

## CARCINOMATOSIS MENÍNGEA EN UN TUMOR VESICAL

A. LOIZAGA IRIARTE, J.M. ARCINIEGA GARCIA, R. INFANTE RIAÑO,  
V. ULLATE JAIME, E. GARCIA SASTRE, N. FLORES CORRAL

*Servicio de Urología. Hospital de Basurto. Bilbao.*

### **PALABRAS CLAVE:**

Neoplasma meníngeo. Carcinoma de células transicionales. Neoplasma de vejiga.

### **KEY WORDS:**

Meningeal neoplasms. Carcinoma, transitional cell. Bladder neoplasm.

Actas Urol Esp. 23: 873-875, 1999

### **RESUMEN**

Presentamos un extraño caso de un tumor vesical cuya primera manifestación metastásica tras dos años del diagnóstico fue una polineuropatía. Este paciente fue tratado durante un año mediante inmunoterapia con BCG por un carcinoma vesical superficial. Progresivamente aparecieron síntomas neurológicos centrales hasta su fallecimiento un mes más tarde. Una carcinomatosis meníngea fue identificada como la causa. No existían metástasis óseas, que es la vía más común hacia las leptomeninges. En base a nuestro caso, discutimos sobre las vías de acceso a las meninges.

### **ABSTRACT**

We report a strange case of a bladder whose first metastatic manifestation, after two years of the diagnosis, was a periferic polyneuropathia. This patient was treated with immunotherapy with BCG for superficial carcinoma of the bladder during one year. Gradually central neurological symptoms appeared and the patient died one month later. A meningeal carcinomatosis was identify as the cause. No bone metastases existed, which is the most frequent way of tumours extension towards leptomeninges. We argue about the way to arrive at meninges.

La carcinomatosis meníngea es una infrecuente forma de metástasis. Los focos primarios más frecuentes que pueden infiltrar las leptomeninges, son el cáncer de mama y el de pulmón. Hay otros tumores sistémicos publicados con esta localización metastásica: úvula, antro maxilar, esófago.

Centrándonos en los tumores urológicos, sólo han sido publicados carcinomatosis meníngea en una neoplasia renal<sup>1</sup>, en un tumor ureteral<sup>2</sup>, en dos tumores vesicales<sup>3,4</sup> y dos presumiblemente a partir de un cáncer de próstata<sup>5,6</sup>.

La forma de alcanzar las leptomeninges desde el foco primario ha sido discutida<sup>4,6</sup>. Se describen varias rutas, siendo la más frecuente a partir de las metástasis óseas adyacentes. Más recientemente, se comienza a especular sobre los efectos adversos de la quimioterapia como etiología de la afectación meníngea<sup>4</sup>.

### **CASO CLÍNICO**

Presentamos un paciente varón de 60 años, diagnosticado de tumor vesical en Mayo del 91. La anatomía patológica de la resección transuretral

fue carcinoma urotelial papilar pT<sub>1</sub> GII. Se instauró tratamiento endovesical con tres ampollas de BCG durante 6 dosis semanales, 6 quincenales para continuar mensuales hasta completar un año de tratamiento. En el año siguiente, fue necesario practicar en dos ocasiones resección transuretral por recidiva tumoral con anatomía patológica de pT<sub>1</sub>GI en ambos casos. Se comenzó entonces con quimioterapia endovesical con Mitomicina 30 mgr. a la semana durante 4 semanas. Tres meses más tarde el paciente acudió al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por un episodio de pérdida de fuerza, y disminución de la movilidad de la extremidad inferior derecha de 10 días de evolución que fue incrementándose progresivamente. El examen neurológico reveló polineuropatía periférica y lesión del tracto piramidal derecho.

La Resonancia Magnética de columna (Fig. 1) mostró múltiples depósitos en el espacio subaracnoideo compatible con carcinomatosis meníngea. La punción lumbar reveló en el examen del líquido cefalorraquídeo (LCR) un incremento de proteínas y linfocitos, y la citología del LCR (Fig. 2) mostró un carcinoma pobremente diferenciado compatible con carcinoma transicional de la vejiga. En un nuevo estudio ecográfico abdominopélvico se halló una nueva recidiva tumoral. La radiografía simple de tórax evidenciaba un infiltrado apical derecho que definió el TAC torácico (Fig. 3), como una masa menor de 2 cm y adenopatías supraclaviculares e hiliares. Todos estos hallazgos no habían aparecido dos meses antes.

**FIGURA 1. RMN de columna: Imágenes nodulares en espacio subaracnoideo compatibles con carcinomatosis meníngea.**

**FIGURA 2. Citología de líquido cefalorraquídeo: carcinoma pobremente diferenciado compatible con carcinoma de células transicionales.**

**FIGURA 3. TAC torácico: Masa parahiliar derecha que engloba bronquio y se extiende a menos de 2 cm de la carina.**

Broncoscopia y citología mostraron una neoplasia maligna en el lóbulo superior derecho compatibles con metástasis de un carcinoma transicional. Un TAC craneal (Fig. 4) demostró un infiltrado ependimario en los ventrículos III, IV, lateral y en la cisterna basal. No había metástasis óseas en cráneo ni en columna vertebral.

Comenzó entonces con quimioterapia sistémica con cisplatino, metotrexate y vinblastina. Tras dos días de tratamiento aparecieron síntomas de disfunción cerebral difusa, por lo que se retiró la quimioterapia. El paciente falleció tres días más tarde.

## DISCUSIÓN

Revisamos la literatura, únicamente hemos hallado 2 casos más de carcinoma urotelial de la vejiga con signos neurológicos de carcinomatosis meníngea, como primera manifestación metastásica.

vascular. Se facilita así el paso de células malignas a través de la barrera hematoencefálica. No se ha descrito este efecto con la quimioterapia endovesical.

La coincidencia de metástasis de pulmón con adenopatías hiliares apoya el hecho de que éste fuera el paso intermedio hacia las leptomeninges, en el caso clínico expuesto ya que no existían metástasis óseas y la quimioterapia sistémica se aplicó tras el diagnóstico de carcinomatosis meníngea.

## REFERENCIAS

1. MACK D, JAKSE G, FRICK J: Meningeal carcinomatosis in urothelial cancer. *Cancer* 1992; **28** (23): 614.
2. GONZALES-VITALE JC, GARCÍA BRUNEL R: Meningeal carcinomatosis. *Cancer* 1976; **37**: 2.906-2.911.
3. SANTAROSSA S, VACCHER E, BALESTRERIL, VOLPER, TIRELLIU: Solitary meningeal recurrence in a patient with transitional cell carcinoma of the bladder with locally bulky disease at presentation. *J Neurooncol* 1997 Nov; **35** (2): 141-143.
4. HASBINI A, CONINX P, BONET-GAUSSERAND F, BEGUINOT I, HIMBERLINC: Carcinomatous meningitis: rare complication of bladder cancer. *Rev Med Interne* 1997; **18** (5): 402-406.
5. RESKE-NIELSEN E: Carcinomatosis of the central nervous system presumably arisen from the prostate. *J Neuropathol* 1957; **16**: 1.405-1.406.
6. CHRISTOS P, KOKKORIS MD: Leptomeningeal carcinomatosis. How does cancer reach the Pia-Arachnoid?. *Cancer* 1983; **51**: 154-160.

**FIGURA 4. TAC craneal: Engrosamiento endimario con lesiones nodulares y fuerte captación.**

Dentro de las posibles vías hacia las leptomeninges las metástasis óseas son la ruta más frecuente. El caso presentado no tenía afectación ósea. Otras posibles rutas son: vía vascular, a través de los vasos meníngeos, desde un foco carcinomatoso, desde los espacios perineurales y perivascuales, o a través de los linfáticos. Se especula además sobre la afectación meníngea secundaria a tratamientos con quimioterapia sistémica. Esta produce un aumento de la permeabilidad

---

Dra. Loizaga Iriarte  
Servicio de Urología. Hospital de Basurto  
Av. Montevideo, 18  
48013 Bilbao (Vizcaya)

(Trabajo recibido el 5 Noviembre de 1998)