

HOSPITAL MILITAR DE LUANDA
ANGOLA

Carcinoma epidermoide de vejiga: una forma inusual de presentación

Bladder squamous cell carcinoma: an unusual form of presentation

Jorge Luis Agüero Gómez (1), Pedro Julio Cepero Olivera (2).

RESUMEN

Se presenta el caso de un joven procedente de la provincia de Huambo en Angola, el cual es remitido al Hospital Militar de Luanda por presentar toma del estado general, palidez cutánea mucosa, pérdida de peso, astenia, anorexia y una tumoración exófica en hipogastrio de aproximadamente unos 10 centímetros de diámetro, de color blanco amarillenta e irregular, con zonas difusas de ulceraciones y salida de líquido claro y en ocasiones rojizo por la misma; a unos cinco centímetros a la izquierda de la línea media abdominal. Se toma muestra de la tumoración para estudio histopatológico y se obtiene como resultado un carcinoma epidermoide infiltrante de vejiga, Shistosomiasis vesical.

Palabras clave: CARCINOMA EPIDERMOIDE DE VEJIGA, SHISTOSOMIASIS VESICAL.

1. Especialista de 1er Grado en Urología. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Asistente.
2. Especialista de 1er Grado en Urología. Profesor Asistente.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de vejiga es el segundo más común del tracto urinario después del cáncer de la próstata, la mayor parte es de naturaleza epitelial (transicional); 90% es urotelial; el 6% de células escamosas; y el 2% adenocarcinomas. Los tumores vesicales atípicos son aquellos con morfología diferente al transicional y constituyen menos del 5% de los tumores malignos de la vejiga. Las variedades más frecuentes son: el carcinoma epidermoide, adenocarcinoma y sarcoma primario, son más frecuente en hombres que en mujeres en una proporción de 2 a 1 (1).

En el mundo entero la incidencia es más elevada en países industrializados a excepción del Japón y es más preponderante en las ciudades que en las zonas rurales; afecta lo mismo a la población de raza blanca que negra (1-2).

Los carcinomas epidermoides de vejiga son tumores poco frecuentes, pues suponen únicamente entre el 3-6% de los tumores vesicales; sin embargo su frecuencia sí es alta en zonas donde la infección por el *Schistosoma haematobium* (directamente relacionado con su génesis) es endémica; lo que sí es frecuente en zonas no endémicas es la presencia de áreas de diferenciación escamosa en el seno de un carcinoma transicional (3,5-10).

En cuanto a su etiología, además de la relación con la esquistosomiasis, aparecen otros factores implicados, generalmente agentes que provocan irritación vesical crónica (infecciones, sonda vesical permanente, litiasis, retención crónica de orina, etc.), sin olvidar el tabaco. En Egipto el 75-84% de casos están en relación con la infección por *Schistosoma haematobium* y en África el carcinoma epidermoide representa el 53% de todos los tumores vesicales (6-11).

Su histogénesis está todavía en discusión; la teoría más aceptada es la formación a partir de tumores uroteliales metaplásicos de larga evolución, se describe las mismas aberraciones cromosómicas que las presentes en los carcinomas transicionales; los que ponen en entredicho esta teoría alegan no apreciar en el tumor focos de epitelio transicional neoplásico (7).

A pesar de ser más frecuentes en varones respecto a mujeres, tienen menor proporción que los carcinomas transicionales y se presentan entre la sexta y séptima décadas de la vida. La hematuria y disuria aparecen como los principales síntomas de inicio, y la localización trigonal es la más frecuente, se presenta de gran tamaño en el momento del diagnóstico (tamaño

medio de 5cm de diámetro) (5,8,11); por ello es característica la enfermedad local, con extensión perivesical y estadios avanzados (8).

Estos pacientes pueden presentar obstrucción del tracto urinario superior y tumor palpable por tacto rectal digital; tanto la afectación linfática como las metástasis a distancia son poco frecuentes y de aparición tardía (1-3).

Histológicamente está formado por nidos de células malignas con grados variables de queratinización. La característica inmunohistoquímica que lo define es el patrón de citoqueratinas; en los tumores epidermoides predominan las citoqueratinas de alto peso molecular frente a las de bajo peso molecular en los carcinomas transicionales; por lo que se pueden diferenciar dos grupos, los tumores epidermoides puros y los tumores mixtos, presentan peor comportamiento clínico las formas puras (9).

El promedio de supervivencia de los pacientes con tumores epidermoides puros es de aproximadamente unos 12 meses y medios en los pacientes con tumores mixtos es de aproximadamente dos años y medio (1,3).

El tratamiento de elección es la cistectomía en cualquiera de sus variedades, acompañado de tratamientos cuayugantes como son la quimioterapia, la radioterapia y terapias complementarias(4-5,7,9-10).

PRESENTACION DEL CASO

Varón de 23 años de edad, militar, procedente de Guambo (Angola), el cual es remitido al Cuerpo de Guardia del Hospital Militar Principal Docente de Luanda por presentar toma del estado general, pérdida de peso, palidez cutáneomucosa, hematuria total y tumoración en hemiabdomen izquierdo.

Al examen físico se corrobora lo anteriormente expuesto y se constata la tumoración exofística de más o menos unos 10-12 centímetros de diámetro, friable, de color blanco – amarillenta, irregular y con zonas de ulceración, situada en hipogastrio a unos 5 cm de la línea media hacia la izquierda, se observó la salida de orinas hematóricas por el centro del tumor que al explorarlo evidenciaba que se trataba de un tumor de vejiga fistulizado a piel.

Exámenes complementarios:

Hemograma completo: 40g/l

Creatinina:182 mg/%

Glicemia: 4,2mol/l

VIH: Negativo (Test rápido) ; Micro Elisa : Negativa

TGP: 18 uds

Ecografía : Riñones de tamaño normal , buen parénquima, ureteropielocaliectasia bilateral moderada más acentuada del lado izquierdo, vejiga difícil de visualizar correctamente, ocupada en su totalidad por masa ecogénica, que impresiona continuar con el tumor existente en hipogastrio.

Rx de tórax: Aumento de la Trama Pulmonar Bilateralmente, no se aprecian otras alteraciones.

Estudio histopatológico del Tumor: Carcinoma Epidermoide de Vejiga, cistitis crónica con zonas de necrosis; Shistosomiasis Vesical.

Este paciente tiene una tórpida evolución desde el mismo día de su ingreso y cursa inevitablemente hacia el exitus letalis.

ABSTRACT

This work is about a young man that comes from Huambo (Angola) who is evacuated to the Military hospital of Luanda for presenting mucu-cutaneous paleness, loss of weight, asthenia, anorexia and an exophytic tumor in hypogastrium approximately 10 centimeters in diameter, of white– yellowish color and irregular with diffuse areas of ulcerations and opening clear liquid and sometimes reddish; to approximately five centimeters to the left of the abdominal halfway line; tumoration sample was taken for histopathologic studies giving as result an invasive bladder Squamous Cell Carcinoma . Vesical Shistosomiasis.

Key words: SQUAMOUS CELL CARCINOMA, VESICAL SHISTOSOMIASIS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabello Ponce de León SA, Rojas Días M, Sánchez Martínez HF, Hernández Chavolla JC, Graef A, Landeros JI, Pérez Durán C. Carcinoma epidermoide de vejiga: manifestación clínica atípica. *Rev Med Int Mex.* 2007; 23(4):355-58.
2. Aragón CM, Molina Polo LD, Galicia RS, Avalos H, Barrera GO. Carcinoma epidermoide de vejiga. Reporte de 2 casos en el Centro Médico ISSEMYM, Metepec, Estado de México. *Rev Mex Urol [Internet].* 2008 [citado 5 Nov 2013]; 68(1):60-63. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2008/ur081i.pdf>
3. Cabral Ribeiro J, Silva Lemos Sousa C, Pérez García Santos A. Carcinoma epidermoide en extrofia de vejiga. *Actas Urol Esp [Internet].* 2005 [citado 5 Nov 2013]; 29(1): 110-112. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210480605732095>
4. Rogers CG, Palapattu GS, Sharlats F. Clinical outcomes following radical cystectomy for primary nontransitional cell carcinoma of the bladder compared to transitional cell carcinoma of the bladder. *J Urol.* 2006; 175(6): 2048-53.
5. López Beltrán A, Cheng L. Histological variants of urothelial carcinoma: differential diagnosis and clinical implications. *Hum Pathol.* 2006; 37(11):1371-1388.
6. Khurana S, Dubey ML, Malla N. Association of parasitic infections and cancers. *Indian J Med Microbiol [Internet].* 2005 [citado 5 Nov 2013]; 23(2):74-79. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=02550857&AN=18078534&h=O1hs%2B6IgvvUgfUaqWNJkMyvZmBfwjZQ%2FQqFPNp40YRIk4qrRMPoQNbCgONR5s8aynoG7M2y2JhL1gLjLgd1%2BeQ%3D%3D&cr=c>
7. Keita AD, Sangho H, Sacko M, Diarra Z, Simaga SY, Traore I. Prevalence of schistosomiasis lesions detected by ultrasonography in children in Molodo, Mali. *Gastroenterol Clin Biol.* 2005; 29(6-7):652-625.
8. Chistulo L, Engels D, Montresor A, Savioli L The global status of schistosomiasis and its control. *Acta Trop.* 2000; 77(1):41-51.
9. Bichler KH, Savatovsky I, Naber KG, Bishop MC, Bjerklund TE. EAU guidelines for the management of urogenital schistosomiasis. *Eur Urol.* 2006; 49(6):998-1003.
10. Navarro Cabañas G, García Sánchez N, Rubio Rubio R, Izaguirre Zugazaga C, Clavel Parrilla A, Seral García C. Esquistosomiasis urogenital: un diagnóstico sencillo. *An Pediatr (Barc).* 2006; 64(3):290-291.
11. Zhai QJ, Black J, Ayala AG, Ro JY. Histologic variants of infiltrating urothelial carcinoma. *Arch Pathol Lab Med [Internet].* 2007 [citado 5 Nov 2013]; 131(8):1244-1256. Disponible en: [http://www.archivesofpathology.org/doi/full/10.1043/1543-2165\(2007\)131%5B1244:hvoiuc%5D2.0.co;2](http://www.archivesofpathology.org/doi/full/10.1043/1543-2165(2007)131%5B1244:hvoiuc%5D2.0.co;2)

ANEXO

