



Archivos Españoles de Urología

ISSN: 0004-0614

urologia@arch-espanoles-de-urologia.es

Editorial Iniestares S.A.

España

Torres Gómez, Francisco Javier; Rivera Hueto, Francisco Javier; Torres Olivera, Francisco Javier
CARCINOMA INDIFERENCIADO DE VEJIGA CON PATRÓN DE LINFOEPITELIOMA.
PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Archivos Españoles de Urología, vol. 60, núm. 2, 2007, pp. 192-195

Editorial Iniestares S.A.

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181013932013>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

testicular es limitada. El estudio histopatológico a menudo falla en resolver el origen del tumor, ya que es prácticamente imposible diferenciarlo del tumor de las células de Leydig sin la información clínica completa. Sin embargo, la presencia de cristales de Reinke y la existencia muy focal de lipofucsina son hallazgos más frecuentes en el tumor de células de Leydig, pero sólo aparecen en el 40% de los casos (1).

Los restos de tejido adrenal testicular se presentan con frecuencia como una masa palpable (2, 3). Ecográficamente se observan masas en ambos testículos localizadas en la región del mediastino testicular, siendo éstas hipoecógenas aunque también se han visto casos donde son hiperecógenas (3-5). La disminución del tumor en respuesta al tratamiento con glucocorticoides apoyaría el diagnóstico.

Los signos más característicos que aparecen en la RM testicular es que las masas aparecen isointensas respecto al músculo o levemente hiperintensas en las secuencias potenciadas en T1; hipointensas en las secuencias potenciadas en T2 y una moderada captación tras administrar gadolinio intravenoso (6).

Los hallazgos por imagen que apoyan el diagnóstico de restos de tejido adrenal testicular en ecografía y en RM son los siguientes: localización periférica, sobre todo en el área del mediastino testicular; ausencia de distorsión del contorno testicular; y la bilateralidad de las lesiones (7).

Cuando se sospechan restos de tejido adrenal testicular, se debe realizar el seguimiento del paciente por técnicas de imagen -ecografía ó RM testicular- para valorar cambios en el tamaño. Si el tamaño aumenta, el paciente debe ser tratado con glucocorticoides.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y ** lectura fundamental)

1. WILSON, B.E.; NETZLOFF, M.L.: "Primary testicular abnormalities causing precocious puberty cell tumor, Leydig cell hyperplasia and adrenal rest tumor". *Am Clin Lab Sci*, 13: 315, 1983.
- *2. RUTGERS, J.L.; YOUNG, R.H.; SCULLY, R.E.: "The testicular tumor of the adrenogenital syndrome: a report of six cases and review of the literature on testicular masses in patients with adrenocortical disorders". *Am J Surg Pathol*, 12: 503, 1988.
- *3. WILLI, U.; ATARES, M.; PRADER, A. y cols.: "Testicular adrenal-like tissue (TALT) in congenital adrenal hyperplasia: detection by ultrasonography". *Pediatr Radiol*, 21: 284, 1991.
- *4. AVILA, N.A.; PREMKUMAR, A.; SHAWKER, T.H. y cols.: "Testicular adrenal rest tissue in congenital adrenal hyperplasia: findings at gray-scale and color Doppler US". *Radiology*, 198: 99, 1996.
5. SEIDENWURM, D.; SMATHERS, R.L.; KAN, P. y cols.: "Intratesticular adrenal rests diagnosed by ultrasound". *Radiology*, 155: 479, 1985.
- **6. SCHNALL, M.: "Magnetic resonance imaging of the scrotum". *Semin Roetngenol* 28: 19, 1993.
- **7. AVILA, N.L.; PREMKUMAR, A.; MERKE, D.P.: "Testicular adrenal rest tissue in congenital adrenal hyperplasia: comparison of MR imaging and sonographic findings". *AJR*, 172: 1003, 1999.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 60, 2 (192-195), 2007

CARCINOMA INDIFERENCIADO DE VEJIGA CON PATRÓN DE LINFOEPITELIOMA. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Francisco Javier Torres Gómez, Francisco Javier Rivera Hueto y Francisco Javier Torres Olivera.

Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Resumen.- OBJETIVO: El carcinoma urotelial de alto grado con patrón de linfopitelioma es una neoplasia infrecuente a nivel vesical en la que no se ha logrado demostrar relación con la infección por el virus de Epstein-Barr.

MÉTODOS: Presentamos el caso de un paciente de edad avanzada que tras presentar episodios de hematuria recurrente fue diagnosticado de esta singular entidad.

RESULTADOS: Se trata de neoplasias con gran componente linfocitario, en ocasiones mayoritario, que pueden prestarse a confusión histológica con procesos inflamatorios como cistitis crónicas e incluso con linfomas.

Correspondencia

Francisco Javier Torres Gómez
Plaza de la Encarnación, 32 - P1 2B
41003 Sevilla. (España).
javiertorresgomez@yahoo.es

Trabajo recibido: 9 de junio 2006

CONCLUSIONES: Pese a su carácter infiltrante y a su alto grado citológico y arquitectural su pronóstico resulta ser mejor que el de los carcinomas uroteliales del mismo grado y estadio si bien ello sólo es aplicable a las formas puras y aquellas en las que el patrón de linfopitelioma es predominante.

Palabras clave: Carcinoma de vejiga. Linfopitelioma.

Summary.- *OBJECTIVE: High-grade lymphoepithelioma-like urothelial carcinoma is a rare neoplasia in the bladder, and its relationship with Epstein-Barr virus has not been demonstrated.*

METHODS: We report the case of an old male presenting with recurrent hematuria diagnosed of this tumor.

RESULTS: These are neoplasias with a great lymphocyte component, sometimes predominant, which may lead to histological confusion with inflammatory processes like chronic cystitis or even lymphomas.

CONCLUSIONS: Despite their infiltrative character and high cytological and architectural grade their prognosis is better than urothelial carcinomas of the same grade and stage, but this only applies for pure forms and those with predominant lymphoepithelioma-like pattern.

Keywords: Bladder carcinoma. Lymphoepithelioma.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma con patrón de linfopitelioma es una neoplasia del todo infrecuente a nivel vesical en la que no se ha podido establecer relación con la infección por el virus de Epstein-Barr. Su diagnóstico, histológico, presenta ciertas dificultades debido al intenso infiltrado linfocitario presente teniendo que recurrir en ocasiones a la asistencia de la inmunohistoquímica para la demostración del componente epitelial. Se trata de tumores que suelen ser diagnosticados en estadios avanzados (T2/T3) si bien su pronóstico es mejor que el de los carcinomas uroteliales en el mismo estadio aunque ello sólo es aplicable a los casos que muestran un patrón de linfopitelioma puro o predominante; de ahí la importancia clínica que el diagnóstico de esta entidad conlleva.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 71 años con antecedentes de cardiopatía isquémica tratada con angioplastia de ADA, fiebre tifoidea y hernia inguinal y apendicitis aguda intervenidas.

El paciente debutó clínicamente con hematuria de varias semanas de evolución y disuria. El sedimento urinario reveló hematuria franca, leucocituria y presencia de células atípicas. Ante tales hallazgos se realizó una cistoscopia la cual mostró un cuello vesical sangrante y un tumor polipoideo en cara interna de cuello vesical; en su porción derecha así como hipertrofia prostática; se realizó en consecuencia una RTU con la obtención de material para estudio anatomopatológico. El PSA se encontraba dentro de los límites normales.

El material recibido estaba constituido por múltiples fragmentos irregulares de tejido pardogrisáceo de consistencia blanda-elástica que ocupaban un volumen de 15cc. cuyo estudio microscópico demostró una neoplasia indiferenciada con un patrón arquitectural sincitial en el que múltiples nidos y cordones de células epiteloideas se encontraban unidos entre sí en un fondo fibroso ricamente poblado por linfocitos. Los nidos epiteliales estaban constituidos por células que exhibían gran pleomorfismo, anisocitosis, alto grado nuclear y evidentes nucleolos. En algunas áreas dichos nidos epiteliales se distinguían con dificultad debido al intenso infiltrado linfocitario presente. Con ayuda de estudios inmunohistoquímicos se demostró positividad de las células epiteliales para citoqueratinas (AE1/AE3) y EMA (antígeno epitelial de membrana) mientras que la población linfocitaria demostró positividad para CD3 (población predominante) o para CD20 (población minoritaria). La lesión penetraba en la pared vesical infiltrando la capa muscular propia como demostraban los nidos epiteliales entre las gruesas fibras musculares. Ante tales hallazgos se emitió el diagnóstico de carcinoma indiferenciado invasivo de vejiga con patrón de linfopitelioma (pT2, G3, L0). No se lograron demostrar los antígenos del VEB.

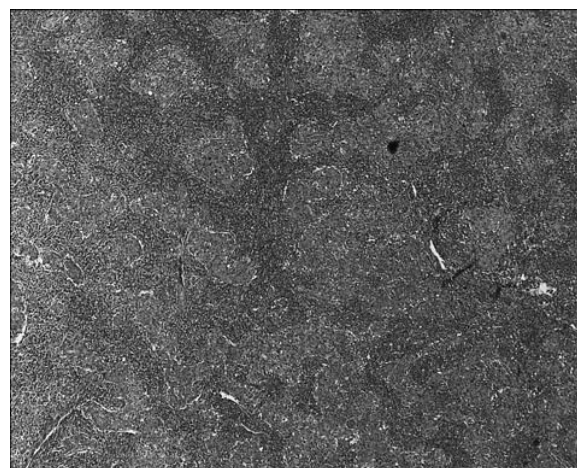


FIGURA 1. Linfopitelioma de vejiga: detalle a bajo aumento. 10 X.

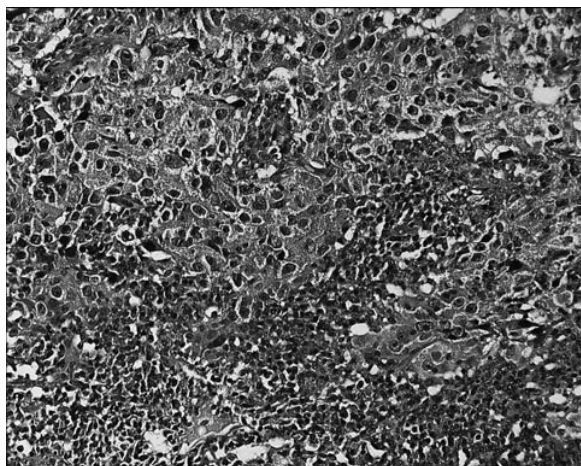


FIGURA 2. Linfoepitelioma de vejiga: detalle a gran aumento. 40 X.

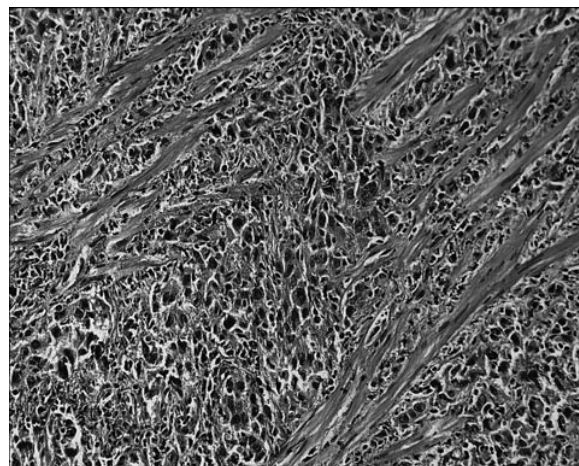


FIGURA 3. Linfoepitelioma de vejiga: infiltración de la muscular propia. 40 X.

El examen O.R.L. subsiguiente fue negativo. El paciente fue remitido al Servicio de Oncología, apreciándose en la PET una masa ganglionar en cadena iliaca derecha. Se iniciaron ciclos de radio y quimioterapia. La PET de control (un año después) objetivó una lesión extrínseca en tercio medio de uréter derecho. Se realizó laparotomía exploradora encontrándose una gran adenopatía que comprimía uréter, extirpándose. Se recibió una adenopatía de consistencia firme que medía 2,5 cm de dimensión máxima observándose en el estudio microscópico el borramiento casi total de la arquitectura ganglionar por la presencia de una lesión epitelial indiferenciada con unas características arquitecturales y citológicas similares a las descritas en la lesión vesical emitiéndose el diagnóstico de metástasis de carcinoma con patrón de linfoepitelioma (L1).

DISCUSIÓN

El linfoepitelioma es un tumor maligno de localización nasofaríngea preferente, caracterizado por células epiteliales indiferenciadas entremezcladas con un infiltrado linfoide maduro de variable densidad. El VEB ha sido propuesto como inductor principal de la neoplasia en esta localización. Tumores con similar histología han sido comunicados en localizaciones diversas no otorrinolaringológicas, entre ellas la vejiga urinaria; en todas ellas la expresión del VEB ha sido ocasional (estómago, pulmón, glándula salival y timo) y en nuestro caso, negativa (al igual que los casos referidos en la literatura con localización vesical) (6,7). El carcinoma con patrón de linfoepitelioma es una neoplasia infrecuente a nivel vesical constituyendo entre el 0,4 y el 1% de los carcinomas en esta localización, que muestra una predilección por el sexo masculino y que se diagnostica en pacientes con edad avanzada (en torno a la sexta-séptima década) (1,2). Su identificación tiene gran

importancia clínica, pronóstica y terapéutica. Se trata de una lesión cuya presentación clínica y radiológica es del todo inespecífica no pudiéndose realizar de este modo un diagnóstico diferencial con otras entidades; el diagnóstico definitivo es histológico al identificarse el patrón tan característico que define a estas neoplasias si bien habría que hacer una distinción entre aquellas lesiones con un patrón de linfoepitelioma "puro", predominante o mixto (en estas dos últimas categorías se incluyen los casos en que igualmente se puede observar un patrón de carcinoma urotelial clásico en sus distintos grados y en distintas proporciones). A nivel vesical el diagnóstico diferencial debe plantearse principalmente con un linfoma clásico, muy raros en esta localización, con la afectación secundaria vesical por un linfoma generalizado o con una cistitis crónica. La existencia de un denso filtrado linfoide en los carcinomas con patrón de linfoepitelioma en esta localización puede ocultar las células epiteliales o confundirlas con histiocitos, llevando a un diagnóstico erróneo de proceso inflamatorio. La determinación inmunohistoquímica del componente epitelial con tinciones para citoqueratinas y EMA, positivas en las células neoplásicas, resuelve esta situación (4,5,8).

El tratamiento está supeditado en parte a la presencia o no de un componente predominante de carcinoma urotelial de alto grado, casos que conllevan un peor pronóstico independientemente de la extensión de la lesión. En cambio, aquellos casos con un patrón puro de linfoepitelioma conllevan un mejor pronóstico, probablemente en relación con la importante respuesta inflamatoria de la que se acompañan. En estos últimos casos puede ser suficiente la realización de una resección transuretral acompañada de quimioterapia adyuvante en casos localizados no infiltrativos o bien la realización de una cistectomía radical en los casos agresivos e infiltrantes y en los casos con patrón mixto (4). El tratamiento con

BCG ha resultado eficaz en casos en los que se ha instaurado un tratamiento conservador tras el cual se ha observado recidiva endoscópica en los controles de seguimiento (3,5).

Como conclusión debemos destacar la importancia clínica que puede revestir la simple sospecha de esta entidad en aquellos casos que muestran un intenso infiltrado inflamatorio de la pared vesical, monomorfo o mixto siendo imperativo la realización incluso de tinciones inmunohistoquímicas que nos pudieran confirmar la presencia del componente epitelial, muchas veces oculto por el infiltrado linfoide o bien inadecuadamente mostrado o artefactado.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

1. GURESCI, S.; DONAGAY, L.; ALTANERS, S. y cols.: "Lymphoepithelioma-like carcinoma of the urinary bladder: a case report and discussion of differential diagnosis". *Int. Urol. Nephrol.*; 37: 65 2005.
2. ABASCAL JUNQUERA, J.M.; MARTOS CALVO, R.; SALVADOR LACAMBRA, C. y cols.: "Primary lymphoepithelioma-like carcinoma of urinary bladder". *Actas Urol. Esp. Apr.*; 419 2005.
- *3. IZQUIERDO-GARCIA, F.M.; GARCIA DIEZ, F.; FERNANDEZ, I. y cols.: "Lymphoepithelioma-like carcinoma of the bladder: three cases with clinicopathological and p53 protein expression study". *Virchows Arch.* 444: 420. 2004.
4. PORCARO, A.B.; GILIOLI, E.; MIGLORINI, F. y cols.: "Primary lymphoepithelioma-like carcinoma of the urinary bladder: report of one case with review and update of the literature after a pooled analysis of 43 patients". *Int. Urol. Nephrol.*; 35: 99. 2003.
- **5. LOPEZ BELTRAN, A.; LUQUE, R.J.; VICIOSO, L. y cols.: "Lymphoepithelioma-like carcinoma of the urinary bladder: a clinicopathologic study of 13 cases". *Virchows Arch.*; 438: 552. 2001.
6. GULLEY, M.L.; AMIN, M.B.; NICHOLLS, J.M. y cols.: "Epstein-Barr virus is detected in undifferentiated nasopharyngeal carcinoma but not in lymphoepithelioma-like carcinoma of the urinary bladder". *Hum Pathol.*; 26: 1207. 1995.
7. IEZZONI, J.C.; GAFFEY, M.J.; WEISS, L.M.: "The role of Epstein-Barr virus in lymphoepithelioma-like carcinomas". *Am. J. Clin. Pathol.*; 103:308. 1995.
- **8. AMIN, M.B.; RO, J.Y.; LEE, K.M. y cols.: "Lymphoepithelioma-like carcinoma of the urinary bladder". *Am. J. Surg. Pathol.*; 18: 466. 1994.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 60, 2 (195-198), 2007

LINFEDEMA ESCROTAL GIGANTE.

René Salas Cabrera y Francisco Moré Pérez.

Sección Uro-oncológica. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

Resumen.- **OBJETIVO:** *Presentar un paciente portador de linfedema genital gigante de larga evolución como consecuencia de una amputación parcial de pene con vaciamiento inguinal linfático bilateral hace 26 años.*

MÉTODO: *Paciente masculino de 58 años de edad, que acude a consulta por aumento de volumen de los genitales (pene y escrotos). Se realizan los estudios correspondientes y se decide intervenirlo quirúrgicamente.*

RESULTADOS: *Se realiza la extirpación total de ambas bolsas escrotales con todo su contenido y amputación total del segmento de pene, la uretra se anastomosa a la piel de la raíz de los escrotos. La evolución postquirúrgica fue satisfactoria.*

CONCLUSIONES: *El linfedema de los genitales es una enfermedad que conlleva graves trastornos desde el punto de vista estético como psicológico. En nuestro caso se demuestra como se puede reincorporar nuevamente a la sociedad este tipo de paciente.*

Correspondencia

René Salas Cabrera
Servicio Ur-Oncología
Hospital Vladimir Ilich Lenin
Holguín. (Cuba).
nicotina@crystal.hlg.sld.cu

Trabajo recibido: 14 de junio 2006