



ADENOCARCINOMA VESICAL DE ORIGEN ENDOMETRIAL. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

Bladder adenocarcinoma of endometrial origin. Case report and Literature review

Magia Mac Gregor ^{a,*1} Ángel F. Betancourt ^{b,} Pedro Mac Gregor S ^{a,*2}, Pedro Mac Gregor A ^{c,*}
Mariuska Mac Gregor ^d, Rigel Esaa ^c, Niurka Avendaño ^e

Recibido: 10/06/2024 Aprobado: 20/07/2024

RESUMEN

Palabras clave:

Endometriosis,
adenocarcinoma
vesical endometrial
, infiltración
endometriosis
profunda

La evolución neoplásica de la endometriosis está documentada en 0,3-0,8%. La transformación maligna extra-gonadal dentro de la vejiga urinaria es un fenómeno raro implicada en aproximadamente el 1% de todos los casos, difícil de distinguir tanto clínicamente por su sintomatología urinaria difusa, así como por su apariencia radiológica. Presentamos femenina de 46 años, sometida a histerectomía total más ooforosalingectomía hace cinco años por endometriosis, refiere sintomatología urinaria inferior, urgencia, incontinencia, hematuria intermitente, ecografía reporta engrosamiento de pared vesical, lesión en pared posterolateral derecha. Resonancia magnética muestra masa retro vesical compatible con endometriosis pélvica 4,1 cm x 5,0 cm x 3,7cm. Se realiza resección transuretral vesical observándose lesión en pared lateral derecha irregular sólida, con halos edematosos cuya biopsia reporta cistitis crónica. Es llevada a mesa operatoria evidenciando Tumor vesical 105gr, mamelonante, adenomatoso, estudio histopatológico concluye adenocarcinoma de patrón endometrioide, recibiendo quimio-radio concurrencia. Debido a su baja frecuencia, y sin registro en la literatura de ensayos aleatorizados de esta patología, el manejo es un desafío, las decisiones sobre las opciones de tratamiento involucran equipo multidisciplinario, adaptándose de forma individual, considerando edad del paciente, gravedad de los síntomas, y tamaño de la lesión.

ABSTRACT

Keywords:

Endometriosis,
bladder endometrioid
adenocarcinoma,
deep endometriosis
infiltration

Neoplastic evolution of endometriosis is documented in 0.3-0.8%. Extragonadal malignant transformation within the urinary bladder is a rare phenomenon implicated in approximately 1% of all cases, difficult to distinguish both clinically due to its diffuse urinary symptomatology, and radiologically due to its appearance. We present the case of a 46-year-old female, who underwent total hysterectomy with bilateral oophorosalingectomy five years ago for endometriosis, who presents with lower urinary tract symptoms, urgency, incontinence, intermittent hematuria. Ultrasound reports bladder wall thickening and a mass in the right posterolateral wall. Magnetic resonance imaging shows a retrovesical mass compatible with pelvic endometriosis 4.1 cm x 5.0 cm x 3.7 cm. Transurethral resection of the bladder is performed, observing an irregular mass in the right lateral wall, with edematous halos, biopsy reports chronic cystitis. The patient is taken to surgery, the finding was a mamelonated, adenomatous bladder tumor with a weight of 105 grams. Histopathological study concludes endometrioid pattern adenocarcinoma, receiving concurrent chemoradiation. Due to its low frequency, scarce records and non-existent randomized trials of this pathology, management is a challenge. Decisions on treatment options involve a multidisciplinary team, individual management, considering the patient's age, severity of symptoms, and tumor size.

^aCirujano Urólogo, ^b Cirujano oncólogo, ^cMédico cirujano, ^dCirujano general, ^eImagenólogo
Correo-e: magiamacgregor@gmail.com. *Clínica Docente los Jarales

INTRODUCCIÓN

La evolución neoplásica de la endometriosis está documentada en 0,3-0,8%, el sitio extra-gonadal más común es el tabique recto-vaginal y al menos el 90% de los casos de carcinoma que surgen de la endometriosis extra-ovárica son de tipo endometriode.¹ Su transformación maligna extra-gonadal en el sistema genitourinario es poco común, siendo la vejiga el órgano más implicado, se han informado pocos casos de adenocarcinoma endometriode vesical en la literatura mundial reportado en aproximadamente el 1% de todos los casos. El foco endometriode predominantemente ocurre en la superficie de la serosa y domo vesical y este progresivamente invade las capas de la vejiga y puede presentarse como una masa intramural.² Esto hace que sea difícil de distinguir tanto clínicamente por su manifestación urinaria difusa representada por síntomas del tracto urinario inferior hasta dolor pélvico y hematuria, así como por su apariencia radiológica por lo que se requiere escisión quirúrgica para un diagnóstico patológico definitivo.

REPORTE DE CASO

Paciente femenino de 46 años de edad con antecedente de histerectomía total más ooforosalingectomía bilateral hace cinco años por endometriosis, acude a consulta por presentar sintomatología urinaria inferior de tres años de evolución caracterizada por urgencia, incontinencia y hematuria intermitente. Ecosonograma pélvico reporta engrosamiento de pared vesical, lesión en pared posterolateral derecha de 3x4cm. (Imagen 1) Resonancia magnética que reporta masa retro vesical compatible con endometriosis pélvica 4,1 cm x 5,0 cm x 3,7cm



Imagen 1. Ecosonograma pélvico, lesión en pared posterolateral derecha de 3x4cm

(Imagen 2 a-b). En manejo inicial se realiza Uretrocistoscopia Resección transuretral vesical (RTUV) observándose mucosa hiper-vascularizada, trabéculas gruesas, lesión en pared lateral derecha irregular sólida, con halos edematosos (Imagen 3-4), biopsia reporta cistitis crónica. Es llevada a mesa



Imagen 2. Resonancia magnética masa retro vesical compatible con endometriosis pélvica 4,1 cm x 5,0 cm x 3,7cm (a). corte sagital LOE en íntima relación con pared posterior vesical (b). corte axial

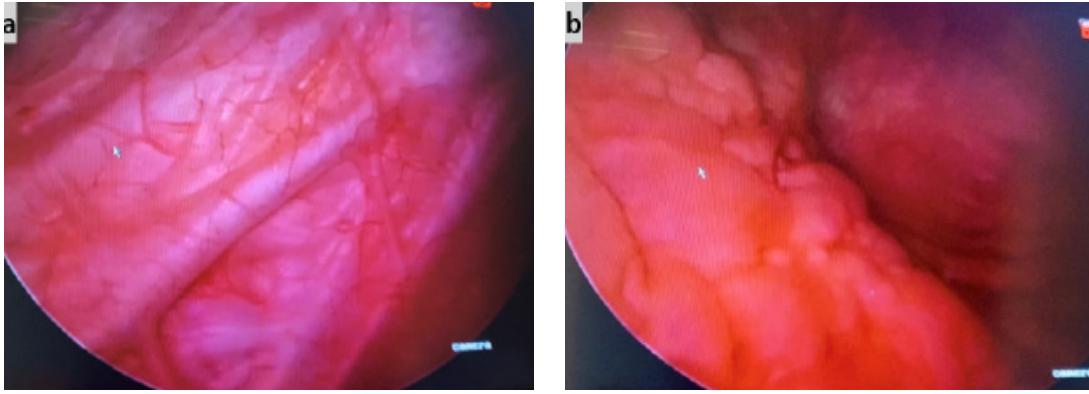


Imagen 3. (a). Uretroscopia mucosa vesical hipervascularizada trabéculas gruesas vejiga de esfuerzo grado III (b). Lesión en pared lateral derecha irregular de aspecto mamelonante

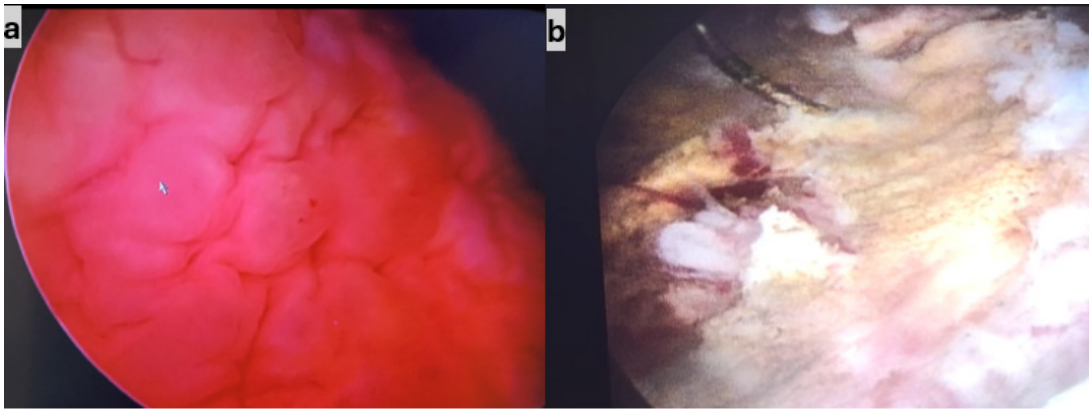


Imagen 4. (a) lesión pared vesical lateral derecha, (b) RTUV (monopolar)

operatoria bajo planteamiento quirúrgico de laparotomía pélvica, cistectomía parcial y colocación de catéter doble J, hallazgos intraoperatorios Tumor vesical 105 gr, mamelonante, aspecto adenomatoso, friable (Imagen 5), estudio histopatológico concluye adenocarcinoma bien diferenciado, infiltrante del tejido fibroconectivo y fibromuscular de configuración predominante glandular 90%, constituida por proliferación de glándulas tumorales, alargadas, irregulares, con núcleos con leve a moderado pleomorfismo y anisonucleosis, actividad mitótica de 0 a 1 por 01 campo de alto aumento, se observan cambios de metaplasia escamosa. (Imagen 6), inmunohistoquímica muestra

diferenciación glandular, compatibles con adenocarcinoma con patrón endometriode, con inmunoreacción positiva para queratina 7, PAX8 y estrógeno. (Tabla1).



Imagen 5. LOE vesical, fragmentos irregulares de peso 105 gramos, miden entre: 6 x 4 x 2 cm y 2 x 1 x 0,6 cm, pardos claros. Al corte, de aspecto tumoral, presentan calcificaciones

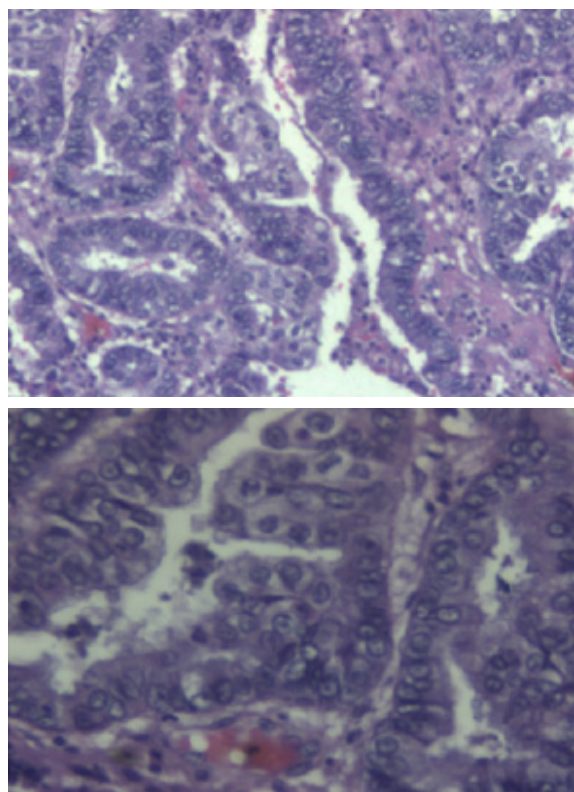


Imagen 6. ADC bien diferenciado , glandular, metaplasia escamosa

Tabla 1. Estudio inmunohistoquímico

MARCADOR	INMUNOREACCIÓN
QUERATINA 7	POSITIVA CITOPASMÁTICA EN CÉLULAS NEOPLÁSICAS
QUERATINA 20	NEGATIVA
PAX 8	POSITIVA NUCLEAR EN CÉLULAS NEOPLÁSICAS
ESTRÓGENO	POSITIVA NUCLEAR EN CÉLULAS NEOPLÁSICAS
CDX2	NEGATIVA
GATA 3	NEGATIVA

Paciente recibe quimio radio concurrencia con cisplatino (40mg/M²) , 5 ciclos, radioterapia vesical y drenaje linfático, dosis de 180cGY/ día dosis total: 6450cGY. Uretrocistoscopia postoperatoria (6 meses) Medio claro, mucosa hiperémica e hipervascularizada, trabéculas gruesas, se visualizan meatos ureterales con catéteres doble J, retracción en pared lateral derecha correspondiente a cicatriz postoperatoria, no se visualizan imágenes de LOE (Imagen 7 a-b). Resonancia magnética nuclear posterior a terapia adyuvante Vejiga aspecto piriforme , apreciando engrosamiento uniforme de las paredes vesicales que alcanzan aproximadamente 0,6 cm de espesor, no se visualiza imagen de LOE no se visualizan ganglios de carácter infiltrativo en cadenas iliacas internas ni externas, así como tampoco a nivel obturador ni en regiones inguinales, (Imagen 8 a-b).

DISCUSIÓN

La endometriosis es una enfermedad que afecta al 10% de las mujeres en edad reproductiva, las lesiones se localizan comúnmente en los ovarios, trompas de Falopio, ligamentos útero sacros, pared pélvica y fondo de saco. Existen criterios para malignidad de endometriosis descritos

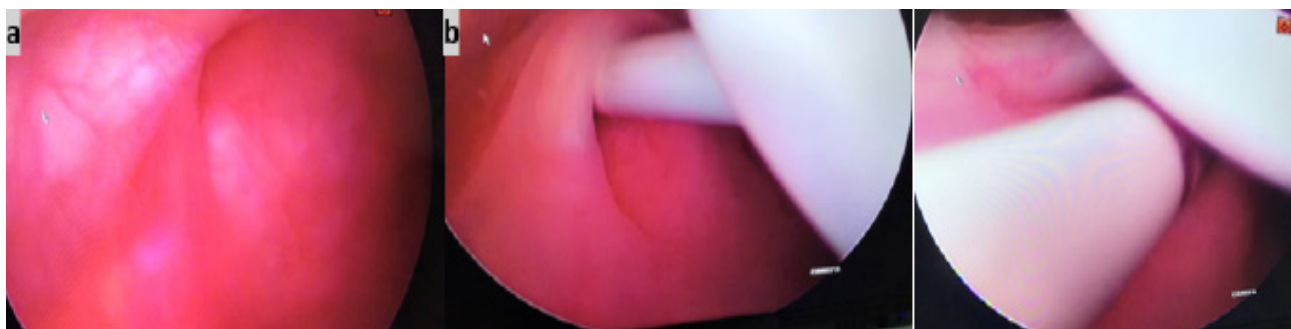


Imagen 7. Uretrocistoscopia postoperatoria (a). pared lateral derecha retracción pared vesical derecha en relación con cicatriz postoperatoria, (b) catéteres doble “j”

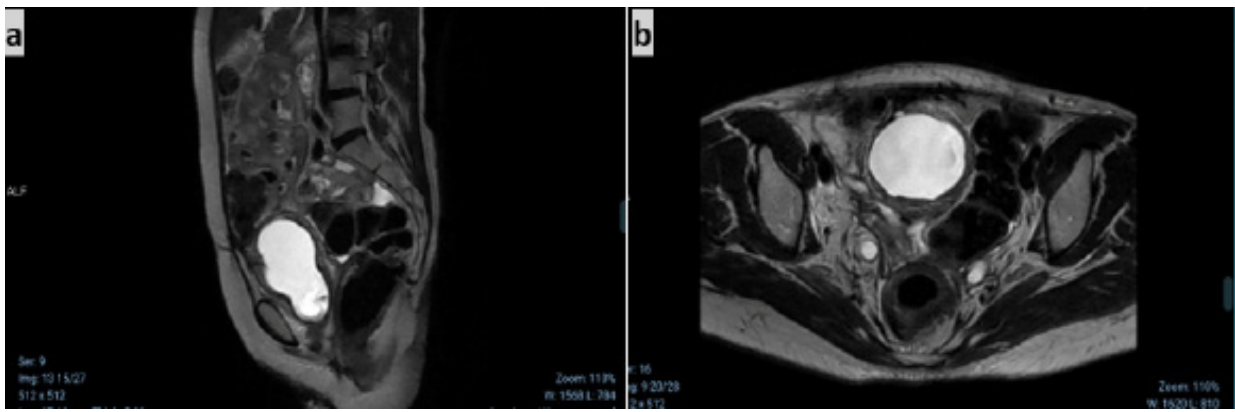


Imagen 8. (a) T2 corte sagital SSFSE (b) T2 Axial PROP

por Sampson y Scott: Presencia de tejidos endometriales benignos y neoplásicos en el tumor, hallazgos histológicos de origen endometrial, ningún otro sitio de tumor primario, demostración morfológica de continuidad entre epitelio benigno y maligno.³

Se debe considerar que si bien se han establecido estos criterios específicos para definir el desarrollo de un tumor maligno a partir de la endometriosis, no todos los informes sobre esta patología cumplen estrictamente estos criterios.

La afectación del tracto urinario es del 1-2% de los casos, siendo la vejiga el lugar de mayor incidencia. La endometriosis vesical (EV) se define como la presencia de glándulas endometriales y estroma en el músculo detrusor; la base y la cúpula son las zonas más frecuentemente perjudicadas. Según su origen, la EV puede clasificarse como primaria cuando se presenta espontáneamente, o como secundaria cuando está relacionada con una lesión iatrogénica posterior a una cirugía pélvica.⁴ En la mayoría de los casos, la EV se asocia con síntomas del tracto urinario inferior, como frecuencia, disuria, hematuria y, con menor frecuencia, dolor y urgencia vesical. La transformación maligna es poco frecuente en sitios extragonadales, se han descrito pocos

casos de carcinoma endometrioide de vejiga en la literatura mundial y puede ser resultado de la incapacidad del tejido endometrioide de adaptarse a esta ubicación ectópica más severa, aunque de alguna manera es capaz de sobrevivir y sufrir un cambio neoplásico.⁵

Encuanto a las características imagenológicas de la transformación maligna de la endometriosis no están bien definidas, la resonancia magnética se considera útil debido a su mayor resolución de contraste, mejor delimitación de las capas de la pared vesical, mejor caracterización tisular y mejor capacidad multiplanar en comparación con la ecografía.⁶

La apariencia en la resonancia magnética suele ser de baja intensidad de señal en ponderación T2, con una intensidad de señal intermedia en ponderación T1 y puntos de alta intensidad de señal en ponderaciones T1 y T2.⁷

El diagnóstico es completamente histopatológico, el diagnóstico diferencial del adenocarcinoma de vesical de patrón endometrial debe incluir: carcinoma urotelial con diferenciación glandular, adenocarcinoma de uraco y metástasis. Un diagnóstico preciso para diferenciar estos grupos permite instaurar

el tratamiento adecuado.⁸ El manejo de esta patología a nivel vesical es un desafío debido a su baja frecuencia, y sin registro en la literatura de ensayos aleatorizados, las decisiones sobre las opciones de tratamiento involucran equipo multidisciplinario, considerando edad, gravedad de los síntomas, y tamaño de la lesión, están descritas intervenciones quirúrgicas desde cistectomía parcial hasta cistectomía radical, la RTUV debe evitarse por si sola, el objetivo principal de la cirugía debe ser la extirpación completa de la lesión vesical, se considera que la resección local es el tratamiento primario para esta neoplasia.

REFERENCIAS

1. Kurman RJ. Pathology of the female genital tract. (1994) (ed) Blaustein, 4th edn Chapter 17, Springer, Berlin Heidelberg New York.
2. Garavan F, Grainger R, Jeffers M. Endometrioid carcinoma of the urinary bladder complicating vesical Mullerianosis: a case report and review of the literature. *Virchows Arch*. 2004 Jun;444(6):587-9. doi: 10.1007/s00428-004-1010-8. Epub 2004 Apr 23. PMID: 15221475
3. Yosuke Tarumi, Taisuke Mori, Izumi Kusuki, Fumitake Ito, Jo Kitawaki, Endometrioid adenocarcinoma arising from deep infiltrating endometriosis involving the bladder: A case report and review of the literature, *Gynecologic Oncology Reports*, Volume 13, 2015, Pages 68-70, ISSN 2352-5789, <https://doi.org/10.1016/j.gore.2015.07.003>.
4. Leone Roberti Maggiore U, et al. Bladder Endometriosis: A Systematic Review of Pathogenesis, Diagnosis, Treatment, Impact on Fertility, and Risk of Malignant Transformation. *Eur Urol* (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2016.12.015>
5. Mann, S., Patel, P., Matthews, C. M., Pinto, K., & O'Connor, J. (2012). Malignant Transformation of Endometriosis Within the Urinary Bladder. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 25(3), 293–295. <https://doi.org/10.1080/08998280.2012.11928857>
6. Mallampati GK, Siegelman ES. MR imaging of the bladder. *Magn Reson Imaging Clin N Am* 2004;12:545–55.
7. Kruger K, Gilly L, Niedobitek-Kreuter G, Mpinou L, Ebert AD. Bladder endometriosis: characterization by magnetic resonance imaging and the value of documenting ureteral involvement. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014;176:39–43.
8. Allen D, O'Brien T, Pingle P, Chandra A. Endometrioid adenocarcinoma of the bladder. *Histopathology*. 2005 Feb;46(2):232-3. doi: 10.1111/j.1365-2559.2004.01987.x. PMID: 15693899