



ARTÍCULO BREVE

Evolución inusual de un carcinoma urotelial variante plasmocitoide



María Virginia Bürgesser^{a,*}, Patricia Calafat^a, Ana Diller^a y Sergio Metrebián^b

^a Departamento de Patología, Hospital Privado Centro Médico de Córdoba S.A., Córdoba, Argentina

^b Departamento de Urología, Hospital Privado Centro Médico de Córdoba S.A., Córdoba, Argentina

Recibido el 23 de febrero de 2014; aceptado el 20 de abril de 2014

Disponible en Internet el 2 de junio de 2014

PALABRAS CLAVE

Carcinoma urotelial;
Variante
plasmocitoide;
Vejiga;
Hematuria;
Taponamiento
cardíaco

KEYWORDS

Urothelial carcinoma;
Plasmacytoid variant;
Bladder;
Hematuria;
Cardiac tamponade

Resumen Se comunica el caso de un hombre de 63 años que acudió a la consulta debido a un episodio de hematuria, por lo que se realizó una resección vesical transuretral, con diagnóstico de carcinoma infiltrante. Se llevó a cabo una cistectomía radical. En la pieza se identificó un tumor ulcerovegetante en la base de la vejiga. La microscopia mostró una infiltración de células malignas de aspecto plasmocitoide, positivas para CK7 y negativas para CK20 y CD138. El diagnóstico fue de carcinoma urotelial plasmocitoide. Tres meses después el paciente reingresó por taponamiento cardíaco. El examen citológico del líquido pericárdico demostró células similares a las de su carcinoma primario. El paciente murió 6 meses después del diagnóstico. El carcinoma urotelial representa el 90% de los carcinomas vesicales. Teniendo en cuenta sus variantes histopatológicas la forma plasmocitoide es inusual. Sus signos y síntomas no se presentan hasta que la enfermedad ha progresado a una etapa avanzada, lo que conlleva un mal pronóstico y curso agresivo. La histología es característica: las células presentan aspecto plasmocitoide y son por lo general CK7 y CK20 positivas. Hasta un 94% pueden ser positivas para CD138. Los principales diagnósticos diferenciales son plasmocitoma y linfoma con diferenciación plasmocitoide. La afectación cardiovascular es infrecuente. El carcinoma urotelial plasmocitoide es una entidad histopatológica que es difícil de diagnosticar debido su baja frecuencia, requiere el diagnóstico diferencial con otras enfermedades y su comportamiento es agresivo y atípico. © 2014 SEAP y SEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Unusual evolution of a plasmacytoid urothelial carcinoma of the bladder

Abstract A 63 year old man presented with hematuria and underwent a transurethral resection of the bladder. A diagnosis of muscle invasive carcinoma was made and a radical cystectomy was performed. An ulcerating vegetative tumour was present in the base of the bladder. Microscopy revealed infiltration by atypical cells with plasmacytoid appearance and which were positive for CK7 and negative for CK20 and CD138. The final diagnosis was plasmacytoid urothelial

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: virburgesser@gmail.com, vir_burgesser@hotmail.com (M.V. Bürgesser).

carcinoma. Three months later the patient was readmitted with a cardiac tamponade. Cytology of the pericardial fluid revealed cells similar to those of the primary carcinoma. He died six months after initial diagnosis.

Urothelial carcinoma represents 90% of all bladder carcinomas and the plasmacytoid form is an unusual variant which only becomes clinically manifest when it reaches an advanced stage and behaves aggressively with a poor prognosis. It has a characteristic histology with cells with plasmacytoid appearance which are usually positive for CK7 and CK20. Up to 94% can be positive for CD138. The main differential diagnoses are plasmacytoma and plasmacytoid lymphoma. Cardiovascular involvement is unusual. Plasmacytoid urothelial carcinoma poses diagnostic problems due to its rarity. Careful differential diagnosis should be made. Its behavior is aggressive and atypical.

© 2014 SEAP y SEC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El carcinoma urotelial constituye el 90% de los carcinomas de vejiga. Dentro de sus variantes descritas la forma plasmocitoide es inusual, constituyendo alrededor del 1% del total. Esta variante puede ser un componente de un carcinoma urotelial clásico o puede encontrarse como único patrón neoplásico. Por esto, la importancia de su reconocimiento reside en su diagnóstico diferencial con enfermedades linfoproliferativas. Además, esta entidad se caracteriza por ser diagnosticada en un estadio avanzado, lo que conlleva un curso agresivo y mal pronóstico.

Se comunica el caso de un paciente de sexo masculino de 63 años de edad a quien se le realiza diagnóstico de carcinoma urotelial variante plasmocitoide en una pieza de cistectomía, quien posteriormente se presenta con un taponamiento cardíaco asociado a su enfermedad de base.

Los objetivos de este artículo breve se basan en la infrecuencia de esta variante, en la ausencia de asociación con un carcinoma urotelial clásico y en su evolución ominosa a causa del compromiso cardíaco por la neoplasia.

Reporte de caso

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 63 años, hipertenso, ex-fumador y diabético tipo 2 en insuficiencia renal crónica y hemodiálisis trisemanal.

Consultó por hematuria en otra institución y se realizó resección transuretral de vejiga (RTU-v) con diagnóstico de carcinoma urotelial de alto grado, pT2.

Concurrió a nuestra institución, donde se realizó cistectomía radical con derivación urinaria heterotópica tipo Bricker, nefrostomía izquierda y linfadenectomía ilíaca bilateral. No presentó complicaciones posquirúrgicas.

La pieza quirúrgica presentaba un tumor de aspecto ulcerovegetante en el piso vesical, de 30 × 20 mm, que se extendía hacia ambas paredes laterales.

La microscopia mostró una infiltración de la pared vesical por células de disposición discohesiva que infiltraban hasta la subserosa, siendo un estadio pT3. Las células tumorales eran medianas, de citoplasma ligeramente eosinófilo y núcleo excéntrico, ligeramente hipercrómico

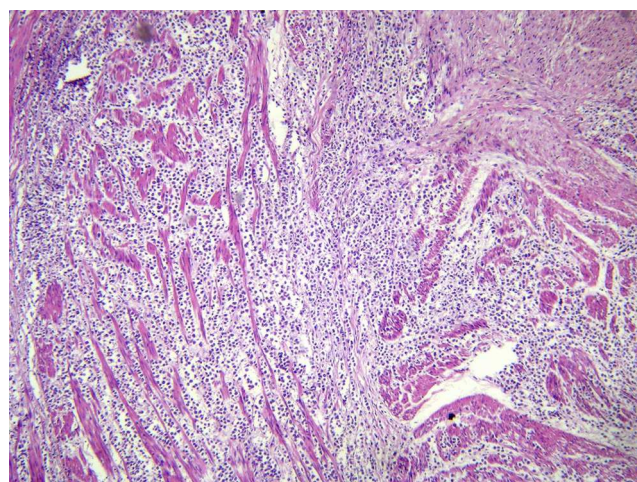


Figura 1 H/E × 4: pared vesical extensamente infiltrada por células neoplásicas en patrón discohesivo.

con cromatina vesicular (figs. 1 y 2). No se observaban células correspondientes a otras variantes de carcinoma urotelial.

Se realizó inmunomarcación resultando las células neoplásicas positivas para citoqueratina 7 (CK7) (fig. 3) y negativas para citoqueratina 20 (CK20) y CD138 (fig. 4). El diagnóstico fue el de carcinoma urotelial variante plasmocitoide.

Tres meses después del diagnóstico el paciente reingresó en nuestra institución por disnea, con diagnóstico de taponamiento cardíaco. Se realizó su drenaje y se envió material para estudio citológico, que mostró abundantes células de aspecto plasmocitoide sobre un fondo hemorrágico, resultando positivas para la marcación con CK7, siendo los hallazgos vinculables a su enfermedad de base (fig. 5).

El paciente fue derivado al servicio de oncología y recibió tratamiento con quimioterapia realizando 3 ciclos con gemcitabina. Falleció 6 meses después del diagnóstico.

Discusión

El carcinoma urotelial constituye la forma histológica más frecuente de carcinoma de vejiga. Se han descrito múltiples

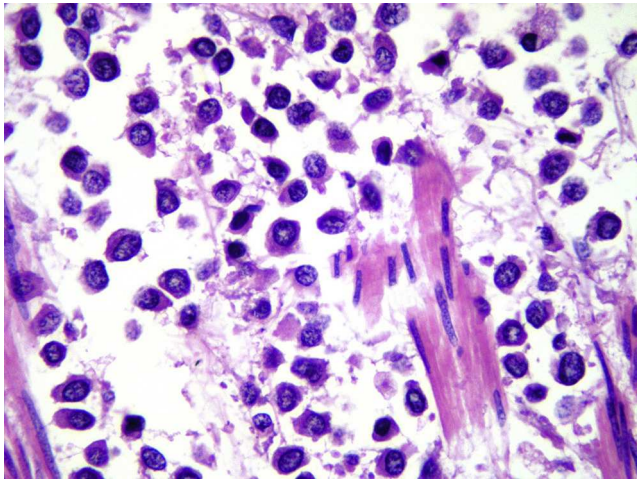


Figura 2 H/E $\times 40$: células neoplásicas de aspecto plasmocitoide dispuestas entre los haces de músculo liso.

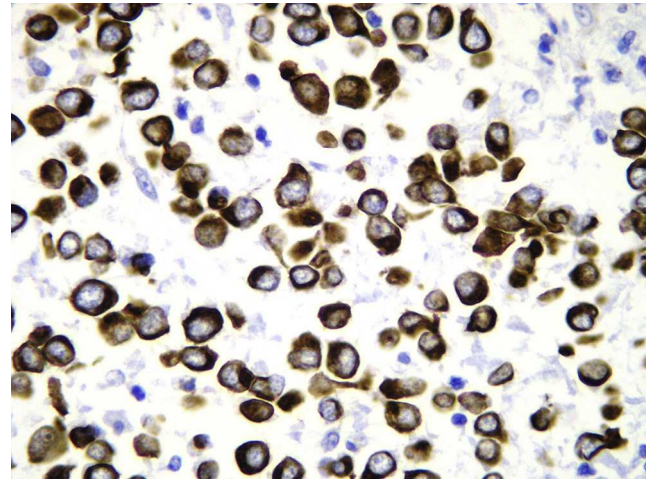


Figura 3 IHQ CK7 $\times 40$: células tumorales positivas con tinción membranosa.

variantes histopatológicas, entre ellas la variante plasmocitoide, inusual, que constituye el 1% del total de carcinomas uroteliales^{1,2}.

Los primeros casos fueron descritos en 1991 casi simultáneamente por Sahin y Zukerberg, y desde entonces se han reportado series pequeñas, no llegando a más de 50 casos publicados en la literatura mundial^{3,4}.

Los signos y síntomas de la enfermedad aparecen en estadios avanzados, lo que conlleva a mal pronóstico y curso agresivo, con recidiva de su enfermedad y desarrollo de metástasis. El promedio de supervivencia global en los casos reportados no superó los 24 meses. Según la literatura internacional suele ser más frecuente en hombres de mayor edad

de presentación que la edad de las formas clásicas o convencionales. La cistovideoscopia suele revelar induración de la mucosa o engrosamiento de las paredes vesicales, aunque puede observarse una lesión tumoral evidente^{2,5-7}.

La histología del tumor corresponde característicamente a una proliferación discohesiva e infiltrante de células de aspecto plasmocitoide. Esta variante puede presentarse acompañando a otros subtipos histológicos o corresponder a la totalidad de la proliferación celular. Nigwekar et al. estudiaron 27 casos de carcinoma plasmocitoide. El 76% correspondieron a un componente de carcinoma urotelial clásico, de alto grado. Todos los tumores eran invasivos⁸.

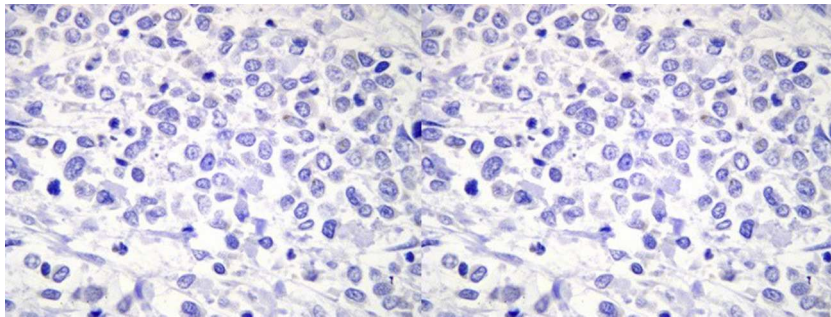


Figura 4 IHQ CK20/CD138: células tumorales negativas.

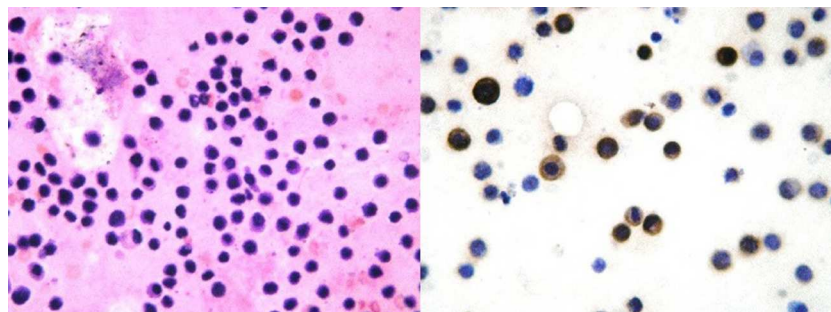


Figura 5 H/E e IHQ CK7 $\times 40$: extendido constituido por células tumorales de aspecto plasmocitoide, positivas para CK7.

Con respecto al uso de técnicas de inmunohistoquímica (IHQ) son necesarias para determinar la naturaleza epitelial de la neoplasia. Las células tumorales suelen ser positivas para CK7 y pueden expresar también CK20. El patrón arquitectural discohesivo estaría relacionado con la ausencia de expresión de cadherina E. Además es importante reconocer que hasta un 94% de estas células pueden ser positivas para CD138, un marcador de células plasmáticas, por lo que, si esto es así, debe agregarse inmunomarcación para cadenas livianas kappa y lambda. Los principales diagnósticos diferenciales son plasmocitoma y linfoma con diferenciación plasmocitoide, así como también los procesos inflamatorios^{2,6,7}.

El desarrollo de complicaciones cardíacas, como las que presentó el paciente en cuestión, es altamente infrecuente, evidenciando un curso agresivo, con metástasis cardíaca y desarrollo de derrame pericárdico con evolución a taponamiento cardíaco. Se han reportado complicaciones cardíacas tales como rotura ventricular y derrame pericárdico como manifestación inicial de un carcinoma urotelial de vejiga⁹⁻¹¹. Recientemente, Peck et al. reportaron un caso de un carcinoma urotelial plasmocitoide, metastásico en el ventrículo derecho, aunque la citología del líquido pericárdico no fue diagnóstica y el paciente debió someterse a una biopsia de la lesión para confirmar el diagnóstico¹².

Conclusiones

El carcinoma urotelial variante plasmocitoide es una entidad histopatológica que debe reconocerse debido a su baja frecuencia, a la necesidad de realizar diagnósticos diferenciales con otras enfermedades de tratamiento diferente y a causa de su comportamiento altamente agresivo, además de sus posibles manifestaciones inusuales.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. López-Beltran A, Sauter G, Gasser T. Infiltrating urothelial carcinoma. Chapter II. En: Eble JN, Sauter G, Epstein JI, editores. World Health Organization classification of tumours. Pathology and genetics of tumours of the urinary system and male genital organs. Lyon: IARC Press; 2004. p. 93-109.
2. Fritsche HM, Burger M, Denzinger S, Legal W, Goebell PJ, Hartmann A. Plasmacytoid urothelial carcinoma of the bladder: Histological and clinical features of 5 cases. *J Urol*. 2008;180:1923-7.
3. Sahin AA, Myhre M, Ro JY, Sheige N, Ayala AG. Plasmacytoid transitional cell carcinoma. Report of a case and review of the literature. *Acta Cytol*. 1991;35:277-80.
4. Zukerberg LR, Harris NL, Young RH. Carcinomas of the urinary bladder simulating malignant lymphoma. A report of five cases. *Am J Surg Pathol*. 1991;15:569-76.
5. Gaafar A, Garmendia M, de Miguel E, Velasco V, Ugalde A, Bilbao FJ, et al. Plasmacytoid urothelial carcinoma of the urinary bladder. A study of 7 cases. *Actas Urol Esp*. 2008;32:806-10.
6. Lopez-Beltran A, Requena MJ, Montironi R, Blanca A, Cheng L. Plasmacytoid urothelial carcinoma of the bladder. *Hum Pathol*. 2009;40:1023-8.
7. Ro JY, Shen SS, Lee HI, Hong EK, Lee YH, Cho NH, et al. Plasmacytoid transitional cell carcinoma of urinary bladder: A clinicopathologic study of 9 cases. *Am J Surg Pathol*. 2008;32:752-7.
8. Nigwekar P, Tamboli P, Amin MB, Osunkoya AO, Ben-Dor D, Amin MB. Plasmacytoid urothelial carcinoma: Detailed analysis of morphology with clinicopathologic correlation in 17 cases. *Am J Surg Pathol*. 2009;33:417-24.
9. Fabozzi SJ, Newton Jr JR, Moriarty RP, Schellhammer PF. Malignant pericardial effusion as initial solitary site of metastasis from transitional cell carcinoma of the bladder. *Urology*. 1995;45:320-2.
10. Lin WC, Telen MJ. Cardiac metastasis from a transitional cell carcinoma: A case report. *Med Oncol*. 2000;17:147-50.
11. Malde DJ, Gall Z, George N. Ventricular rupture secondary to cardiac metastasis of transitional cell carcinoma of the bladder. *Scand J Urol Nephrol*. 2006;40:170-1.
12. Peck JR, Hitchcock CL, Maguire S, Dickerson J, Bush C. Isolated cardiac metastasis from plasmacytoid urothelial carcinoma of the bladder. *Exp Hematol Oncol*. 2012;1:16.