



ces, elementos mesenquimales malignos cartilaginosos u óseos (diferenciación heteróloga). El estudio inmunohistoquímico, expresión de vimentina y citoqueratinas, permite el diagnóstico diferencial con los sarcomas, carcinomas poco diferenciados y los llamados tumores de colisión, que consisten en dos neoplasias sincrónicas, epitelial y mesenquimal, con orígenes independientes que coinciden en su crecimiento. La identificación de componente epitelial y mesenquimal maligno permite realizar el diferencial con lesiones benignas como el pseudotumor inflamatorio o el nódulo fusocelular postoperatorio.

El carcinosarcoma de uréter es un tumor excepcional, solo existen 12 casos descritos en la literatura, siendo considerada como una neoplasia agresiva con mal pronóstico y una supervivencia menor al 30% a los cinco años, aunque el pronóstico mejora en los casos en estadio bajo, como el caso que presentamos que corresponde a un estadio I. El paciente fue intervenido, con extirpación radical de la lesión (uretecto-mía izquierda), no ha recibido tratamiento de quimioterapia ni radioterapia y permanece asintomático a los 24 meses de la intervención.

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

- **1. MURPHY, W.M.; GRIGNON, D.J.; PERLMAN, E.J.: "Tumors of the kidney, bladder and related urinary structures". Chapter 3. Tumors of the urinary bladder, pág. 285-87 AFIP, Washington, 2004.
- *2. DARKO, A.; DAS, K.; BHALLA, R.S. y cols.: "Carcinosarcoma of the ureter: Report of a case with unusual histology and review of the literature". Int. J. Urol., 13: 1528, 2006.
- 3. LEE, G.; RANKIN, A.; WILLIAMSON, M. y cols.: "Case report: Sarcomatoid carcinoma arising from the ureter: A rare case and a treatment dilemma". Int. Urol. Nephrol., 36: 153, 2004.
- 4. PERIMENIS, P.; ATHANASOPOULOS, A.; GERAGATHY, J. y cols.: "Carcinosarcoma of the ureter: A rare, pleomorphic, aggressive malignancy". Int. Urol. Nephrol., 35: 491, 2003.
- 5. NAGAYOSHI, J.; KAWAKAMI, T.; MARUYAMA, Y.: "Sarcomatoid carcinoma of the ureter: A case report". Int. J. Urol., 4: 618, 1997.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 60, 10 (1.215-1.218), 2007

METÁSTASIS CUTÁNEA SOLITARIA DE CARCINOMA VESICAL

Carlos Muller Arteaga, Sergio Martín Martín, Carlos de Castro Olmedo, Juan Ramón Torrecilla García-Ripoll y Ernesto Fernández del Busto.

Servicio de Urología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Resumen.- Las metástasis cutáneas del carcinoma urotelial de vejiga son muy raras, se relacionan con estadios avanzados de la enfermedad y tiene un pronóstico desfavorable con baja tasa de supervivencia. Se presenta un caso de metástasis cutánea posterior a manipulación urológica en un paciente con un carcinoma vesical infiltrante metastático a otros órganos y con desfavorable respuesta al tratamiento. Se discute el caso y se revisa la literatura.

Palabras clave: Metástasis cutánea. Cáncer de vejiga. Carcinoma de células transicionales.

Correspondencia | Carlos Müller Arteaga
Servicio de Urología
Hospital Clínico Universitario de Valladolid
Avda. Ramón y Cajal s/n
47005 Valladolid. (España).
urologo@hotmail.com

Trabajo recibido: 25 de marzo 2007.

Summary.- *Cutaneous metastases from urothelial carcinomas of the bladder are very rare. They are related to advanced stages of the disease and have poor prognosis with low survival rates. We report one case of cutaneous metastasis appearing after urological manipulation in a patient with bladder muscle invasive carcinoma, with other metastatic sites and poor response to treatment. The case is discussed and literature is reviewed.*

Keywords: *Cutaneous metastasis. Bladder cancer. Transitional cell carcinoma.*

INTRODUCCIÓN

Las metástasis cutáneas cuyo origen son los carcinomas de células transicionales son muy infrecuentes. Pocos casos se han descrito en la literatura. Representan una diseminación importante de la enfermedad, generalmente en casos muy avanzados, y se asocia un pronóstico muy desfavorable. El urólogo que realiza el seguimiento de los pacientes oncológicos debe conocer estas lesiones y coordinar el tratamiento de estos pacientes.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente varón de 79 años de edad, con antecedentes de prostatotomía derecha más uretrotomía endoscópica y hemilaringectomía izquierda. Ingresó procedente de Urgencias por hematuria, se realizan estudios complementarios (urografías –UIV– y cistoscopia) en los que se evidencia únicamente lesión de aspecto papilar, exofítico en cara lateral izquierda y fondo vesical. Se realiza resección transuretral (RTU) de dicha lesión con diagnóstico anatomopatológico (AP) de Carcinoma urotelial de alto grado sin infiltración de la muscular (T1G3), siendo incluido en el protocolo de ciclos de lavados vesicales con BCG. A los 6 meses reingresa por hematuria, presentando en UIV ureterohidronefrosis izquierda y defecto de repleción vesical y, en cistoscopia lesión de aspecto sólido en cara lateral izquierda por lo que se realiza RTU y meatotomía ureteral izquierda con diagnóstico AP de carcinoma urotelial de alto grado con infiltración muscular (T2G3). En controles sucesivos (UIV) presenta nuevamente ureterohidronefrosis izquierda con afilamiento brusco del uréter distal por lo que se realiza Punción renal percutánea (PPT) + pielografía descendente + Colocación de catéter doble J izquierdo; se deja colocada nefrostomía percutánea izquierda por sangrado para realizar lavados retirándose a los 5 días sin complicaciones (Figura 1). El catéter doble J se retira a los 3 meses y sin evidencia de recidiva de la enfermedad en mucosa vesical. El paciente fue enviado para recibir tratamiento paliativo con radioterapia externa; dicho tratamiento se suspende al detectar en Tomografía Computarizada (TC) la aparición de nódulos y micro-



FIGURA 1. Catéter doble J y sonda de nefrostomía.

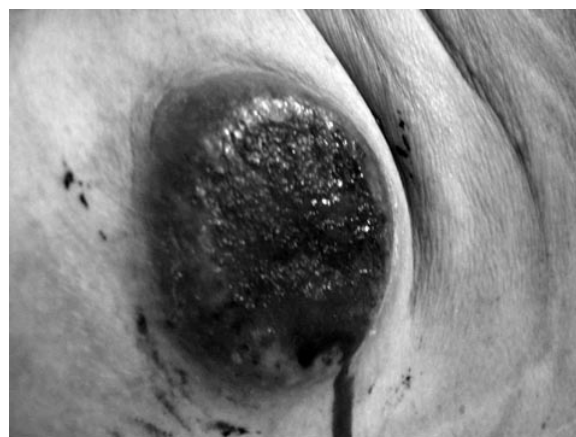
nódulos pulmonares, lesión subcapsular hepática de 1 cm. de diámetro, destrucción del cuerpo vertebral de L2 y adenopatías retroperitoneales todo ello compatible con metástasis. Además, se evidencia lesión cutánea en región lumbar izquierda (coincidiendo con la zona de la PPT realizada) de aproximadamente 6 cm. de diámetro, ulcerada, con fácil sangrado al roce, de superficie lisa, consistencia aumentada, no fluctuante, que invade tejido subcutáneo y cuya biopsia demuestra sustitución de dermis y epidermis por proliferación tumoral densa y sólida con múltiples nidos sólidos e irregulares separados por tejido conectivo y concluye infiltración de carcinoma de origen vesical (Figura 2 y 3). Posteriormente el paciente presenta deterioro progresivo y fallece con una sobrevida aproximada de 12 meses posterior al diagnóstico inicial y de 3 meses desde la aparición de la lesión cutánea.

DISCUSIÓN

La incidencia de metástasis cutáneas de todos los tipos de cáncer es de aproximadamente un 0.3 a 9%, estando relacionadas de forma más frecuente con el cáncer de mama (1-3).

Las metástasis cutáneas de los carcinomas de origen urotelial son manifestaciones poco comunes de esta enfermedad y su aparición denota muy mal pronóstico y se relaciona con una escasa supervivencia (1,2,4,5). La incidencia de éstas ha sido descrita entre el 1,1 y 8% (2,3,5,6), y entre 0.84 y 3.6% en forma específica para las dependientes de los tumores de vejiga (2,3). Pocos casos se han descrito en la literatura (5).

El carcinoma de células transicionales suele propagarse por infiltración directa o metastizar a ganglios pélvicos; la afectación visceral (hígado, pulmón y hueso) se pro-



FIGURAS 2 Y 3. Metástasis cutánea en región lumbar y detalle de la misma.

duce por vía sanguínea y es poco frecuente (3-6). Alrededor de un 20% de los cánceres superficiales de vejiga presentan algún tipo de diseminación (7).

Aunque generalmente se relacionan con el carcinoma vesical infiltrante, las metástasis también han sido descritas en los casos de neoplasias superficiales (3).

Las metástasis cutáneas pueden presentarse como zonas eritematosas, erupciones paponodulares, lesiones esclerodermiformes (3) o, como lesiones redondeadas, lisas, nodulares, ulceradas o necróticas (4), tal como en el caso descrito.

Los mecanismos descritos en el origen de las metástasis cutáneas son: por vía linfática para las que se encuentran en el trayecto de los ganglios y, por vía venosa para las que aparecen a distancia (3-6); además las producidas por la diseminación a través de la vía urinaria, por invasión directa, y la implantación directa por siembra generalmente iatrogénica durante cirugía o punciones (3,5,6,7), como en el caso que presentamos.

Diferentes localizaciones han sido descritas: región suprapúbica y cara interna del muslo (4), fosa ilíaca izquierda (1), escroto (6), tronco (7), espalda (2), e incluso hasta en el tórax (3) y cuello (5).

Suelen aparecer en fases avanzadas de la enfermedad (4), generalmente cuando ya existe afectación ganglionar y visceral; sin embargo, hay descripciones de casos en los que la única manifestación de enfermedad extravesical fue una metástasis cutánea (1).

El diagnóstico se realiza por biopsia de la lesión (3,4), bien de forma parcial (sólo para diagnóstico) o a través de su resección completa (como diagnóstico e inicio de tratamiento) (1).

En el diagnóstico diferencial deben considerarse las siguientes patologías: sarcoidosis, lepra (4), furúnculos,

quistes sebáceos (2), infecciones oportunistas y reacciones a drogas (3).

El tratamiento posterior consiste en quimioterapia sistémica, instilaciones de quimioterapia y/o radioterapia local, con alta tasa de fracasos (2-5).

En general, la sobrevida del cáncer de vejiga metastático es de alrededor de 13 a 14 meses con tratamiento quimioterápico. Los medicamentos más usados son el metotrexate, la doxorubicina, vinblastina o cisplatino con tasas de respuesta descritas de más del 50% con su uso combinado (1).

Como ya se ha descrito, en presencia de estas lesiones el pronóstico es malo y la supervivencia escasa, de menos de 12 meses (2,3) como en el caso que presentamos; sin embargo, se han descrito casos de regresión espontánea (8) y, hasta una sobrevida de 23 años posterior al tratamiento (1).

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

1. GOWARDHAN, B.; MATHERS, M.; FEGGETTER, J.: "Twenty-three years of disease free survival following cutaneous metastasis from a primary bladder transitional cell carcinoma". *Int. J. Urol.*, 11: 1031, 2004.
- *2. BLOCK, C.; DAHMOUSH, L.; KONETY, B.: "Cutaneous metastasis from transitional cell carcinoma of the bladder". *Urology*, 67: 846, 2006.
- **3. MUELLER, T.; WU, H.; GREENBERG, R. y cols.: "Cutaneous metastasis from genitourinary malignancies". *Urology*, 63: 1021, 2004.
4. HERRERA PUERTO, J.; HERRERA FLORES, J.; BARRAGAN CASAS, J.M. y cols.: "Metástasis cutánea de un carcinoma vesical de células transicionales". *Actas Urol. Esp.*, 26: 413, 2002.

- *5. ZWENZNER, E.M.; KAATZ, M.; ZIEMER, M.: "Skin metastasis of "nested type" of urothelial carcinoma of the urinary bladder". J. Cutan. Pathol., 33: 754, 2006.
6. SAITO, S.: "Solitary cutaneous metastasis of Superficial Bladder Cancer". Urol. Int., 61: 126, 1998.
7. AKMAN, Y.; CAM, K.; KAVAK, A. y cols.: "Extensive cutaneous metastasis of transitional cell carcinoma of the bladder". Int. J. Urol., 10: 103, 2003.
8. MANCEBO, J.M.; DE LA PEÑA, J.; HIDALGO, L. y cols.: "Regresión espontánea de metástasis cutáneas de carcinoma transicional de vejiga". Arch. Esp. Urol., 38: 497, 1985.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 60, 10 (1.218-1.220), 2007

IRRIGACIÓN INTRAVESICAL CONTINUA CON AMIKACINA COMO TRATAMIENTO ADYUVANTE EN LA CISTITIS ENFISEMATOSA

Jeff R. Cortés González, Gerardo E. Ortiz Lara, Jorge A. Arratia Maqueo y Lauro S. Gómez Guerra.

Servicio de Urología. Hospital Universitario Dr. José E. González. UANL. Monterrey. México.

Resumen.- OBJETIVO: Demostrar que la irrigación intravesical continua con amikacina es un tratamiento adyuvante eficaz en la terapia para la cistitis enfisematosa.

MÉTODOS: Se colocó en paciente con diagnóstico de cistitis enfisematosa una sonda transuretral de 3 vías y se inició irrigación vesical continua con Amikacina 500mg en 1L de solución fisiológica al 0.9% (500 microgramos por ml) cada 6 horas por 3 días consecutivos.

RESULTADOS: Después de 3 días de tratamiento la paciente evolucionó satisfactoriamente. Se tomó nuevo TAC con contraste intravenoso e intravesical y se evidenció ausencia de gas en la pared vesical así también se obtuvo urocultivo negativo.

CONCLUSIONES: El tratamiento adyuvante con amikacina con irrigación intravesical continua podría disminuir la estancia hospitalaria y mejorar rápidamente las condiciones generales del paciente así como negativizar los cultivos en un periodo menor de tiempo. Se necesita un estudio prospectivo y comparativo para valorar si esta modalidad aquí planteada produce un beneficio real comparado con la terapia convencional.

Palabras clave: Cistitis enfisematosa. Irrigación vesical. Infección Urinaria.

Summary.- OBJECTIVE: To demonstrate that continuous intravesical irrigation with amikacin is an effective adjuvant treatment in Emphsematous Cistitis therapy.

METHODS: A 3 way transurethral Foley catheter was placed and a continuous intravesical irrigation was initiated with amikacin 500mg in 1L of normal saline (500 micrograms per ml) within 6 hours 4 times a day and three consecutive days.

RESULTS: After 3 days of treatment the patient showed significant clinical response. A new CT scan showed the absence of gas in the bladder wall compared to the previus CT and negative urine culture was obtained.

CONCLUSIONS: We established that treatment using adjuvant continuous intravesical irrigation with amikacin can reduce hospital stay and accelerate the patient's healing process, as well as an earlier negativisation of urine cultures. A comparative prospective study is needed to evaluate if in fact this treatment variant produces a real benefit compared to conventional therapy.

Keywords: Emphysematous cystitis. Intravesical irrigation. Urinary tract infection. Amikacin.

INTRODUCCIÓN

La cistitis enfisematosa es una infección poco común pero severa de la vía urinaria (1,2): Es una infección que se presenta casi exclusivamente en pacientes diabéticos y esta caracterizada por acumulación de vesículas con gas en la pared vesical (1-5). El cuadro clínico se