

CARCINOMA CON CÉLULAS GIGANTES TIPO OSTEOCLASTO DE VEJIGA. UN CASO DE RARA PRESENTACIÓN. REVISIÓN DE LA LITERATURA

F. GARCÍA GARCÍA, J. GARCÍA LIGERO, F. MARTÍNEZ DÍAZ*, J.L. RICO GALIANO,
M. TOMÁS ROS, A. SEMPERE GUTIÉRREZ, J.P. MORGÀ EGEA, J.V. PÉREZ CARRIÓN**,
L.O. FONTANA COMPIANO

*Servicio de Urología. *Servicio de Anatomía Patológica. **Servicio de Radiología. Hospital General
Universitario de Murcia. Murcia.*

Actas Urol Esp. 27 (4): 317-320, 2003

RESUMEN

"CARCINOMA CON CÉLULAS GIGANTES TIPO OSTEOCLASTO DE VEJIGA. UN CASO DE RARA PRESENTACIÓN. REVISIÓN DE LA LITERATURA"

Presentamos un caso de tumor vesical con diferenciación pseudosarcomatosa del estroma.

Son extremadamente raros (sólo se había descrito 78 casos en el mundo hasta el año 2001). También son llamados carcinosarcomas heterólogos, dentro de los cuales se encuentran los llamados carcinosarcomas con células gigantes tipo osteoclasto, que se caracterizan por ser positivos para vimentina y fosfatasa ácida y negativos para marcadores epiteliales (citoqueratinas de bajo peso y lisozima).

PALABRAS CLAVE: Carcinosarcoma heterólogo. Diferenciación estromal pseudosarcomatosa. Células tipo osteoclasto.

ABSTRACT

"GIANT OSTEOCLAST TYPE CELL CARCINOMA OF THE URINARY BLADDER. A CASE WITH UNUSUAL PRESENTATION. REVIEW OF THE LITERATURE"

We report a case of neoplasm of the urinary bladder with pseudosarcomatous stromal differentiation. Heterologous carcinosarcomas are extremely rare malignant neoplasms (seventy-eight cases have been previously described).

This is a case of carcinoma containing numerous osteoclast type giant cells that stained for vimentin and acid phosphatase and were negative for cytokeratin and lysozyme.

KEY WORDS: Heterologous carcinosarcoma. Sarcomatous stromal differentiation. Osteoclast type giant cells.

Dentro de los tumores vesicales malignos los más frecuentes son los carcinomas uroteliales o carcinomas de células transicionales que representan el 80-90%¹; la mayor parte son papilares (70%), y el resto presentan fusión de las papilas e incluso masas sólidas, correspondiendo a las formas más agresivas². Entre estos tumores últimos cabe destacar los de células fusiformes o

fusocelular, el carcinoma indiferenciado y el carcinoma con diferenciación pseudosarcomatosa del estroma³, que es el caso que nos ocupa; estos tumores con diferenciación pseudosarcomatosa del estroma se caracterizan por ser positivos para vimentina y fosfatasa ácida y negativos para marcadores epiteliales (citoqueratinas de bajo peso y lisozima).

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente de 70 años con antecedentes de intolerancia hidrocarbonada y osteoporosis secundarias a tratamiento esteroideo por EPOC tipo bronquitis crónica y antecedentes de hábito tabáquico importante, con múltiples ingresos por descompensación y sobreinfección respiratoria (algún episodio por *pseudomonas fluorescens*).

En un ingreso por descompensación de su enfermedad respiratoria y en el contexto de un síndrome miccional obstructivo por el que era revisado y tratado en consultas externas de Urología, presentó episodio de hematuria macroscópica con coágulos con polaquiuria y disuria, realizándose ecografía que mostró crecimiento endoluminal vesical, compatible con neoplasia vesical (Fig. 1).



FIGURA 1. Ecografía sugestiva de tumor vesical.

Se realizó RTU de tumoración de aspecto sólido situado sobre pared lateral derecha, junto a meato ureteral izquierdo de 1 cm de diámetro aproximado y con resultado en el estudio anatomo-patológico de carcinosarcoma heterólogo, con afectación de la muscular (estadio B de Jewett-Marshall). A pesar del diagnóstico anatomo-patológico de carcinoma urotelial infiltrante se desestimó la cistectomía radical por contraindicación de anestesia general por sus problemas respiratorios.

Cuatro meses después de esta primera resección transuretral, el paciente presentó nuevo episodio de hematuria, realizándose nuevas pruebas complementarias (ecografía, cistoscopia) (Fig. 2), que mostraron recidiva de tumor vesical de unos 3 cm de diámetro situado sobre pared lateral derecha-trígono de aspecto sólido, que se resecó nue-

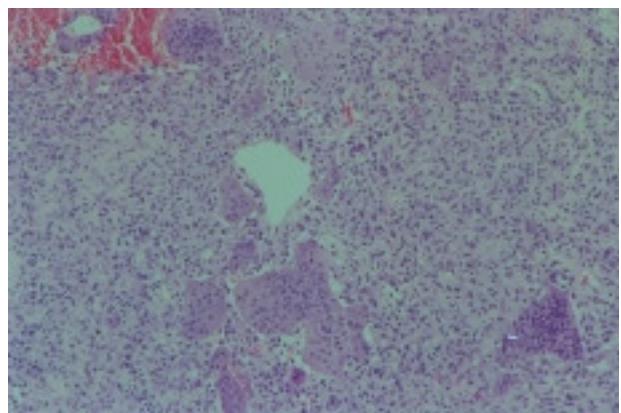


FIGURA 2. Carcinosarcoma con células gigantes tipo osteoclasto.

vamente con resultado en el estudio anatomo-patológico de tumor con diferenciación pseudosarcomatosa del estroma y células multinucleadas gigantes tipo osteoclasto con producción de material osteoide (Figs. 3, 4 y 5).

En el post-operatorio, el paciente presentó insuficiencia respiratoria grave que precisó maniobras de reanimación cardiopulmonar; la evolución posterior fue satisfactoria, siendo dado de alta tras quedar asintomático.

Dos meses después, ante nuevos episodios de hematuria importante con disuria y polaquiuria, precisando sondaje vesical por episodio de reducción aguda obstructiva del flujo urinario, fue necesario ingresar al paciente, y al no controlar la hematuria, intervenirlo con anestesia general pese a sus problemas respiratorios, realizándose cistoproctectomía radical y derivación urinaria no continente tipo Bricker.

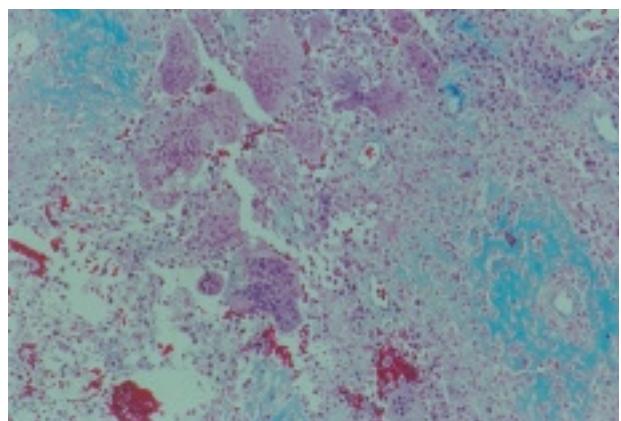


FIGURA 3. Tinción con tricrómico de Mason.

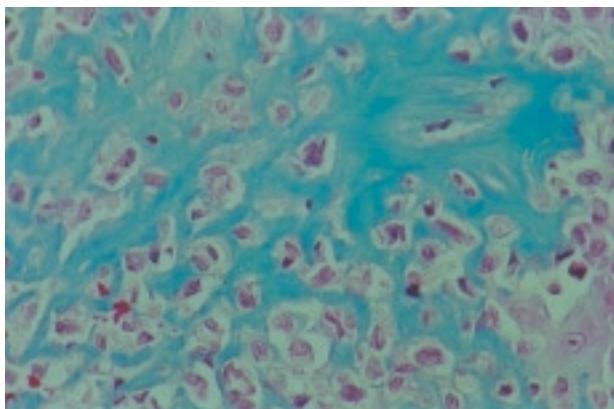


FIGURA 4. Detalle de material osteoide.

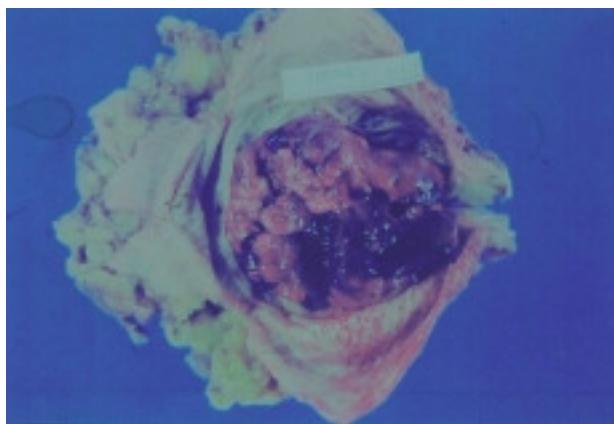


FIGURA 5. Pieza macroscópica de cistectomía radical.

Aunque la situación clínica posterior general fue buena, 14 días después de ser intervenido, presentó suboclusión intestinal, sepsis y fracaso multiorgánico, falleciendo finalmente.

COMENTARIO

Aproximadamente el 80% de los tumores vesicales malignos son *carcinomas de células transicionales*, pero hay un 15-20% que son *carcinomas no uroteliales* (epidermoide, adenocarcinoma, ade-noescamoso), *linfomas*, *mesenquimales* (leiomirosarcoma, sarcoma, etc.) o *metastásicos* (fundamentalmente de mama, estómago, intestino, páncreas, útero, riñón y próstata⁴.

Dentro de los carcinomas transicionales el 70% son papilares y el resto presentan fusión de papilas o masas sólidas, siendo más agresivos^{1,2}.

En el grupo de carcinomas transicionales no papilares podemos destacar los de *células fusiformes*, que se consideran mal diferenciados, a los que se llama también sarcomatoïdes y que presentan característicamente zonas de células elongadas entremezcladas con células gigantes. Tienen citoplasma eosinófilo y expresan positividad para citoqueratinas, ocasionalmente vimentina y negatividad para desmina.

Otro grupo dentro de los carcinomas uroteliales no papilares son los *carcinomas indiferenciados*, y otro grupo son los carcinomas con *diferenciación pseudosarcomatosa del estroma*. En estos últimos se induce un fenómeno reactivo, adquiriendo el estroma un aspecto pseudosarcomatoso y expresan positividad para vimentina y negatividad para citoqueratinas y desmina². Hay posibilidad de encontrar células tipo osteoclasto, llamándoseles en ocasiones osteoclastomas⁵, soliendo ocurrir en estos casos necrosis y hemorragia⁶. Se han publicado 19 casos de metaplasia ósea estromal, y también puede estar asociada a metaplasia condroide que se puede ver en las metástasis^{7,8}.

Así pues, dentro de los carcinomas con diferenciación pseudosarcomatosa del estroma que son extremadamente raros^{9,10} (sólo se había descrito 78 casos hasta 2001¹¹), también llamados carcinomas heterólogos, se encuentran los llamados carcinomas con células gigantes tipo osteoclasto, que se caracterizan por ser positivos para vinmentina y fosfatasa ácida^{12,13} y negativos para marcadores epiteliales.

REFERENCIAS

- OLSSON CA, WHITE RW.: Cancer of the bladder, en: *principles and management of urologic cancer*. Javadpour N, editor. *Editorial Williams and Wilkins* 1979: 337. Baltimore.
- ALGABA F, MORENO A, TRIAS I.: Uropatología tumoral. *Pulso Ediciones* 1996: 112-123.
- YOUNG RH, WICK MR.: Transitional cell carcinoma of the urinary bladder with pseudosarcomatous stroma. *Am J Clin Pathol* 1988; **89**: 216.
- EBLE JN, YOUNG RH.: Carcinoma of the urinary bladder: a review of its diverse morphology. *Semin Diagn Pathol* 1997 may; **14 (2)**: 98-108.
- BORG-GRECH A, MORRIS JA, EYDEN BP.: Malignant osteoclastoma-like giant cell tumor of the renal pelvis. *Histopathology* 1987; **11**: 415.
- MING WJ, BERSANI L, MANTOVANI A.: Tumor necrosis factor is chemotactic for monocytes and polymorphonuclear leukocytes. *J Immunol* 1987; **138**: 1469.

7. EBLE JN, YOUNG RH.: Stromal osseus metaplasia in carcinoma of the bladder. *J Urol* 1991; **145**: 823.
8. LAM KY.: Condroid and osseus metaplasia in carcinoma of the bladder. Report of two cases and review of the literature. *J Urol Pathol* 1995; **3**: 255.
9. PERRET L, CHAUBERT P, HESSLER D.: Primary heterologous carcinosarcoma (metaplastic carcinoma) of the urinary bladder: a clinicopathologic, immunohistochemical, and ultrastructural analysis of eight cases and review of the literature. *Cancer* 1998 apr. 15; **82 (8)**: 1535-1549.
10. IKEGAMI H, IWASAKI HY.: Sarcomatoid carcinoma of the urinary bladder: a clinicopathologic and immunohistochemical analysis of 14 patients. *Hum Pathol* 2000 mar; **31 (3)**: 332-340.
11. BASCHINSKY DY, CHEN JH, VADMAL MS.: Carcinosarcoma of the urinary bladder - an aggressive tumor with diverse histogenesis. A clinicopatho-logic study of 4 cases and review of the literature. *Arch Pathol Lab Med* 2000 aug; **124 (8)**: 1172-1178.
12. ZUCKERBERG LR, ARMIN AR, PISHARODI L, YOUNG RH.: Transitional cell carcinoma of the urinary bladder with osteoclast-type giant cells: a report of two cases and review of the literature. *Histopathology* 1990 nov; **17 (5)**: 407-411.
13. AMIR G, ROSENmann E.: Osteoclast-like giant cell tumour of the urinary bladder. *Histopathology* 1990 nov; **17 (5)**: 413-418.

Dr. F. García García
Urbanización la Basílica, Dúplex 21
30157 Algezares (Murcia)

(Trabajo recibido el 1 abril de 2002)