

## METÁSTASIS RECTAL DE CARCINOMA UROTELIAL DE VEJIGA RESECADO

MIGUEL NAZAR<sup>1</sup>, AGUSTINA SABATELLA<sup>1</sup>, GIOVANNA FICALORA<sup>1</sup>, YANINA TRONCOSO<sup>1</sup>, GISELLE ROMERO CAIMI<sup>2</sup>, LEANDRO ALVAREZ<sup>1</sup><sup>1</sup>Servicio de Diagnóstico por Imágenes, <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Alemán de Buenos Aires, Argentina

**Resumen** Se presenta el caso de una paciente con antecedentes de carcinoma urotelial de vejiga de alto grado con compromiso secundario ganglionar y óseo, la cual presentó cuadro de hematoquecia, tenesmo y dolor rectal un año después de su cirugía oncológica. La resonancia magnética de abdomen y pelvis, demostró una lesión sólida rectal de 5 cm de longitud que estenosaba la luz y atravesaba el peritoneo, a 6 cm del margen anal. La anatomía patológica de dicha lesión, informó una metástasis urotelial a nivel del recto inferior en concordancia con el antecedente de la paciente. Este caso identifica una evolución atípica de carcinomas uroteliales (CU), destacando una ruta inusual de metástasis a distancia. Los CU pueden, en raras ocasiones, hacer metástasis rectales, generalmente en casos avanzados o recurrentes de la enfermedad. Al ser escasa la bibliografía disponible sobre dicho tema, cabe destacar la importancia de mantener un alto índice de sospecha en pacientes con antecedentes de carcinoma urotelial y síntomas urinarios/rectales (dolor y tenesmo rectal, dolor suprapúbico, incontinencia urinaria y fecal).

**Palabras clave:** carcinoma urotelial, carcinoma de células de transición, carcinoma de vejiga, metástasis rectal

**Abstract** *Rectal metastasis of a resected urothelial bladder cancer.* We present the case of a female patient with a history of high-grade urothelial carcinoma of the bladder with secondary lymph node and bone involvement, who presented with hematochezia, tenesmus and rectal pain one year after her oncological surgery. The abdomen and pelvis magnetic resonance image showed a 5 cm solid rectal lesion that stenosed the lumen and crossed the peritoneum, 6 cm away from the anal margin. The histology of this lesion reported an urothelial metastasis at the level of the lower rectum according to the patient's history. This case identifies an atypical evolution of urothelial carcinomas (UC), highlighting an unusual route of distant metastasis. UC can, on rare occasions, metastasize to the rectum, usually in advanced or recurrent cases of the disease. As the literature available on this topic is scarce, it is crucial to highlight the importance of maintaining high suspicion in patients with a history of urothelial carcinoma and urinary/rectal symptoms (rectal pain and urgency, suprapubic pain, urinary and fecal incontinence).

**Key words:** urothelial carcinoma, transitional cell carcinoma, bladder carcinoma rectum metastasis

Los carcinomas uroteliales (CU), surgen de células de transición en el tracto urotelial. Representan el cáncer del tracto urinario más común y se pueden encontrar en toda su extensión, desde el sistema pielocalicial hasta la uretra. Son más prevalentes en hombres que en mujeres; sin embargo, en las mujeres se diagnostican en una etapa más avanzada y tienen una mayor tasa de mortalidad que en los hombres<sup>1</sup>.

Esta es una enfermedad de personas mayores de 65 años, pero no se limita a este grupo. De los casos nuevos, el 31% ocurre en menores de 44 años y el 8% en pacientes de 45 a 54 años. Tanto la incidencia como

la mortalidad aumentan con la edad. Después de los 80 años, el cáncer de vejiga tiene el doble de probabilidades de desarrollarse y causar la muerte que en las personas de 60 a 65 años.

Los tumores de vejiga son más frecuentes en las zonas industriales y su incidencia aumenta con la exposición al humo del cigarrillo y las arilaminas. La cistitis y la infección crónica del tracto urinario son factores predisponentes, al igual que los divertículos vesicales, en los que se desarrolla el 7% de los tumores de vejiga<sup>2</sup>.

La patogenia de los tumores uroteliales se vincula directamente con el contacto prolongado del urotelio de la vejiga con la orina que contiene carcinógenos excretados, predominantemente provenientes de los cigarrillos<sup>3</sup>. Por lo tanto, los fumadores tienen cuatro veces más riesgo de desarrollar cáncer vesical, en relación tanto a la duración como a la cantidad de cigarrillos fumados<sup>4</sup>. El tabaquismo es responsable de entre un tercio y la mitad de todos los

Recibido: 4-X-2021

Aceptado: 14-III-2022

**Dirección postal:** Miguel Nazar, Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Hospital Alemán de Buenos Aires, Av. Pueyrredón 1640, 1118 Buenos Aires, Argentina

e-mail: MNazar@hospitalaleman.com

casos de cáncer de vejiga. El riesgo de desarrollar un tumor urotelial disminuye al dejar de fumar.

Los casos avanzados pueden diseminarse localmente hasta invadir órganos circundantes o hacer metástasis a distancia en pulmones, huesos o hígado<sup>5</sup>. Describimos el caso de una mujer con antecedentes de carcinoma urotelial de alto grado resecaado, con metástasis a nivel rectal al año de la cirugía y luego de haber realizado tratamiento quimioterápico con carboplatino AUC 6 + gemcitabina durante 6 ciclos.

Este caso identifica una atípica presentación de CU, destacando una ruta inusual de metástasis a distancia. Los CU pueden, en raras ocasiones, hacer metástasis rectales, generalmente en casos avanzados o recurrentes de la enfermedad.

### Caso clínico

Mujer de 72 años de edad con diagnóstico oncológico de carcinoma urotelial de vejiga de alto grado con compromiso secundario ganglionar y óseo. Como antecedentes personales se mencionan: hipertensión arterial, tabaquismo, adenocarcinoma de pulmón estadio I y una neoplasia papilar mucinosa intraductal del páncreas en controles.

El primer tratamiento propuesto para su cáncer de vejiga fue una cistoanexo-histerectomía total, logrando un margen quirúrgico libre de compromiso neoplásico. La anatomía patológica mostró un carcinoma urotelial de alto grado con infiltración de techo, cara posterior y cara lateral derecha vesical, y compromiso extravesical del cuerpo uterino y ambos anexos. Luego realizó tratamiento quimioterápico con carboplatino AUC 6 + gemcitabina durante 6 ciclos con respuesta parcial.

Al año de la cirugía, intercurrió con un episodio de hematoquecia, tenesmo y dolor rectal. En la colonoscopia se observó una lesión estenosante de aspecto neoplásico que ocluía la luz, a 10 cm del margen anal, impidiendo el paso del endoscopio. Hasta dicho sector, la mucosa aparentaba normal. A la espera de los resultados de la biopsia se solicitó resonancia magnética de abdomen y pelvis con contraste, cuyo informe describió una lesión sólida rectal de 5 cm de longitud que estenosaba la luz y atravesaba el peritoneo, a 6 cm del margen anal. Se acompañaba de 3 ganglios regionales con características sugestivas de malignidad (Fig. 1).

Se realizó biopsia de la lesión durante la video-colonoscopia y la anatomía patológica informó una metástasis de neoplasia pobremente diferenciada. La positividad inmunohistoquímica con GATA 3 y CK20 y negatividad con TTF1, CDX2, P63 y PAX8, junto con los antecedentes oncológicos, resultaron en el diagnóstico de metástasis de probable origen urotelial (Fig. 2). Debido a dichos hallazgos se recomendó iniciar tratamiento con pembrolizumab y valoración para eventual radioterapia a nivel rectal.

Fig.1 – Resonancia magnética de abdomen y pelvis con gadolinio. Cortes axial (A), sagital (B) y coronal (C) T2 de pelvis. Imagen neformativa rectal de 5.5 cm de longitud a 6 cm del margen anal, que estenosa la luz y atraviesa la muscular propia desde hora 6 a 12 en sentido horario (asteriscos). Videocolonoscopia (D): A aproximadamente 10 cm del margen anal se observa infiltración extraluminal, que ocluye la luz e impide el paso del endoscopio

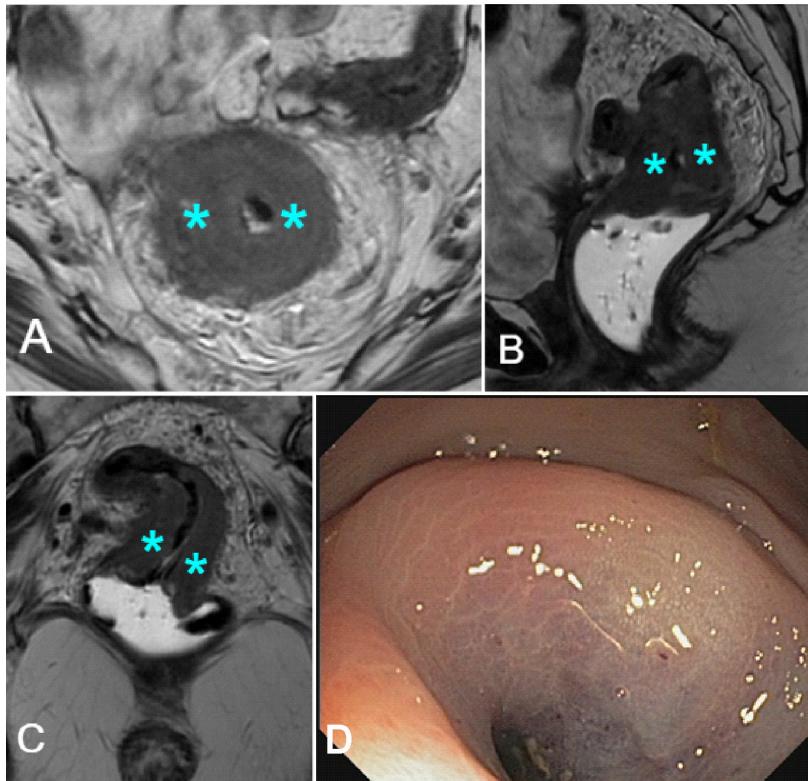
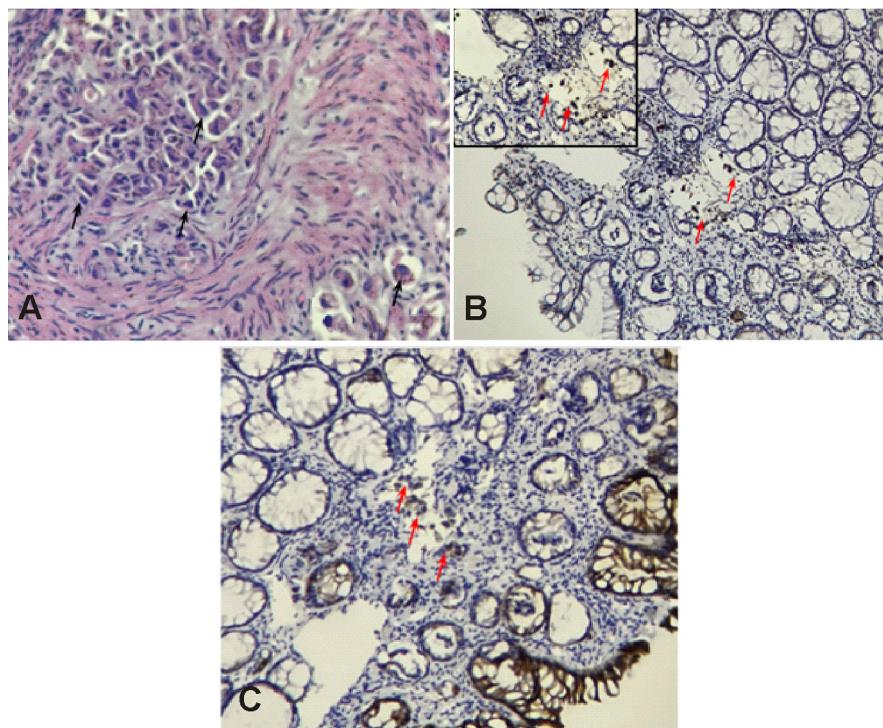


Fig.2 -. Anatomía patológica. A: Hematoxilina-eosina (HE) 400x: células neoplásicas con núcleos hiper cromáticos (flechas negras). B: GATA 3: Positividad nuclear en células neoplásicas (flechas rojas). C: CK20: Positividad en células neoplásicas (flechas rojas)



## Discusión

El carcinoma urotelial raramente puede hacer metástasis en el recto, ya sea en etapas avanzadas o en recurrencia de la enfermedad. Este tipo de cáncer metastatiza con mayor frecuencia a pulmones, hígado y huesos a través de rutas linfógenas o hematógenas<sup>6</sup>.

La revisión literaria presentada en el trabajo de Aneese demostró 16 casos de compromiso rectal por carcinoma urotelial, 11 por invasión directa y 5 por metástasis<sup>7</sup>.

Al ser tan escasa la bibliografía disponible sobre dicho tema, cabe destacar la importancia de mantener un alto índice de sospecha en pacientes con antecedentes de carcinoma urotelial y síntomas urinarios/rectales (dolor y tenesmo rectal, dolor suprapúbico, incontinencia urinaria y fecal).

En nuestro caso en particular, lo primero en lo que se pensó al ver los hallazgos de la resonancia magnética fue en una neoplasia primaria de recto, y dicha lesión fue estadificada como tal, sin relación alguna con el antecedente de CU. Por esta razón creemos de suma importancia tener en cuenta esta posibilidad diagnóstica ante un paciente con CU y síntomas rectales

Es imprescindible contar con una biopsia que pueda confirmar el diagnóstico etiológico de la lesión y así poder establecer el plan terapéutico a seguir.

En conclusión, la metástasis rectal representa una manifestación inusual del CU y se asocia a un mal pronóstico. Por lo tanto, debe tenerse en cuenta como una posibilidad en el diagnóstico diferencial de defecación obstructiva en pacientes con antecedente de CU.

**Conflicto de intereses:** Ninguno para declarar

## Bibliografía

1. Humphrey PA, Moch H, Cubilla AL, Ulbright TM, Reuter VE, The 2016 WHO classification of tumours of the urinary system and male genital organs-part B: prostate and bladder tumours. *Eur Urol* 2016; 70: 106-19.
2. Zeegers MP, Kellen E, Buntinx F, Van den Brandt PA. The association between smoking, beverage consumption, diet and bladder cancer: a systematic literature review. *World J Urol* 2004; 21: 392-401.
3. Marcus PM, Hayes RB, Vineis P, et al. Cigarette smoking, N-acetyltransferase 2 acetylation status, and bladder cancer risk: a case-series meta-analysis of a gene-en-

- vironment interaction. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2000; 9: 461-7.
4. li Y, Munakata S, Honjo K, et al. Rectal metastasis from bladder urothelial carcinoma: a case report. *Surg Case Rep* 2021; 7: 100.
  5. Esfandiari A, Speakman C. Urothelial carcinoma presenting with distant metastasis to the rectum. *BMJ Case Rep* 2016; doi:10.1136/bcr-2015-213493.
  6. Wong-You-Cheong JJ, Woodward PJ, Manning MA, Sesterhenn IA. From the archives of the AFIP: neoplasms of the urinary bladder: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics* 2006; 26: 553-80.
  7. Aneese AM, Manuballa V, Amin M, Cappell MS. Bladder urothelial carcinoma extending to rectal mucosa and presenting with rectal bleeding. *World J Gastrointest Endosc* 2017; 9: 282-95.

-----

*Lo que dicen las palabras no dura. Duran las palabras. Porque las palabras son siempre las mismas y lo que dicen nunca es lo mismo.*

Antonio Porchia (1885-1968)

En: Voces. Buenos Aires: Hachette, 2da. Ed., 1979; p 111