

Caso clínico

Síntoma frecuente, hallazgo inesperado

Antonio Gómez García, María Elena Linares Rojas, Irene Gumiel Parrilla, María Orozco Jiménez, Manuel Antonio Alonso Pérez

Centro de Salud Los Pintores. Parla (Madrid)

Mujer 49 años de edad, exfumadora y con antecedente de síndrome coronario agudo con elevación de ST hace 3 años.

Acude a la consulta por presentar dolor hipogástrico de un mes de evolución, junto con disuria y polaquiuria desde hace 24 horas. No ha presentado fiebre.

En la exploración física presenta dolor con la palpación profunda en el hipogastrio; el resto de la exploración física es normal.

Se realiza un combur test: leucocitos (+), nitritos (+) y hemafes (++)

Ante la sospecha de infección no complicada del tracto urinario, se solicita urocultivo y se inicia tratamiento con fosfomicina oral (3 g) y paracetamol.

Al cabo de una semana la paciente acude nuevamente a consulta por persistencia de la clínica, a pesar del tratamiento antibiótico.

El urocultivo fue negativo y en esta ocasión presenta además hematuria macroscópica, por lo que se le realiza una exploración ecográfica abdominal.

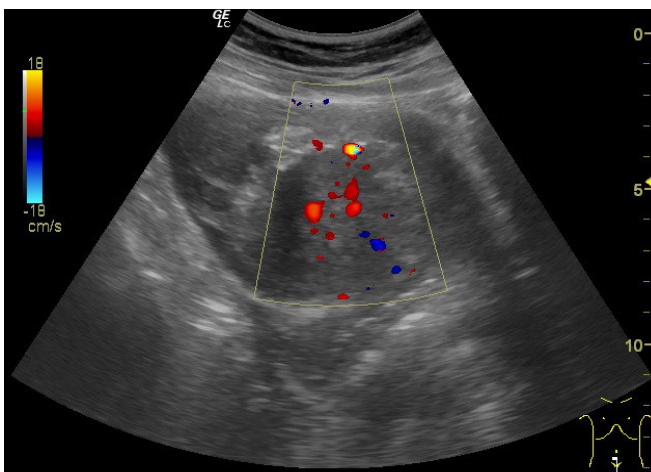


Imagen 1.

En ella se observa una masa sólida, hiperecoica, intravesical, de aspecto heterogéneo, de aproximadamente 4 x 5 cm, con captación doppler e imágenes de densidad

calcio en su interior, sospechosa de malignidad (imágenes 1 y 2); además, presenta una ureterohidronefrosis derecha (pelvis renal de 3,5 cm) originada por la masa intravesical (imagen 3). El resto de la exploración ecográfica (incluyendo riñón izquierdo, bazo, páncreas, hígado, vesícula biliar y vías intra y extrahepática es normal.

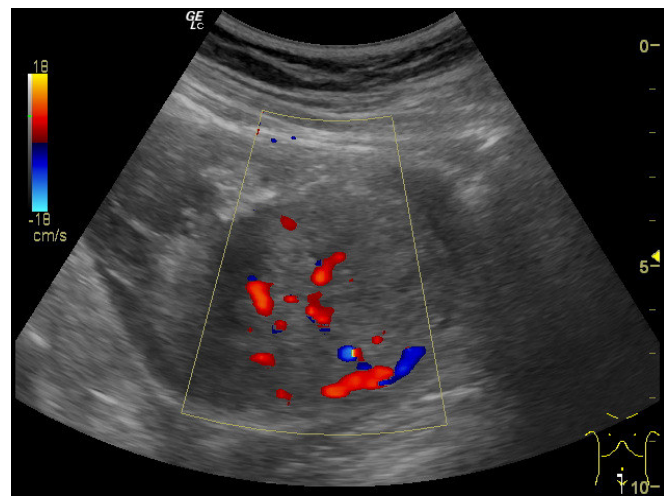


Imagen 2.

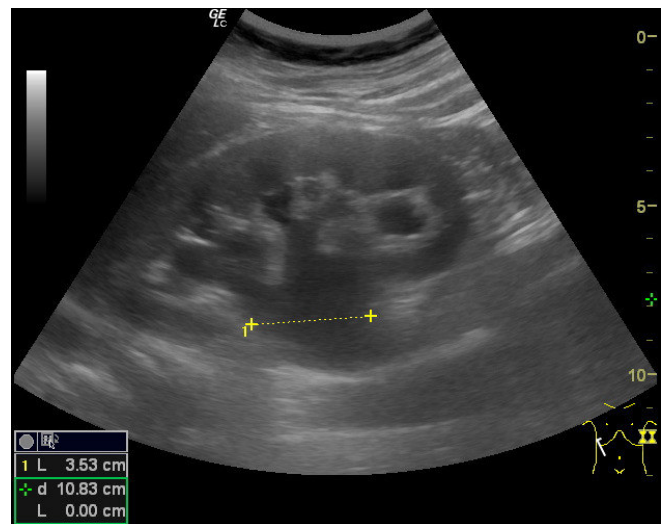


Imagen 3.

A la vista de los hallazgos ecográficos, se activa el *cir-cuito de sospecha de malignidad* y se remite a la paciente al Servicio de Urgencias para realizar analítica urgente y comprobar la función renal.

En la analítica destaca creatinina de 1,05 mg/dl, filtrado glomerular estimado de 62,5ml/min y hemoglobina de 11,8 g/dl; el resto del estudio analítico es normal.

En Urología se realiza una citología de orina (positiva para células malignas), una nueva ecografía abdominal (confirma los hallazgos de la previa) y una TAC tóraco-abdomino-pélvica.

De todo ello se deduce la existencia de una uropatía obstructiva derecha, grado 4-5, originada por una masa intravesical heterogénea e hipercaptante, de aproximadamente 7 x 5 cm, que ocupa parte del suelo vesical y de la pared lateral derecha; en los cortes más inferiores del estudio no presenta un claro plano de separación con el cérvix uterino, por lo que no se puede descartar infiltración de este último.

Finalmente se realiza una cistoscopia, en la que se objetiva una neoformación muy voluminosa, que ocupa prácticamente toda la vejiga.

Se realiza una resección citoreductora de aproximadamente el 50 %. El diagnóstico anatomopatológico es de carcinoma urotelial papilar y sólido, de alto grado, que infiltra extensamente tejido del conectivo subepitelial y focalmente la capa muscular.

La paciente es intervenida de forma programada. Se realiza una cistectomía radical con exenteración pélvica, uretrectomía, linfadenectomía ilioobturatriz bilateral y ureteroileostomía cutánea (Bricker).

El estudio anatomopatológico confirma la presencia de un carcinoma urotelial papilar de alto grado (pT3aN0); no hay signos de infiltración por células neoplásicas en el resto de las piezas resegadas.

La paciente es citada para control con TAC, analítica y citología de orina al cabo de 3 meses. Está pendiente de evaluación por Oncología médica para valorar si procede quimioterapia sistémica.

COMENTARIO

El cáncer de vejiga es la neoplasia maligna del aparato urinario más prevalente; el carcinoma urotelial (células de transición) es el tipo histológico más frecuente (90 %).

La edad media de aparición es de 69 años en hombres y de 71 en mujeres; el riesgo de desarrollar cáncer de vejiga en menores de 75 años es de 2-4 % en hombres y de 0,5-1 % en mujeres¹.

La etiología más frecuente es el consumo de tabaco; no obstante, existen otras causas como carcinogénesis química por exposición profesional (trabajadores del metal, pintores...), alta concentración de cloro en el proceso de potabilización del agua o presencia de arsénico en la misma secundaria a la contaminación. La ingestión hídrica abundante es un factor protector.

La clínica habitual es hematuria macroscópica o microscópica indolora o con clínica miccional².

El diagnóstico puede retrasarse por la similitud de estos síntomas con los de trastornos benignos (infección del tracto urinario o cólico renal)³. Con ello se explica la peor supervivencia en las mujeres respecto de los hombres⁴.

Las metástasis más frecuentes en el momento del diagnóstico se dan en el hueso, el pulmón y el hígado.

Es necesaria una evaluación urológica completa:

- La cistoscopia se emplea para establecer el diagnósti-

co, evaluar si hay invasión muscular o no y proporcionar una terapia inicial para las lesiones no invasivas del músculo.

- La citología urinaria y las pruebas de imagen de los tractos superiores son necesarias y complementarias a la anterior, ya que la malignidad urotelial puede ser multifocal (más de una lesión) desde la pelvis renal hasta la uretra proximal.
- Se completa con estudios de extensión para valorar la existencia de metástasis (TAC, PET)⁵.

El tratamiento depende de la extensión tumoral. Existen diferentes opciones terapéuticas: resección transuretral, quimioterapia, inmunoterapia con BCG intravesical, cistectomía radical o parcial, y radioterapia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kirkali Z, Chan T, Manoharan M, Algaba F, Busch C, Cheng L, et al. Bladder cancer: epidemiology, staging and grading, and diagnosis. *Urology*. 2005;66(suppl 1):4-34.
2. Khadra MH, Pickard RS, Charlton M, et al. A prospective analysis of 1,930 patients with hematuria to evaluate current diagnostic practice. *J Urol*. 2000;163:524.
3. Wallace DM, Raghavan D, Kelly KA, Sandeman TF, Conn IG, Teriana N, et al. Neo-adjuvant (pre-emptive) cisplatin therapy in invasive transitional cell carcinoma of the bladder. *Br J Urol*. 1991;67:608.
4. Mitra AP, Skinner EC, Schuckman AK, Quinn DI, Dorff TB, Daneshman S. Effect of gender on outcomes following radical cystectomy for urothelial carcinoma of the bladder: a critical analysis of 1,994 patients. *Urol Oncol*. 2014;32:52.e1.
5. Chang SS, Bochner BH, Chou R, Dreicer R, Kamat AM, Lerner SP, et al. Treatment of Non-Metastatic Muscle-Invasive Bladder Cancer: AUA/ASCO/ASTRO/SUO Guideline. *J Urol*. 2017; 198:552.