

Cáncer de células pequeñas primario de vejiga tratado mediante cistectomía parcial. Presentación de un caso

F. Rodríguez-Covarrubias, S. Trinidad-Hernández, N. Uribe-Uribe, M. Sotomayor de Zavaleta

Departamento de Urología* y Departamento de Patología**, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México.

Actas Urol Esp 2005; 29 (9): 899-901

RESUMEN

CARCINOMA DE CÉLULAS PEQUEÑAS PRIMARIO DE VEJIGA TRATADO MEDIANTE CISTECTOMÍA PARCIAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO

El carcinoma de células pequeñas de vejiga es una neoplasia poco común y sumamente agresiva. Aún no se ha definido el tratamiento ideal, sin embargo la cirugía preservadora de vejiga parece ser una opción viable en pacientes que no son candidatos a cirugía radical. Presentamos un caso de carcinoma vesical de células pequeñas tratado con cistectomía parcial.

Palabras clave: Cáncer. Células pequeñas. Vejiga.

ABSTRACT

PRIMARY SMALL CELL CARCINOMA OF THE BLADDER TREATED WITH PARTIAL CYSTECTOMY. CASE REPORT

Primary small cell carcinomas of the bladder are extremely rare tumors with an aggressive behavior. To date, no standard therapy has been proposed. There are some brief reports about the role of conservative surgery in patients not suitable for radical surgery. We report a case of a primary bladder small cell carcinoma treated with partial cystectomy.

Keywords: Carcinoma. Small cell. Bladder.

El carcinoma de células pequeñas primario de vejiga es una neoplasia extremadamente rara y con un comportamiento sumamente agresivo. Descrito inicialmente por Koss, se cree que constituye del 0,5 al 0,7% de los tumores vesicales primarios¹. En la actualidad, debido al número limitado de casos reportados, no existe un esquema de tratamiento establecido. Existen algunos breves reportes acerca del papel de la quimioterapia más cirugía conservadora, ya sea resección transuretral “radical” del tumor vesical o cistectomía parcial. Reportamos un caso de carcinoma de células pequeñas primario de vejiga tratado mediante cistectomía parcial.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente del sexo masculino de 52 años de edad que acudió a nuestro departamento por presentar hematuria macroscópica sin otro síntoma agregado durante aproximadamente 6 meses. El paciente contaba con una historia médi-

ca previa positiva para Lupus eritematoso sistémico (LES) desde hace aproximadamente 30 años. En la fase inicial de la enfermedad recibió tratamiento con Ciclofosfamida con duración y dosis desconocida por el paciente. Además padece fibrosis pulmonar secundaria al LES, para la cual requiere de oxígeno suplementario en forma permanente y broncodilatadores. A la exploración física no se encontró ninguna alteración relacionada con el padecimiento actual. Los exámenes de laboratorio, incluyendo química sanguínea, fueron normales. El examen general de orina confirmó la presencia de hematuria sin datos sugerentes de infección urinaria. El urocultivo fue negativo. La radiografía de tórax mostró datos compatibles con fibrosis pulmonar importante sin evidencia de lesiones metastásicas. En el ultrasonido abdominal se encontró un tumor sólido, irregular, dependiente del domo vesical de 9 x 7 cm. El estudio de Resonancia Magnética Nuclear (RMN) mostró una masa de 8,89 x 5,37 cm en el domo

vesical, engrosamiento de la pared vesical y linfadenopatía pélvica sin evidencia de invasión a estructuras vecinas (Fig. 1). La cistoscopia confirmó los hallazgos antes mencionados y las biopsias por vía transuretral revelaron un carcinoma poco diferenciado de vejiga.

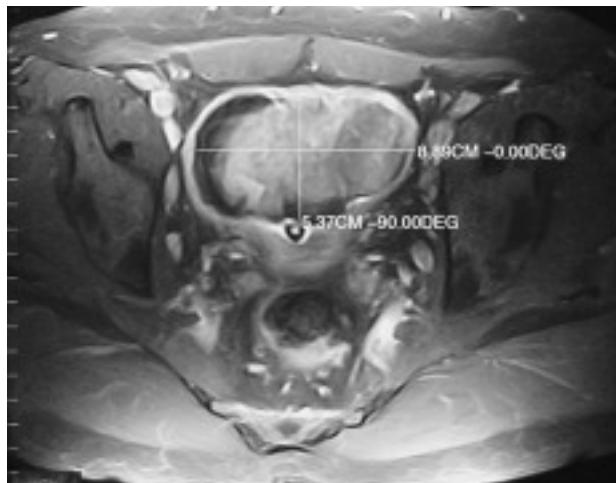


FIGURA 1

Debido al tamaño del tumor y a su aspecto invasivo, la opción inicial de tratamiento fue llevar a cabo cistectomía radical; sin embargo las condiciones generales del paciente y el problema pulmonar impidieron que se realizara este abordaje. Por lo tanto, el paciente fue tratado con cistectomía parcial y linfadenectomía pélvica (Fig. 2). El análisis histopatológico demostró un carcinoma de células pequeñas de vejiga de 8.5 x 6.9 x 5 cm con invasión a la capa muscular y márgenes quirúrgicos de resección negativos (Fig. 3). Un ganglio pélvico izquierdo se encontraba invadido por metástasis. El diagnóstico fue confirmado mediante inmunohistoquímica, la cual fue positiva para cromogranina y sinaptofisina (Fig. 4). La tinción para p53 también fue positiva.

Después de la cirugía, el paciente fue programado para recibir terapia adyuvante con gemcitabina y carboplatino; sin embargo, al recibir el primer ciclo, presentó datos intensos de toxicidad gastrointestinal (náusea y vómito) y hematológica (leucopenia), por lo que se suspendió la quimioterapia. La evolución fue buena, sin embargo 6 meses después de la cirugía presentó nuevo episodio de hematuria y fistula vésico-cutánea secundaria a recurrencia tumoral. Por tal motivo se inició tratamiento paliativo con derivación gastrointestinal por medio de ileostomía.

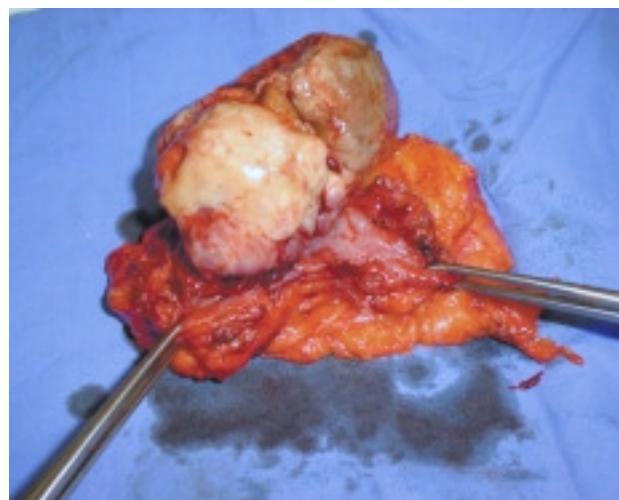


FIGURA 2

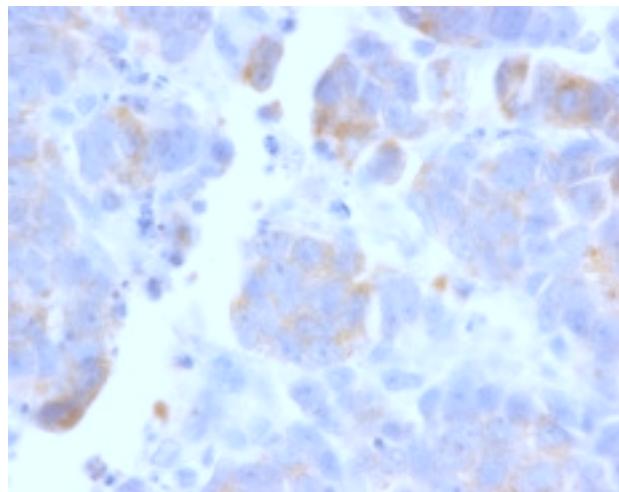


FIGURA 3

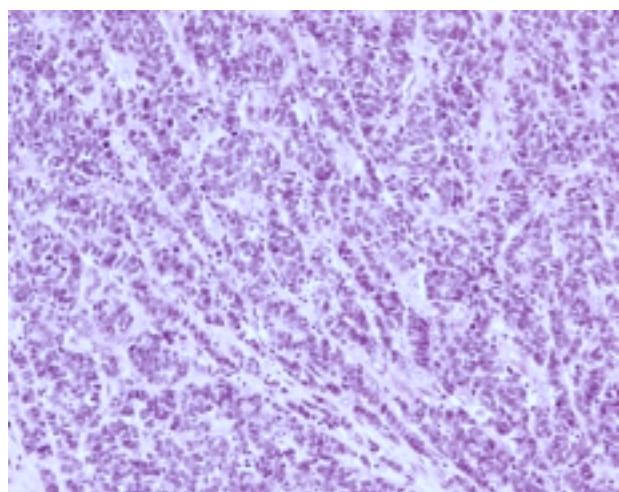


FIGURA 4

DISCUSIÓN

El carcinoma de células pequeñas de vejiga es una neoplasia poco común que comprende menos del 1% de todos los tumores vesicales^{1,6}. Este tipo de neoplasias se asocian con un comportamiento agresivo y rápido crecimiento. Existen 3 teorías acerca de su origen¹: 1) Células neuroendocrinas localizadas en la lámina basal de la superficie epitelial de la vejiga, 2) Metaplasia derivada de otras neoplasias y 3) Diferenciación a partir de una célula madre totipotencial. El patrón inmunohistoquímico de estos tumores incluye positividad para enolasa neuronal específica, cromogranina y sinaptofisina, éstos últimos con alta especificidad¹. El diagnóstico diferencial incluye carcinoma de células transicionales de alto grado y linfoma vesical.

Debido a la naturaleza agresiva de esta enfermedad, existen muy pocos supervivientes a largo plazo reportados en la literatura. A pesar de ello, es posible lograr respuesta con la administración de quimioterapia citotóxica, la cual es considerada por algunos autores, como la piedra angular del tratamiento¹. En este caso no fue posible llevar a cabo cistectomía radical debido al problema pulmonar. Sin embargo el tumor fue extirpado completamente y sólo un ganglio linfático se encontró con invasión metastásica. Después de la cirugía se administró un ciclo de quimioterapia a base de gencitabina y carboplatino; dicho esquema no fue tolerado por el paciente. Seis meses después del tratamiento inicial se detectó recurrencia neoplásica manifestada por hematuria macroscópica y el desarrollo de una fistula vésico-cutánea, por lo que se decidió llevar a cabo derivación gastrointestinal.

En la actualidad, la mejor sobrevida libre de enfermedad se ha logrado mediante cirugía radical y quimioterapia adyuvante⁷. En un estudio reciente, Siefket y colaboradores demostraron la efectividad de la quimioterapia neoadyuvante para lograr un adecuado control local de la enfermedad². Sin embargo, existen informes acerca del papel de la preservación vesical y terapia adyuvante. Herrera Puerto et al presentaron un caso de carcinoma de células pequeñas de vejiga tratado con resección transuretral “radical” del tumor vesical más quimioterapia y radioterapia sin evidencia de recurrencia después de 2 años³. Por otra parte, Oblon reportó una respuesta completa después de quimioterapia y radioterapia con preservación vesical, con una sobrevida de 4,5 años⁴. En nuestro caso,

se logró una respuesta parcial con duración de 6 meses, lo cual indica que el tratamiento inicial debe ser agresivo.

El tratamiento óptimo para el carcinoma de células pequeñas de vejiga no se ha definido con exactitud. Debido a que estos tumores parecen responder a la quimioterapia basada en cisplatino, probablemente los mejores resultados se obtengan con quimioterapia neoadyuvante más cistectomía radical^{2,5}. Parece que la radioterapia es menos efectiva en el tratamiento de este tipo de cáncer, sin embargo es probable lograr un control adecuado y paliación en pacientes con enfermedad avanzada. Sin duda, la preservación vesical más quimioterapia es una opción viable en pacientes que no son candidatos a cirugía radical.

REFERENCIAS

1. Sved P, Gomez P, Manoharan M, Civantos F, Soloway MS. Small cell carcinoma of the bladder. *BJU Int* 2004;Jul;94(1):12-17.
2. Siefker-Radtke AO, Dinney CP, Abrahams NA, Moran C, Shen Y, Pisters LL, Grossman HB, Swanson DA, Millikan RE. Evidence supporting preoperative chemotherapy for small cell carcinoma of the bladder: a retrospective review of the M. D. Anderson cancer experience. *J Urol* 2004;Aug;172(2):481-484.
3. Herrera Puerto J, Barragán Casas JM, Galán Velasco JJ, Hoyos Fitto C, Pierna Manzano J, Isusquiza Garro I. Carcinoma de células pequeñas Oat cell de vejiga. *Actas Urol Esp* 2002 Apr;26(4):290-292.
4. Oblon DJ, Parsons JT, Zander DS, Wajsman Z. Bladder preservation and durable complete remission of small cell carcinoma of the bladder with systemic chemotherapy and adjuvant radiation therapy. *Cancer* 1993 Apr;15;71(8):2581- 2584.
5. Cheng DL, Unger P, Forscher CA, Fine EM. Successful treatment of metastatic small cell carcinoma of the bladder with methotrexate, vinblastine, doxorubicin and cisplatin therapy. *J Urol* 1995 Feb; 153(2):417-419.
6. Muñoz Vélez D, García-Miralles Grávalos R, Amengual Antich I, Benejam Gual JM. Carcinoma vesical de células pequeñas. Aportación de un nuevo caso y revisión de la literatura. *Actas Urol Esp* 2002 Nov-Dec;26(10):811-815.
7. Cruz Guerra NA, Fradejas Rodríguez A, Zamora Martínez T, del Valle Manteca A, Tinajas Saldaña A, Tarroc Blanco A. Carcinoma vesical infiltrante de células pequeñas. Descripción de un nuevo caso tratado con cirugía radical más quimioterapia. *Arch Esp Urol*. 2004 Oct;57(8):854-6.

Dr. F. Rodríguez-Covarrubias
Departamento de Urología
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición
Salvador Zubirán
Vasco de Quiroga 15, Colonia Sección XVI
14000, Tlalpan, Ciudad de México, México
e-mail: ftrc5@yahoo.com.mx

(Trabajo recibido el 1 febrero de 2005)