

# Caso aislado

## Carcinoma micropapilar de vejiga: presentación de un caso y revisión de la literatura

A. Santos-Briz<sup>1</sup>, P. Antúnez<sup>2</sup>, A. Serrano<sup>1</sup>, C. Ballestín<sup>1</sup> y G. Usera<sup>1</sup>

Departamentos de Anatomía Patológica, <sup>1</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, y  
<sup>2</sup>Hospital Clínico Universitario, Salamanca.

### SUMMARY

*Micropapillary bladder carcinoma is a rare variant of transitional cell carcinoma with a distinct histological pattern mimicking papillary serous carcinoma of the ovary. Its prognosis is worse than conventional transitional carcinoma and it shows a higher grade and stage. We report a case of a 82-year-old man who underwent cystolithectomy and suprapubic prostatic adenectomy. At the time of surgery a 2.5 cm sessile vesical lesion was identified and resected. The tumor showed a micropapillary appearance and was composed of tumor cell nests located in artifactually retracted spaces and infiltrating muscle layers. Rev Esp Patol 2001; 34(2): 153-156.*

**Key words:** Bladder - Transitional carcinoma

### RESUMEN

*El carcinoma micropapilar de vejiga se define como una variedad de carcinoma transicional, con un aspecto histológico similar al carcinoma seroso papilar de ovario y a carcinomas micropapilares de otras localizaciones. Su pronóstico es peor que el del carcinoma urotelial convencional, al mostrar un comportamiento más agresivo y frecuentemente un estadio más avanzado en el momento del diagnóstico. Presentamos el caso de un varón de 82 años que fue intervenido de litiasis vesical y adenomectomía suprapúbica. En el momento de la intervención se identificó una lesión polipoidea sésil de 2,5 cm de eje mayor. Microscópicamente se encontraba constituida por una proliferación de grupos compactos de células epiteliales con marcada atipia, en espacios lacunares artificiales, y con una apariencia micropapilar. El tumor se extendía en profundidad infiltrando planos musculares. Rev Esp Patol 2001; 34(2): 153-156.*

**Palabras clave:** Vejiga - Carcinoma urotelial

### INTRODUCCIÓN

El carcinoma micropapilar infiltrante de vejiga representa una variedad de carcinoma transicional, descrita en 1994 por Amin y cols. (1), que muestra un patrón his-

tológico similar al del carcinoma seroso papilar de ovario y peor pronóstico.

Este tumor representa alrededor del 0,7% de los carcinomas de vejiga (2), y hasta la fecha sólo se han descrito 44 casos (1-4). Su conocimiento es fundamental,

ya que la presencia de áreas micropapilares en un carcinoma transicional vesical va ligada a un estadio y grado elevados y a un comportamiento más agresivo (1, 2).

## CASO CLÍNICO

Paciente de 82 años de edad con antecedentes de prostatismo que acude al servicio de urgencias por un cuadro de hematuria asintomática. Con el diagnóstico de litiasis vesical ingresa en nuestro hospital para la realización de cistolitotomía y adenomectomía suprapúbica. Durante la intervención se extraen numerosos cálculos vesicales y un nódulo hiperplásico prostático de 85 g de peso. También se observa una lesión polipoide sésil blanquecina de superficie lobulada de 2,5 cm de eje mayor en cara lateral derecha vesical, que se extirpa mediante cistectomía parcial. Microscópicamente, la tumoración vesical se encuentra constituida por pequeños grupos celulares, de aspecto micropapilar, localizados con frecuencia en espacios lacunares de retracción artefactual (Fig. 1). Las células tumorales muestran una marcada atipia, con desproporción núcleo-citoplasma, núcleos grandes de contorno irregular y nucléolos prominentes (Fig. 2). Los citoplasmas son amplios y eosinófilos. El tumor se extiende en profundidad infiltrando planos musculares superficiales y profundos, aunque respeta el borde quirúrgico. En algunas zonas se identifican focos de carcinoma transicional convencional de alto grado.

A pesar de que con frecuencia se observan imágenes de invasión vascular, el estudio con marcadores vasculares (CD31, CD34) demuestra la ausencia de revestimiento endotelial en los espacios lacunares (Fig. 3).

Tras 20 meses de seguimiento el paciente se encuentra sano, sin signos de recidiva tumoral.

## DISCUSIÓN

El carcinoma transicional de vejiga supone el 92% del total de las neoplasias epiteliales vesicales (5). Hasta la fecha se han descrito ciertas variedades histológicas asociadas a peor pronóstico, como el carcinoma sarcomatoide (6), el carcinoma de células pequeñas o microcítico (7), el carcinoma transicional con infiltrado linfoide prominente o *linfoepitelioma-like* (8, 9), el carcinoma microquístico (10) y el de patrón en nidos (11). En 1994

Amin y cols. (1) describieron 18 casos de una nueva variedad de carcinoma transicional con un patrón histológico que recordaba al del carcinoma seroso papilar ovárico, en los que observaron un peor pronóstico y un estadio más alto al carcinoma transicional convencional. Posteriormente Johansson y cols. (2) presentaron 20 nuevos casos en los que se insistía en las características morfológicas y en su peor pronóstico. El carcinoma micropapilar de vejiga afecta principalmente a hombres (relación H:M 3,88:1), con una edad de presentación que oscila entre los 45 y 91 años (media 68,5). Clínicamente suele presentarse con hematuria, disuria y urgencia. La mayoría de los pacientes presenta un estadio avanzado (B o C) en el momento del diagnóstico. El pronóstico de estos tumores es malo. De los 20 casos publicados por Johansson (2) sólo cinco (25%) sobrevivieron más de cinco años; de ellos, tres correspondieron a un estadio IA. De los 18 casos presentados inicialmente por Amin (1), sólo siete (38,8%) se encontraron vivos y sin enfermedad tras un seguimiento medio de 47 meses. Dos de los cinco casos mos-

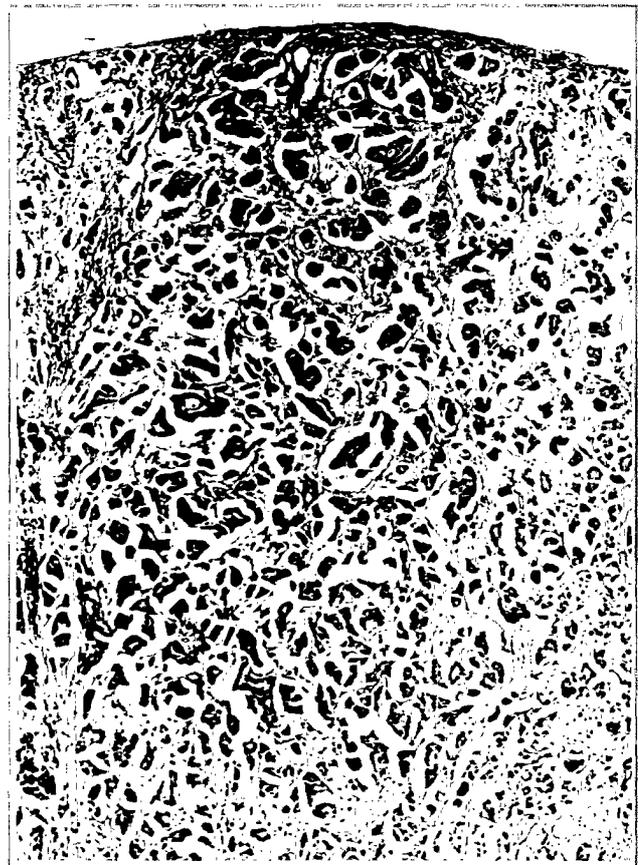
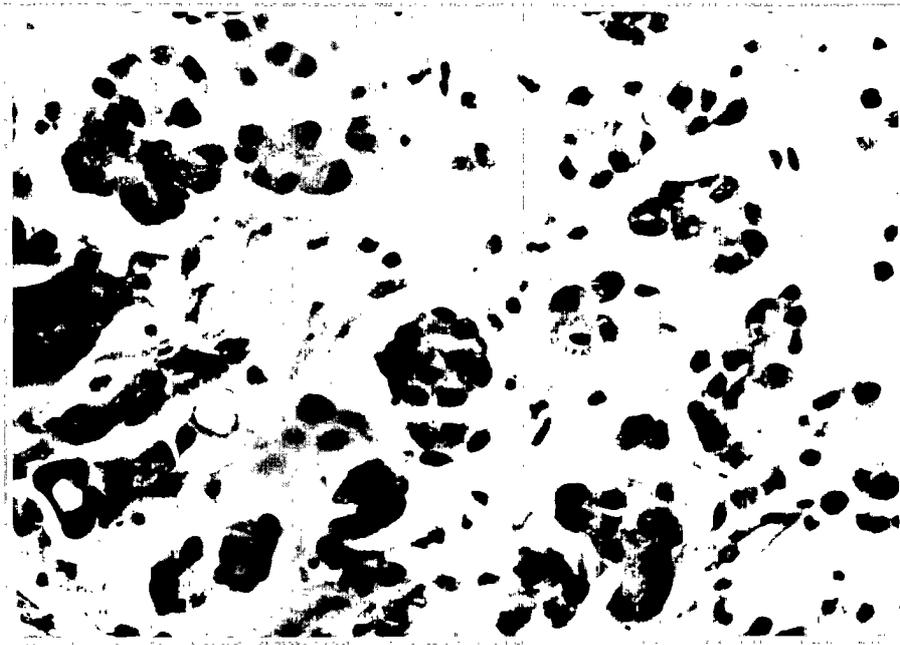


Figura 1. Pequeños grupos celulares, de aspecto micropapilar, localizados en espacios lacunares de retracción artefactual (original, HE  $\times 40$ ).

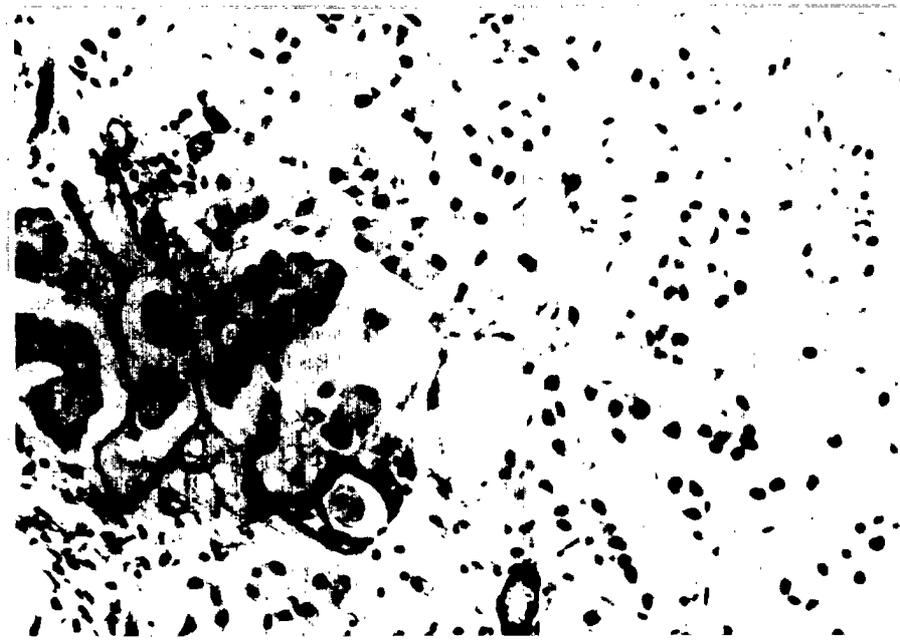


**Figura 2.** Las células tumorales muestran una marcada atipia, con núcleos grandes y citoplasmas amplios eosinófilos (original, HE x100).

trados por Maranchie y cols. (4) fallecieron durante el primer año, y uno mostró signos de infiltración tumoral 22 meses después del diagnóstico.

Microscópicamente estos tumores presentan una arquitectura bifásica: filiforme con finas papilas con o

sin eje central vascular en la superficie, y un patrón en grupos o bolas en el componente infiltrante. Amin (1) encontró el componente superficial filiforme en el 88% de sus casos, mientras que Johansson (2) sólo en el 20%. Nuestro caso no presenta estructuras filiformes. El pa-



**Figura 3.** Tinción para CD34: ausencia de revestimiento endotelial en los espacios lacunares junto a zonas de verdadera invasión vascular (original, HE x100).

trón infiltrante se ha descrito en todos los casos publicados como similar al del carcinoma seroso papilar ovárico: pequeños nidos de células neoplásicas en espacios lacunares. Aunque inicialmente se interpretaron como imágenes de invasión vascular, las tinciones inmunohistoquímicas para marcadores vasculares han demostrado que en la mayoría de los casos se trata de retracciones artefactuales del tejido conjuntivo. No obstante, en estos tumores se ha descrito una alta capacidad de infiltración vascular. Este hecho, unido a que son neoplasias muy infiltrantes, frecuentemente diagnosticadas en estadios avanzados, ensombrece su pronóstico. Citológicamente son tumores de alto grado, con núcleos grandes atípicos de contornos irregulares y citoplasmas amplios y eosinófilos. El número de mitosis es variable. Es posible encontrar zonas adyacentes de carcinoma transicional convencional hasta en un 66% de estas neoplasias (1, 2). Los tumores metastásicos muestran una histología similar a la de los primarios, siempre con un patrón micropapilar en porcentaje variable. Sin embargo, la presencia de implantes mesentéricos, peritoneales o metástasis ganglionares con patrón micropapilar no es exclusiva del carcinoma micropapilar de vejiga. Además del carcinoma seroso papilar de ovario existen otros tumores que pueden mostrar esta morfología, como el carcinoma seroso papilar uterino (descrito en 1982 por Hendrickson [12]), el carcinoma micropapilar de mama (13) y el carcinoma papilar esclerosante difuso de tiroides con arquitectura micropapilar (14). Todos muestran un patrón de crecimiento similar y se caracterizan por tener un comportamiento muy agresivo y una alta capacidad metastásica.

En conclusión, el carcinoma micropapilar infiltrante vesical es una variedad del carcinoma transicional, con peor pronóstico y una morfología que recuerda a otros carcinomas micropapilares. Es conveniente conocer esta entidad, ya que con frecuencia se asocia a un estadio y a un grado mayores y a un comportamiento más agresivo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Amin MB, Ro JY, el-Sharkawy T y cols. *Micropapillary variant of transitional cell carcinoma of the urinary bladder: Histologic pattern resembling ovarian papillary serous carcinoma*. Am J Surg Pathol 1994; 18: 1224-1232.
2. Johansson SL, Borghede G, Holmang S. *Micropapillary bladder carcinoma: A clinicopathological study of 20 cases*. J Urol 1999; 161: 1798-1802.
3. López JI, Elorriaga K, Imaz I, Bilbao FJ. *Micropapillary transitional cell carcinoma of the urinary bladder*. Histopathology 1999; 34: 561-562.
4. Maranchie JK, Bouyounes BT, Zhang PL, O'Donnell MA, Summerhayes IC, DeWolf WC. *Clinical and pathological characteristics of micropapillary transitional cell carcinoma: A highly aggressive variant*. J Urol 2000; 163: 748-751.
5. Johnson DE, Ayala AG. *Bladder cancer: Clinically significant relevant advances*. En: Johnson DE, Logothetis CJ, von Eschenbach AC (Eds.). *Systemic therapy for genitourinary cancers*. Year Book Medical Publishers Inc., Chicago, IL, 1989; 3-12.
6. Ro JY, Ayala AG, Wishnow KI, Ordóñez NG. *Sarcomatoid bladder carcinoma: A clinicopathologic and immunohistochemical study of 44 cases*. Surg Pathol 1988; 1: 359-374.
7. Mills SE, Wolfe JT, Weiss MA y cols. *Small cell undifferentiated carcinoma of the urinary bladder: A light-microscopic, immunocytochemical, and ultrastructural study of 12 cases*. Am J Surg Pathol 1987; 11: 606-617.
8. Amin MB, Ro JY, Lee KM y cols. *Lymphoepithelioma-like carcinoma of the urinary bladder*. Am J Surg Pathol 1994; 18: 466-473.
9. Zukerberg LR, Harris NL, Young RH. *Carcinomas of the urinary bladder simulating malignant lymphoma. A report of five cases*. Am J Surg Pathol 1991; 15: 569-576.
10. Young RH, Zukerberg LR. *Microcystic transitional cell carcinomas of the urinary bladder. A report of four cases*. Am J Clin Pathol 1991; 96: 635-639.
11. Murphy WM, Deana DG. *The nested variant of transitional cell carcinoma: A neoplasm resembling proliferation of Brunner's nests*. Mod Pathol 1992; 5: 240-243.
12. Hendrickson M, Ross J, Eifel P, Martínez A, Kempson R. *Uterine papillary serous carcinoma: A highly malignant form of endometrial adenocarcinoma*. Am J Surg Pathol 1982; 6: 93-108.
13. Luna-More S, González B, Acedo C, Rodrigo I, Luna C. *Invasive micropapillary carcinoma of the breast. A new special type of invasive mammary carcinoma*. Pathol Res Pract 1994; 190: 668-674.
14. Soares J, Limbert E, Sobrinho-Simoes M. *Diffuse sclerosing variant of papillary thyroid carcinoma. A clinicopathologic study of 10 cases*. Pathol Res Pract 1989; 185: 200-206.