÍNICO

Varón de 59 años de edad con antecedente de episodios intermitentes de hematuria asintomática, que ingresa en el Servicio de Urgencias por retención aguda de orina secundaria a la presencia de coágulos. En tratamiento conservador

mediante sondaje vesical, evacuación de coágulos y lavado vesical continuo el paciente evolucionó de forma satisfactoria. La exploración física, tras estabilización del cuadro clínico, no mostró hallazgos de interés, salvo el tacto rectal que evidenció una próstata aumentada de tamaño, de aspecto adenomatoso grado III/IV de superficie regular, consistencia homogénea bien delimitada. Desde el punto de vista analítico, el hemograma y datos bioquímicos fueron normales, siendo el PSA de 8,9 ng/ml. La orina mostró hematuria siendo el urocultivo estéril. Los estudios radiológicos pusieron de manifiesto, por ecografía y TAC, la existencia de una lesión intravesical en pared lateral izquierda de vejiga de unos 3 cm de base de implantación, así como una masa inhomogénea de aspecto sólido de 67 mm en polo inferior de riñón izquierdo y una lesión parahiliar renal izquierda en posible relación con adenopatía (Fig. 1). La radiografía de tórax fue normal. La cistoscopia confirmó la existencia de una lesión sólida de aspecto tumoral en vejiga. La gammagrafía ósea fue normal.

Tras resección transuretral de la formación vesical, con estudio histopatológico de carcinoma urotelial sólido infiltrante estadio pT2G3, se decidió realizar una nueva resección transuretral con intención de radicalidad, junto con nefrectomía radical izquierda y linfadenectomía regional, siendo el informe histopatológico de carcinoma urotelial vesical estadio pT1G3 y adenocarcinoma multifocal renal sin infiltración de la cápsula, aislándose una adenopatía metastásica de 3 cm. El paciente fue sometido posteriormente a instilaciones endovesicales con Mitomicina-C, realizándose tres meses después estudio cistoscópico que puso de manifiesto una lesión elevada, hiperémica y sólida en el lugar inicial de la tumoración vesical, realizándose nueva resección transuretral y mapa vesical con recogida de muestras en cuello vesical y uretra prostática. El estudio patológico confirmó la existencia de un carcinoma urotelial estadio pT2G3 en el área de resección, siendo el resto de las biopsias negativas.

Tras este procedimiento se realizó cistoprostatectomía radical con sustitución vesical ortotópica siguiendo técnica de Studer, con reimplante ureteral derecho en la "chimenea" de la neovejiga. El estudio histopatológico informó de carcinoma

FIGURA 1. A) TAC mostrando la neoformación vesical inicial en la pared lateral izquierda. B) TAC mostrando la neoformación renal y adenopatía regional.

urotelial sólido estadio p1G3 y zonas bien delimitadas de adenocarcinoma prostático grado 5 de Gleason en ambos lóbulos, en el seno de una hiperplasia adenofibromatosa.

El seguimiento a cinco años ha mostrado ausencia de recidiva tanto en los estudios radiológicos como normalidad de PSA.

COMENTARIO

La incidencia de NMP oscila entre el 4 y 8%, estando involucrados los órganos genito-urinarios en el 13,5% de los casos. Se han descrito 45 pares de NMP con frecuencia de aparición estadísticamente significativa, entre los cuales hay 7 con algún órgano genito-urinario afecto. Desde el punto de vista urológico, la asociación más común es vejiga y próstata².

Los criterios que debe seguir una NMP para considerarse como tal son:

- a) Cada uno de los tumores debe tener un diagnóstico definitivo de malignidad.
- b) Cada uno de los tumores debe tener un patrón histológico distinto.
- c) Excluir la posibilidad de que uno de los tumores sea metástasis del o de los otros.
- d) Cada tumor debe estar localizado en un órgano o tejido diferente¹.

Si bien no es infrecuente encontrar una NMP doble, si lo es diagnosticar casos en que sean tres los órganos o tejidos involucrados, y aún más excepcional, si la triple neoplasia primaria asienta en diferentes órganos de un mismo sistema, como ocurrió en nuestro caso. Así, de las series más representativas de la literatura, Moertel revisa en la Clínica Mayo 37.580 pacientes tumorales en un periodo de 10 años, encontrando 1.049 con neoplasias múltiples, coexistiendo en 44 un carcinoma de células transicionales de vejiga con adenocarcinoma prostático, en 3 un adenocarcinoma renal y carcinoma urotelial de vejiga, en 15 un adenocarcinoma renal y prostático, y sólo en 1 un adenocarcinoma renal, carcinoma transicional de vejiga y adenocarcinoma prostático³.

En cuanto al momento de aparición de los tumores entre sí, las NMP se clasifican en sincrónicas o metacrónicas dependiendo de si su diagnóstico se realiza en un periodo de tiempo de 6 meses o superior, respectivamente. Hay que decir que muchas de las NMP descritas son metacrónicas, siendo excepcionales las triples NMP sincrónicas y que además afecten a un mismo aparato o sistema. Así, respecto al aparato urogenital hemos podido rescatar de la literatura 5 casos de neoplasia triple primaria urológica (riñón, vejiga y próstata)⁴⁻⁸, de los que sólo 2 casos se diagnosticaron de forma sincrónica, como ocurrió en nuestro caso^{5,6}.

Dado que el pronóstico de las NMP está en relación con la agresividad de cada tumor y estadio de los mismos en el momento del diagnóstico, en nuestro paciente dicho pronóstico lo marcaría la evolución del tumor renal por existir afectación adenopática regional. El seguimiento a los cinco años, no obstante, ha mostrado ausencia total de recidiva, quedando como secuela una disfunción eréctil con respuesta parcial aunque suficiente a la administración oral de Sildenafil.

Nos satisface, a pesar del mal pronóstico inicial del paciente, haber realizado en su día una sustitución vesical ortotópica, aportando al paciente una inmejorable calidad de vida.

REFERENCIAS

1. WARREN S, GATES O: Multiple primary malignant tumors. *Am J Cancer* 1932; **16**: 1.358.
2. MOERTEL CG: Multiple primary malignant neoplasms. Historical perspectives. *Cancer* 1977; **40**: 1.786.
3. MOERTEL CG: Multiple primary malignant neoplasms. Recent results in cancer research, New York, *Springer Verlag*, Inc 1966; **7**: 4.
4. ROVINESCU I, ROUSSEAU E: Considérations sur les cancers urinaires primitifs multiples. *J Urol Nephrol* 1976; **82**: 621.
5. DAS S, BROSMAN SA: Multiple primary adenocarcinomas of urogenital tract. *Urology* 1976; **8**: 277.
6. WENT WORTH SA, HEAD RW, STEWART R: Triple synchronous genitourinary malignancies of dissimilar histogenesis. *Urology* 1985; **25**: 313.
7. DIECKMANN KP, NEKARDA H: Triple malignancy of the genitourinary tract. *Int Urol Nephrol* 1988; **20**: 485.
8. HEINZ A, RUPP W: Primär multiple neoplasie im urogenitalbereich-fallbericht eines triplelkarzinoms. *Aktuel Urol* 1982; **13**: 153.

Dr. J. Vallejo Herrador
Servicio de Urología
Hospital del Aire
C/ Arturo Soria, 82
28027 Madrid

(Trabajo recibido el 6 junio de 2001)