



Para citaciones: Murillo, M., Pérez, C., Redondo, K., Redondo, C. (2021). Carcinoma escamocelular de vejiga: reporte de caso y revisión de la literature. Revista Ciencias Biomédicas, 10(1), 75-80.

Recibido: 17 de noviembre de 2020
Aprobado: 9 de enero de 2021

Autor de correspondencia:
María Angélica Murillo Salas
marianljma@gmail.com

Editor: Inés Benedetti. Universidad de Cartagena-Colombia.

Copyright: © 2021. Murillo, M., Pérez, C., Redondo, K., Redondo, C. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/> la cual permite el uso sin restricciones, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre y cuando el original, el autor y la fuente sean acreditados.



Carcinoma escamocelular de vejiga: reporte de caso y revisión de la literature

Squamous cell carcinoma of the bladder: a case report and review of the literature

María Murillo Salas¹ , Camilo Pérez Montiel¹ , Katherine Redondo De Oro¹ , César Redondo Bermúdez² 

¹ Especialización en Patología, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia.

² Sección de Patología, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia.

RESUMEN

Introducción: el cáncer de vejiga es un problema de salud importante a nivel mundial, es el noveno cáncer más común en hombres y mujeres y representa una causa considerable de morbilidad y mortalidad por esta enfermedad. El carcinoma escamocelular es una variedad histológica excepcional, clasificado dentro de los cánceres de vejiga no uroteliales, representando menos del 5 % de todos los tumores de vejiga. Se presenta un caso de carcinoma escamocelular mal diferenciado primario de vejiga en un paciente con antecedente de nefrostomía bilateral y urolitiasis.

Caso clínico: paciente masculino de 53 años de edad, con antecedente de nefrostomía bilateral y lesión ocupante de espacio a nivel intravesical sin reporte de patología, consulta con cuadro clínico de 6 horas de evolución caracterizado por disfunción de nefrostomía izquierda asociado a dolor en hipocondrio y fosa iliaca izquierda. Se realiza ecografía de vías urinarias que reporta lesión ocupante de espacio sólida, heterogénea con calcificaciones en su interior que ocupa la totalidad de la topografía de la vejiga urinaria, con efecto de masa sobre las estructuras vecinas. Posteriormente, se realiza resección transuretral de lesión vesical, el estudio histopatológico reporta un carcinoma invasor mal diferenciado, confirmado por estudios de inmunohistoquímica como carcinoma escamocelular mal diferenciado.

Conclusiones: el carcinoma escamocelular de vejiga es una neoplasia poco frecuente, tiende a ser localmente avanzada en el momento del diagnóstico y es relativamente resistente a los regímenes de quimioterapia utilizados para el carcinoma urotelial.

Palabras Clave: Carcinoma escamocelular; Colombia; cáncer de vejiga; p63; CK7; Uroplaquina.

ABSTRACT

Introduction: bladder cancer is a major health problem worldwide; it is the ninth most common cancer in men and women and represents a considerable cause of morbidity and mortality from this disease. Squamous cell carcinoma is an exceptional histological variety, classified within non-urothelial bladder cancers, representing less than 5% of all bladder tumors. We present a case of primary poorly differentiated squamous cell carcinoma of the bladder in a patient with a history of bilateral nephrostomy and urolithiasis.

Case Report: a 53-year-old male patient with a history of bilateral nephrostomy in 2016 and a space-occupying lesion at the intravesical level without a report of pathology, who consulted with a clinical picture of 6 hours of evolution characterized by dysfunction of the left nephrostomy associated with pain in hypochondrium and left iliac fossa. Ultrasound of the urinary tract was performed, which reported a heterogeneous, solid space-occupying lesion with calcifications in its interior that occupies the entire topography of the urinary bladder, with a mass effect on neighboring structures. Subsequently, a transurethral resection of the bladder lesion was performed, and it was sent for histopathological study, which reported a poorly differentiated invasive carcinoma, confirmed.

Conclusion: squamous cell carcinoma of the bladder is a rare neoplasm, tends to be locally advanced at the time of diagnosis, and is relatively resistant to chemotherapy regimens used for urothelial carcinoma.

Keywords: Squamous cell carcinoma; nephrostomy; immunohistochemistry; Colombia; bladder cancer.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de vejiga es la novena neoplasia maligna más común en ambos sexos y la decimotercera causa de muerte por cáncer a nivel mundial (1). Histológicamente, las neoplasias epiteliales de la vejiga se han clasificado en carcinomas uroteliales (que surgen del revestimiento del urotelio de la vejiga) y no uroteliales, incluido el carcinoma escamocelular, el carcinoma de células pequeñas y el adenocarcinoma (2). El carcinoma escamocelular es una variante histológica del cáncer de vejiga no urotelial, es un subtipo poco común que representa del 2 al 5% de todos los cánceres de vejiga. Esta variante se correlaciona con una estadificación más alta en el momento del diagnóstico en comparación con el carcinoma urotelial, generando peores tasas de supervivencia (3). El objetivo del siguiente manuscrito es presentar un caso de carcinoma escamocelular mal diferenciado, en estadio avanzado con muy probable asociación a factores de riesgo del paciente.

REPORTE DE CASO

Paciente masculino de 53 años de edad, con antecedente de nefrostomía bilateral en el año 2016, e infección de vías urinarias con urocultivo positivo

para *Pseudomonas aeruginosa*. Además, con antecedente importante de lesión ocupante de espacio a nivel intravesical, reportada en UroTAC como proceso infiltrativo vesical extenso en relación a probable tumor de células transicionales con compromiso de la desembocadura de uréteres a predominio derecho, con efecto compresivo y pérdida de planos de clivaje graso con respecto a la glándula prostática, sin reporte de patología conocida.

Consultó por cuadro clínico de 6 horas de evolución, caracterizado por disfunción de nefrostomía izquierda, asociado a dolor en hipocondrio y fosa iliaca izquierda de intensidad 8/10 según escala análoga del dolor con salida de orina por paredes, hematuria macroscópica y débito escaso por nefrostomía derecha. Se realiza ecografía de riñón y vías urinarias que reporta lesión ocupante de espacio sólida, heterogénea con calcificaciones en su interior que ocupa la totalidad de la topografía de la vejiga urinaria, con diámetros aproximados de 11,6 x 15,4 x 19,3 cm con efecto de masa sobre las estructuras vecinas y pelvicaliectasia derecha severa e izquierda moderada asociada; presentando por consiguiente uropatía obstructiva condicionada por lesión de vejiga e infección de vías urinarias complicada asociada.

Se realiza urocultivo que reporta crecimiento de blastoconidias y se ordena recambio de nefrostomías.

Posteriormente se le realiza resección transuretral de lesión vesical, para estudio histopatológico, evidenciando una lesión tumoral maligna de linaje epitelial compuesta por células de tamaño intermedio con núcleos hipercromáticos de bordes irregulares y citoplasma eosinofílico y estructuras redondas eosinofílicas que recuerdan borlas de queratina, con patrón de infiltración evidente a músculo liso subyacente y presencia de mitosis (Figura 1), llevándose a cabo estudios de inmunohistoquímica, que reportaron inmunorreactividad positiva para p63 y CK7

asociado a negatividad para uroplaquina (Figura 2), concluyéndose como diagnóstico definitivo un carcinoma escamocelular mal diferenciado. El paciente es valorado por urología oncológica quien considera realización de TAC de tórax y abdomen, para determinar compromiso metastásico, encontrándose como hallazgo positivo múltiples imágenes nodulares en ambos campos pulmonares. Posteriormente se determina nula posibilidad de tratamiento quirúrgico debido al estadio y compromiso metastásico, ordenándose manejo paliativo y radioterapia pélvica. El paciente finalmente presenta infección urinaria por *Candida albicans*, deterioro rápido y progresivo y fallece.

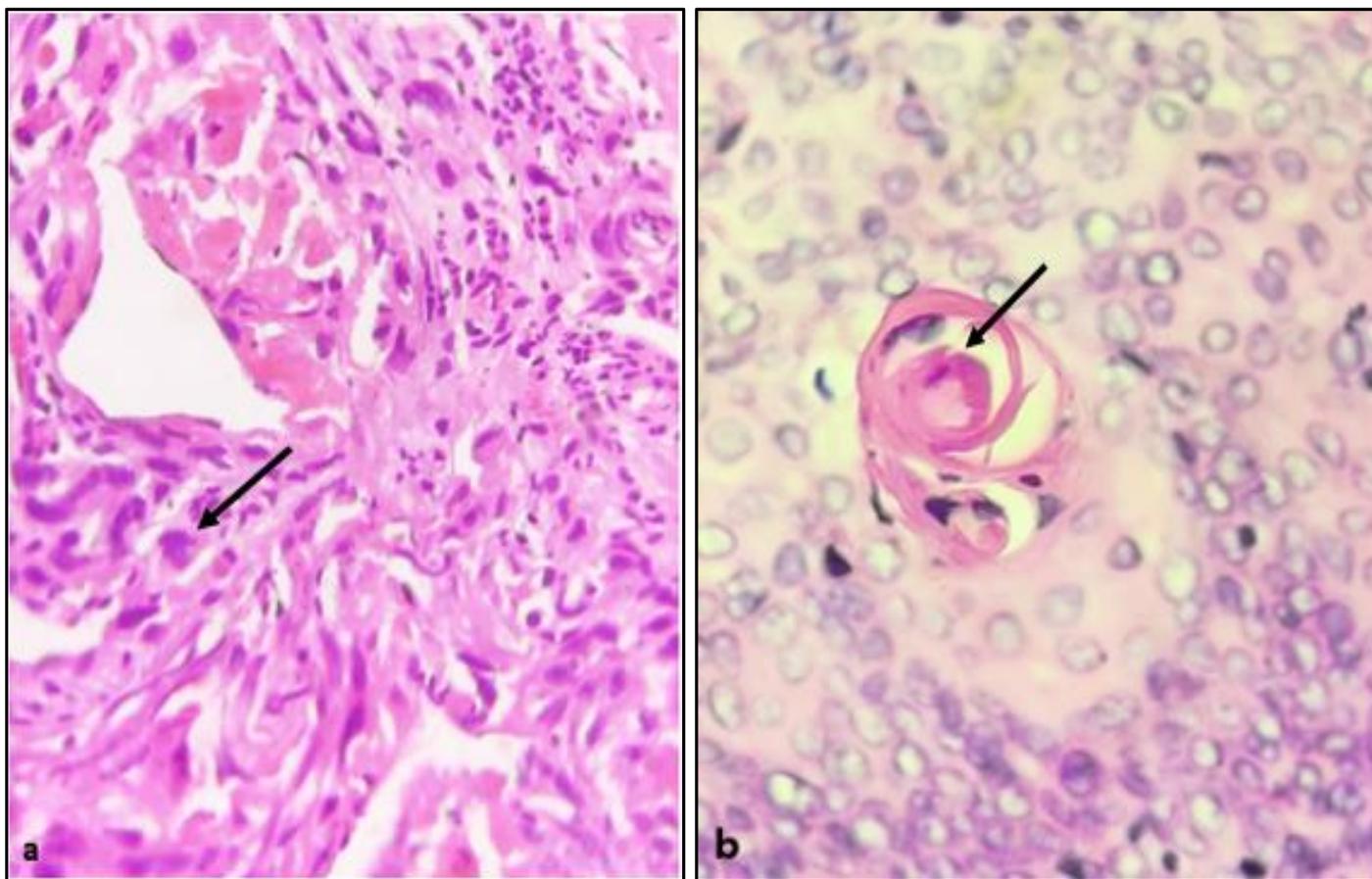


Figura 1. Carcinoma mal diferenciado asociado a perlas de queratina. Se observan células de intermedio tamaño con núcleos hipercromáticos y pleomórficos asociado a citoplasmas eosinofílicos (a). Se reconocen perlas de queratina intensamente eosinofílicas (b). Hematoxilina y Eosina; 40X.

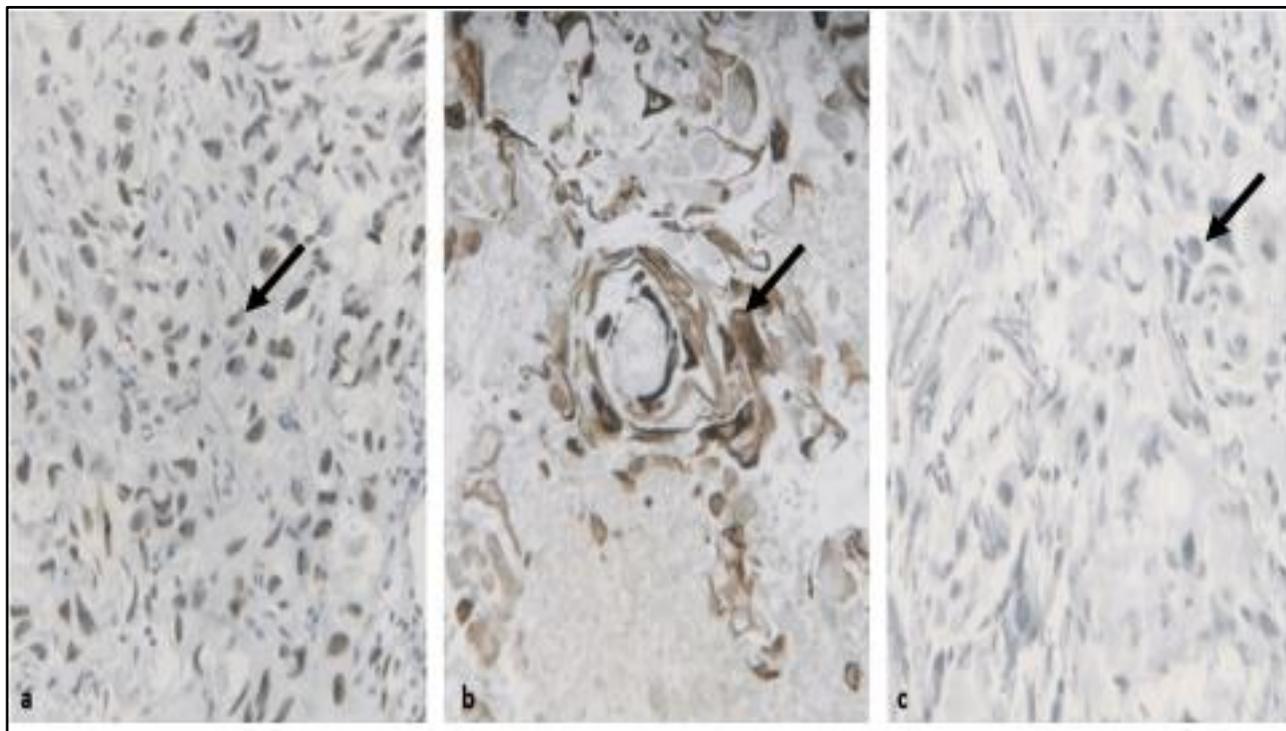


Figura 2. Inmunohistoquímica para p63, CK7 y Uroplaquina. Se observa la positividad nuclear presente para p63 en las células tumorales (a). Se observa la positividad citoplasmática y membranosa presente para las células tumorales con CK7 (b). No se observa positividad para uroplaquina en las células tumorales (c). Inmunohistoquímica p63, CK 7 y Uroplaquina; 40X.

DISCUSIÓN

El cáncer de vejiga es la neoplasia maligna más común del tracto urinario y el noveno cáncer más frecuente en la población masculina y femenina, siendo una importante causa de morbilidad a nivel mundial por cáncer (4). Las neoplasias malignas de la vejiga abarcan un espectro amplio de subtipos histológicos, representando el carcinoma urotelial el 90% de los casos, el carcinoma escamocelular el 1.6 al 8%, el adenocarcinoma el 0.5 al 5% y el carcinoma de células pequeñas menos del 1% (5, 6). La edad de presentación del carcinoma escamocelular oscila entre los 49 – 88 años de edad (7). En la literatura colombiana consultada no se encontraron reportes de caso de esta entidad, siendo este el primer caso descrito en revistas nacionales.

El carcinoma escamocelular de vejiga se clasifica en dos subtipos, asociado a la infección por bilharzial (esquistosomiasis) y no asociado a infección por bilharzial, cada uno con diferencias en su

epidemiología, historia natural y características clínico patológicas (8). El carcinoma escamocelular asociado a bilharzial se encuentra predominantemente en regiones donde la esquistosomiasis es endémica, como el Medio Oriente, sudeste de Asia y América del Sur (9). En cuanto a los factores de riesgo para el cáncer de vejiga urotelial y los demás subtipos histológicos, se ha descrito que el tabaquismo es el principal factor de riesgo (10). Específicamente para el carcinoma escamocelular, los factores de riesgo son los siguientes: inflamación e irritación crónica, uso de catéteres a largo plazo, vejiga neurogénica, cálculos en las vías urinarias e infección crónica por *Schistosoma haematobium* (11, 12).

Otros factores se han asociado en las últimas décadas, en especial la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH). En un estudio se encontró que el 12% de los carcinomas escamocelulares de vejiga fueron asociados a la infección por VPH (13).

Fisiopatológicamente, toda irritación causada a la mucosa vesical generará la producción de interleucinas proinflamatorias que estimulan la proliferación y migración celular, angiogénesis e inhibición de la apoptosis, resultando en metaplasia escamosa, displasia y posteriormente carcinoma (14, 12). En el caso de nuestro paciente, los factores de riesgo encontrados fueron las infecciones a repetición de las vías urinarias, el ser portador de catéteres a largo plazo y la litiasis de vías urinarias.

De manera general los pacientes con cáncer de vejiga suelen debutar con hematuria macroscópica, infecciones de las vías urinarias, dolor pélvico, dolor lumbar e hidronefrosis en los casos avanzados (15), todo lo anterior compatible con las manifestaciones clínicas que presentó el paciente de este caso. Aproximadamente el 60% de los pacientes con carcinoma escamocelular de vejiga se diagnostican en estadio T3 (16). El pronóstico para estos pacientes es malo y la mayoría muere a causa de la enfermedad dentro de los 3 años posteriores al momento del diagnóstico, con tasas de supervivencia a 5 años del 30 – 50% (17). La muerte es secundaria a la afectación local del cuello vesical y los uréteres, lo que genera obstrucción y posterior insuficiencia renal (18). Las metástasis se presentan en menos del 10% de los casos (19); sin embargo, nuestro paciente presentó metástasis pulmonares al momento del diagnóstico.

A nivel histológico, esta neoplasia se caracteriza por la presencia de células de intermedio a gran tamaño, con núcleos que pueden ir desde leve a severamente pleomórficos dependiendo del grado de diferenciación, asociado a citoplasmas intensamente eosinofílicos, puentes intercelulares, gránulos de queratohialina y perlas de queratina. Las perlas de queratina condujeron el diagnóstico al origen escamocelular de la neoplasia, puesto que morfológicamente las células eran mal diferenciadas y esto dificultaba orientar el origen histológico. La inmunohistoquímica de los carcinomas escamocelulares de la vejiga no tiene diferencias a comparación de los que se pueden presentar en otras partes del cuerpo. Hay positividad para p63, p40, CK 5/6, CK7 y negatividad para uroplaquina. Las células

tumorales fueron positivas para p63 y CK7, además negativas para la uroplaquina, descartándose el origen urotelial del carcinoma y concluyéndose un carcinoma escamocelular mal diferenciado.

Los diagnósticos diferenciales más importantes que el patólogo debe tener en cuenta son el carcinoma urotelial con áreas de diferenciación escamosa y las metástasis (20). Si bien las áreas de diferenciación escamosa pueden ser extensas, con un muestreo adecuado de la lesión tumoral se pueden observar focos de carcinoma urotelial que confirmarán el origen histológico; sin embargo, en caso de que la sospecha persista, la inmunohistoquímica permite esclarecer el origen histológico del carcinoma. Si bien es infrecuente, carcinomas escamocelulares del ano, pene, cérvix, entre otros, pueden hacer metástasis por extensión directa a la vejiga. En estos casos, la correlación clínica y radiológica es imprescindible para esclarecer el carcinoma primario.

CONCLUSIONES

El carcinoma escamocelular de vejiga es una entidad poco frecuente, que representa un reto diagnóstico para el patólogo y terapéutico para el clínico, debido al pobre pronóstico que tiene esta variedad histológica. Un adecuado abordaje histológico e inmunohistoquímico permitirá obtener un diagnóstico certero, brindando así información valiosa que el clínico utilizará para el tratamiento de estos pacientes.

CONFLICTOS DE INTERESES: No existe ningún conflicto de intereses a declarar.

REFERENCIAS

1. Ferlay J, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer* 2015; 136(5): E359-E386. DOI: 10.1002/ijc.29210
2. Abdel-Rahman, O., 2017. Squamous Cell Carcinoma of the Bladder: A SEER Database Analysis. *Clinical Genitourinary Cancer*, 15(3), pp.e463-e468.

3. Dotson, A., May, A., Davaro, F., Raza, S., Siddiqui, S. and Hamilton, Z., 2019. Squamous cell carcinoma of the bladder: poor response to neoadjuvant chemotherapy. *International Journal of Clinical Oncology*, 24(6), pp.706-711.
4. Parkin DM. The global burden of urinary bladder cancer. *Scand J Urol Nephrol* 2008;(218):12-20.
5. Ricos-Torrent JV y cols. El carcinoma epidermoide de vejiga un tumor poco común. *Arch Esp Urol* 1989;42:205.
6. Martin JW, Carballido EM, Ahmed A, et al. Squamous cell carcinoma of the urinary bladder: Systematic review of clinical characteristics and therapeutic approaches. *Arab J Urol*. 2016;14(3):183-191. Published 2016 Aug 1. doi: [10.1016/j.aju.2016.07.001](https://doi.org/10.1016/j.aju.2016.07.001)
7. Sedano-Basilio JE, et al. Epidemiología de los tumores genitourinarios en una década. *Rev Mex Urol* 2016;76(3):131-140.
8. Keller A, Shepherd B, Mulyadi A and Ali A. Case Report: Primary squamous cell carcinoma of the bladder secondary to chronic renal fungal ball and recurrent polymicrobial urinary tract infections. [version 1; peer review: 1 approved, 1 approved with reservations]. *F1000Research* 2015, 4:84 <https://doi.org/10.12688/f1000research.6307.1>
9. Shokeir AA. Squamous cell carcinoma of the bladder: pathology, diagnosis and treatment. *BJU Int*. 2004 Jan; 93(2): 216-20. doi: 10.1111/j.1464-410x.2004.04588.x. PMID: 14690486
10. Burger M, Catto JW, Dalbagni G, Grossman HB, Herr H, Karakiewicz P, Kassouf W, Kiemeny LA, La Vecchia C, Shariat S, Lotan Y. Epidemiology and risk factors of urothelial bladder cancer. *Eur Urol*. 2013 Feb; 63(2): 234-41. doi: 10.1016/j.eururo.2012.07.033
11. Ehdaie B, et al. Comparative outcomes of pure squamous cell carcinoma and urothelial carcinoma with squamous differentiation in patients treated with radical cystectomy. *J Urol* 2012; 187: 74-9. DOI: 10.1016/j.juro.2011.09.056.
12. Cabrera-Sánchez LA, Calao-Pérez MB, González-Murillo EA, Madero-Guerrero JA, Aragón-Tovar AR. Cáncer vesical de células escamosas: reporte de un caso y revisión de la bibliografía. *Rev Mex Urol*. 2018 nov-dic;78(6):440-46. DOI: <https://doi.org/10.24245/revmexurol.v78i6.2293>
13. Kit Riegels Jørgensen, Søren Høyer, Jakob Kristian Jakobsen, Thor Knak Jensen, Niels Marcussen, Gitte Wrist Lam, Thomas Hasselager, Peter Ole Thind, Birgitte Grønkær Toft, Torben Steiniche & Jørgen Bjerggaard Jensen (2018): Human papillomavirus and squamous cell carcinoma of the urinary bladder: DaBlaCa-10 study, *Scandinavian Journal of Urology*, DOI: [10.1080/21681805.2018.1531920](https://doi.org/10.1080/21681805.2018.1531920)
14. Youssef R, et al. Bilharzial vs non-bilharzial related bladder cancer: pathological characteristics and value of cyclooxygenase-2 expression. *BJU Int* 2011; 108: 31-7. DOI: [10.1111/j.1464-410X.2010.09854.x](https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2010.09854.x)
15. Hicks RM, et al. Association of bacteriuria and urinary nitrosamine formation with *Schistosoma haematobium* infection in the Qalyub area of Egypt. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1982;76(4):519-27.
16. Lagwinski N, et al. Squamous cell carcinoma of the bladder: a clinicopathologic analysis of 45 cases. *Am J Surg Pathol* 2007; 31: 1777-87. DOI: 10.1097/PAS.0b013e31805c9cd9
17. Felix AS, Soliman AS, Khaled H, Zaghloul MS, Banerjee M, El-Baradie M, El-Kalawy M, Abd-Elseyed AA, Ismail K, Hablas A, Seifeldin IA, Ramadan M, Wilson ML. The changing patterns of bladder cancer in Egypt over the past 26 years. *Cancer Causes Control*. 2008 May;19(4):421-9. doi: 10.1007/s10552-007-9104-7.
18. Scosyrev E, Yao J, Messing E. Urothelial carcinoma versus squamous cell carcinoma of bladder: is survival different with stage adjustment? *Urology*. 2009 Apr;73(4):822-7. doi: 10.1016/j.urology.2008.11.042.
19. Abol-Enein H, et al. Nonurothelial cancer of the bladder. *Urology* 2007; 69: 93-104. DOI: 10.1016/j.urology.2006.08.1107.
20. Damjanov I, Golubović M. Histopathology of urinary bladder carcinoma: less common variants. *Srp Arh Celok Lek*. 2011 Sep-Oct;139(9-10):693-9.