

INFORME DE CASO

Carcinoma urotelial sarcomatoide

MSc. Dr. Orelvys González Otaño¹

MSc. Dra. Esther Gilda González Carmona²

Dr. Oscar Bonilla Oliva³

RESUMEN

Los carcinomas sarcomatoides que se originan en la pelvis renal son neoplasias infrecuentes; todos los casos previamente publicados han sido casos aislados y se caracterizan por su mal pronóstico. Se presenta el caso de una paciente de 60 años de edad y se describen los aspectos clínicos, radiológicos e histopatológicos. En la literatura médica en lengua inglesa se han descrito en los últimos cincuenta años aproximadamente 127 casos de carcinosarcomas localizados en el aparato urogenital, teniendo en cuenta que solo nueve se originaron en la pelvis se comprende la importancia de este caso.

DeCS:

SARCOMA

PELVIS RENAL

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

UROLOGICOS

SUMMARY

Sarcomatoides carcinomas that originate in the renal pelvis are uncommon neoplasms. All previously published cases have been isolated cases and were characterized by poor prognosis. The case of a 60 year-old patient is reported and the clinical, radiological and histological aspects are described. In the medical literature in English, some 127 cases of carcinosarcoma located in the urogenital tract have been described in the last fifty years; considering that only nine originated in the pelvis, it is possible to understand the importance of this case.

MeSH:

SARCOMA

KIDNEY PELVIS

UROLOGIC SURGICAL PROCEDURES

El carcinosarcoma es una neoplasia que representa menos del 0,5% de los tumores uroteliales;¹ la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como un tumor compuesto por elementos epiteliales y mesenquimatosos íntimamente adheridos.² Su etiología, su histogénesis, su tratamiento y su pronóstico son inciertos;³ aparecen más frecuentemente en varones, con una edad media de 66 años;⁴ entre sus causas se han implicado el tabaquismo, la exposición previa a radiaciones o a ciclos largos de ciclofosfamida⁵ y, desde un punto de vista patológico, suelen ser tumores de gran tamaño, con áreas de necrosis.

El componente epitelial se forma normalmente del carcinoma de células transicionales de alto grado, del carcinoma escamoso y del adenocarcinoma o de una combinación de todos hasta en un 33%; la presencia de un componente epitelial neuroendocrino de células grandes es un hallazgo excepcional. El

componente sarcomatoso suele ser el fibrosarcoma, el leiomioma o el sarcoma indiferenciado.⁶ Algunos autores creen que estos tumores se desarrollan por la capacidad de las células neoplásicas para seguir distintas vías de diferenciación hacia tejidos epiteliales o mesenquimales,⁷ otros creen que las líneas celulares tienen un origen distinto y se trata de dos tumores malignos independientes que se invaden entre sí (colisión tumoral);⁸ de las distintas opiniones surge la confusión terminológica. La OMS define el carcinoma sarcomatoide como tumor maligno con evidencia morfológica e inmunohistoquímica de diferenciación epitelial y mesenquimal (o ambas) y específica en el diagnóstico la presencia o la ausencia de elementos heterólogos.⁹ Varios autores consideran que el carcinosarcoma y el carcinoma sarcomatoide son enfermedades diferentes y reservan el primer término para los casos en que existan elementos mesenquimales heterólogos, otros argumentan que los detalles histológicos diferenciales no tienen significado clínico, por lo que agrupan todos estos tumores en una misma enfermedad llamada "carcinoma sarcomatoide"; esta es la tendencia actual que se refleja en la clasificación de la OMS.¹⁰ La nefroureterectomía radical, cuando es posible, parece ser el tratamiento de elección, aunque muchos pacientes desarrollan posteriormente recidivas locales o metástasis a distancia; la radioterapia y la quimioterapia adyuvante se han utilizado con distinto éxito.⁴ En cuanto al pronóstico, es infausto en la mayoría de las ocasiones, con una supervivencia a los cinco años del 20%; el factor pronóstico más influyente es el estadio.² En resumen, el carcinosarcoma es un tumor agresivo, de histología compleja y mal pronóstico; el escaso número de casos publicados hace difícil establecer un tratamiento estandarizado del mismo.

PRESENTACIÓN DE LA PACIENTE

Paciente femenina, de la raza negra, de 60 años de edad, de procedencia urbana y antecedentes de salud anterior que refirió sentir decaimiento y decidió asistir a su Área de Salud, en la que le indicaron unos exámenes de rutina: hemoglobina, eritrosedimentación, leucograma, glicemia, creatinina y parcial de orina; todos proporcionaron resultados normales. Además se le indicó un ultrasonido abdominal que refirió una imagen nodular hiperecogénica de 3x2cm a nivel de la porción media del riñón derecho (figura 1).

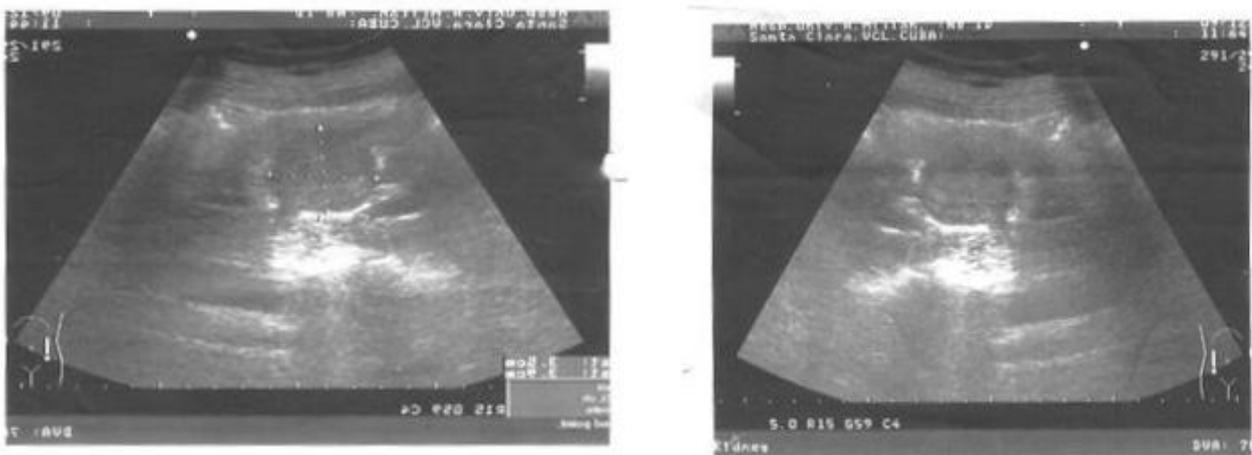


Figura 1. Ultrasonido: imagen nodular hiperecogénica de 3x2cm a nivel de la porción media del riñón derecho

Fue remitida al Servicio de Urología y se decidió realizar una tomografía axial computadorizada (TAC) abdominal que demostró la presencia de una imagen tumoral hiperdensa de 42x48mm que rechazaba el sistema escretor y que existía una necrosis tumoral (figuras 2, 3 y 4); se realizó un rayos x (Rx) de tórax como parte del estadiamiento y se decidió realizar tratamiento quirúrgico con el diagnóstico de tumor renal derecho. Se realizó una nefrectomía radical por incisión toracolumbar sin ninguna dificultad; el postoperatorio transcurrió muy bien y fue egresada al quinto día del tratamiento. El resultado emitido por el Departamento de Anatomía Patológica a los diez días fue: nefrectomía derecha que mostraba carcinoma urotelial sarcomatoide de 4,5x4x2,5cm que rebasaba la pelvis renal e infiltraba el parénquima renal sin sobrepasar su cápsula y de marcado pleomorfismo. Grado nuclear elevado,^{3,4} al igual que el índice mitótico, necrosis tumoral menor del 10%. Conclusiones: carcinoma urotelial sarcomatoide pT3,Nx,Mx. Debido a este resultado se decidió ingresarla nuevamente y se le realizó una ureterectomía con cistectomía perimeatal; evolucionó bien, con un postoperatorio de cinco días. Se le retiró la sonda vesical en consulta a los quince días (18 meses después de la primera operación); el resultado de Anatomía Patológica fue negativo. Se envió al Servicio de Oncología del Hospital "Celestino Hernández Robau" para continuar el tratamiento oncológico, específicamente con cisplatino; actualmente continúa bajo seguimiento y vigilancia sin demostrar síntomas clínicos, con la hemoquímica negativa y los ultrasonidos, la TAC abdominal, los Rx de tórax y las cistoscopías negativas.



Figuras 2, 3 y 4. TAC: imagen tumoral hiperdensa de 42x48mm que rechaza el sistema escretor, necrosis tumoral

COMENTARIO FINAL

Los carcinomas sarcomatoides (CS) son tumores que se presentan a partir de los sesenta años, el mayor número de casos se observa en la séptima década de la vida, no hay preferencia por un sexo ni por una localización y no se ha descrito ningún caso de bilateralidad; sí hay un caso en el que el CS de pelvis se acompañó simultáneamente de la misma estirpe tumoral en el uréter y la vejiga. La manifestación clínica más frecuente es la hematuria indolora seguida del dolor en el flanco; más raramente se observan una masa palpable y síntomas constitucionales (astenia, anorexia, etc). El tratamiento a realizar siempre debe ser agresivo si la edad y las condiciones generales del paciente lo permiten; se basa en la operación radical, fundamentalmente la nefroureterectomía y, menos frecuentemente, la nefrectomía radical. La radioterapia y la quimioterapia (o ambas) se usan generalmente según el estadio de cada caso; en los tratados urológicos¹⁰ se indica que los CS son tumores resistentes a estas modalidades terapéuticas; sin embargo, en las últimas publicaciones en las que se aborda este problema se indica la necesidad de un tratamiento adyuvante con quimioterapia.

El pronóstico de estos tumores es desalentador, la mayoría de los pacientes fallece en los dos años que siguen a la intervención quirúrgica por enfermedad diseminada, generalmente metástasis hepáticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arguelles Salido E, Travado Soria P, Pérez Espejo MP, Rodríguez Corchero J, Medina López RA, Pena Outeirino JM. Carcinosarcoma vesical: Análisis de nuestra serie y revisión de la literatura. *Actas Urol Esp.* 2004;28:262-8.
2. Wick MR, Swanson PE. Carcinosarcomas: current perspectives and an historical review of nosological concepts. *Semin Diagn Pathol.* 1993;10:118-27.
3. Lopez-Beltran A, Pacelli A, Rothenberg HJ, Wollan PC, Zincke H, Blute ML, et al. Carcinosarcoma and sarcomatoid carcinoma of the bladder: clinicopathological study of 41 cases. *J Urol.* 1998;159:1497-503.
4. Baschinsky DY, Chen JH, Vadmal MS, Lucas JG, Bahnson RR, Niemann TH. Carcinosarcoma of the urinary bladder--an aggressive tumor with diverse histogenesis. A clinicopathologic study of 4 cases and review of the literature. *Arch Pathol Lab Med.* 2000;124:1172-8.
5. Perret L, Chaubert P, Hessler D, Guillou L. Primary heterologous carcinosarcoma (metaplastic carcinoma) of the urinary bladder: a clinicopathologic, immunohistochemical, and ultrastructural analysis of eight cases and a review of the literature. *Cancer.* 1998;82:1535-49.
6. Li Y, Outman JE, Mathur SC. Carcinosarcoma with a large cell neuroendocrine epithelial component: first report of an unusual biphasic tumour of the urinary bladder. *J Clin Pathol.* 2004;57:318-20.
7. Torenbeek R, Blomjous CE, de Bruin PC, Newling DW, Meijer CJ. Sarcomatoid carcinoma of the urinary bladder. Clinico-pathologic analysis of 18 cases with immunohistochemical and electron microscopic findings. *Am J Surg Pathol.* 1994;18:241-9.
8. Thompson L, Chang B, Barsky SH. Monoclonal origins of malignant mixed tumors (carcinosarcomas). Evidence for a divergent histogenesis. *Am J Surg Pathol.* 1996;20:277-85.
9. López Beltrán A, Sauter G, Gasser T, Hartmann A, Schmitz-Dräger H. Infiltrating urothelial carcinoma; WHO classification of noninvasive papillary urothelial tumors. World Health Organization classification of tumors. En: Eble JN, Epstein JI, Sesterhenn I, editors. *Pathology and genetics of tumors of the urinary system and male genital organs.* Lyon: IARCC; 2004. p. 110
10. Picazo ML, Regojo RM, González-Peramato P. Variantes histológicas del carcinoma urotelial con implicaciones diagnósticas, pronósticas y terapéuticas. *Actas Urol Esp.* 2007;31:989-1001.

DE LOS AUTORES

1. Máster en Longevidad Satisfactoria. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I grado en Urología. Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara.
2. Máster en Longevidad Satisfactoria. Especialista de I Grado en Urología. Profesora Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Urología. Profesor Instructor de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara.