

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A METÁSTASIS GÁSTRICAS DE CARCINOMA UROTELIAL

J.M. Vázquez-Morón, A. Correia-Varela, B. Benítez-Rodríguez, R. González Gutiérrez, H. Pallarés-Manrique, M. Ramos-Lora

Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Resumen

Presentamos el caso de un varón que comenzó con hemorragia digestiva alta tras ser intervenido de tumoración vesical. La endoscopia oral apreció múltiples lesiones cuyo estudio histológico fue de metástasis de carcinoma. En TAC tórax-abdomen se observó neoplasia vesical avanzada con metástasis pulmonares, hepáticas, gástricas y esplénicas. El estudio anatomopatológico de la lesión vesical fue informado como carcinoma urotelial infiltrante.

Palabras clave: hemorragia digestiva alta, metástasis gástricas, carcinoma urotelial.

Abstract

We report the case of a man with upper gastrointestinal bleeding after surgery for bladder tumor. Oral endoscopy showed multiple lesions identified as metastatic carcinoma after histological study. Chest and abdomen CT scans showed an advanced bladder cancer with lung, liver, stomach and spleen metastasis. The pathological examination of the bladder tumor was identified as an invasive urothelial carcinoma.

Keywords: upper gastrointestinal bleeding, gastric metastases, urothelial carcinoma.

Introducción

La hemorragia digestiva es una de las patologías más frecuente que precisan estudio y tratamiento por parte de los especialistas en aparato digestivo. Las causas más frecuentes suelen ser úlceras gástricas o duodenales, varices esofágicas, lesiones vasculares o neoplasias gastrointestinales. Presentamos el caso de un paciente con hemorragia digestiva alta de etiología infrecuente.

Caso clínico

Varón de 62 años actualmente exfumador y exbebedor que presenta clínica de disuria, hematuria y pérdida de peso observándose en cistoscopia tumoración vesical que es reseca. Tras extirpación de lesión vesical presenta hemorragia digestiva manifestada como melenas con anemia severa precisando transfusión de hasta 10 concentrados de hemáties en 72 horas. Se realiza endoscopia oral observándose en cámara gástrica múltiples lesiones vasculares sobre placas sobrelevadas y ulceradas en fundus y cuerpo gástrico (Figura 1), algunas de ellas con sangrado activo donde se aplica esclerosante. Se toman muestras de estas lesiones. El estudio histológico informó de la presencia de focos de hemorragia junto con material necrótico que engloba células atípicas correspondientes a carcinoma. El estudio anatomopatológico de la lesión vesical fue informado como carcinoma urotelial indiferenciado, infiltrante y con invasión vascular. En TAC tórax-abdomen se apreció marcado engrosamiento

CORRESPONDENCIA

Juan María Vázquez Morón
juanma_cartaya@hotmail.com

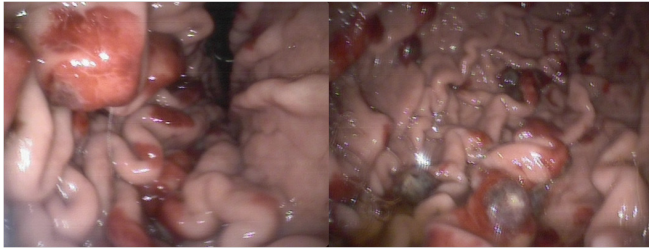


Figura 1 ~~~~~

Imagen endoscópica de lesiones vaculares sobreelevadas y ulceradas compatible con metástasis a nivel de cuerpo y fundus gástrico.

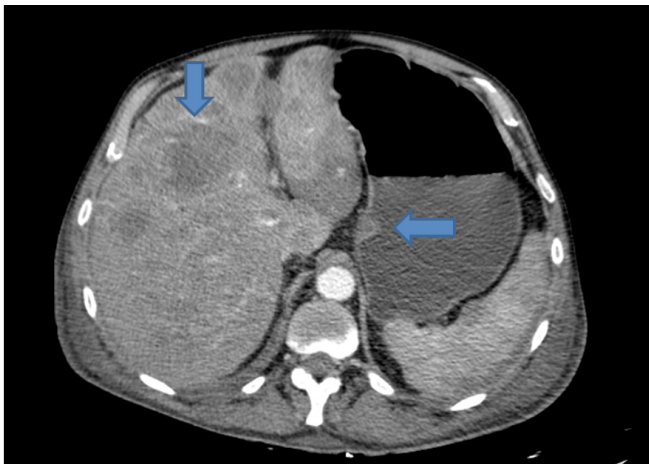


Figura 2 ~~~~~

Imagen radiológica en la que se observan metástasis hepáticas y metástasis en cuerpo gástrico.

mural de aspecto mamelonado que afecta a toda la pared vesical compatible con neoplasia vesical evolucionada observándose además múltiples metástasis pulmonares, con derrame pleural bilateral y neumotórax, metástasis hepáticas y múltiples implantes gástricos y esplénicos (Figura 2). Presenta episodio de fallo respiratorio con parada cardiorrespiratoria produciéndose el fallecimiento del paciente.

Discusión

Las metástasis gástricas de una neoplasia extradiigestiva son poco frecuentes, con una incidencia estimada en autopsias de pacientes con primitivo conocido, variable entre un 1,7% y 5%¹. Las neoplasias malignas primarias que metastatizan más comúnmente en el estómago son los carcinomas de pulmón, mama, urotelial y melanoma². Mediante endoscopia pueden evidenciarse como lesiones polipoideas pediculadas o en placa, única o múltiples; por lo general, de pequeño tamaño y localización submucosa, comprometiendo o no la mucosa, con una ulceración en el vértice comparable a la forma de un volcán. El diagnóstico diferencial endoscópico se plantea con el leiomioma ulcerado, tumor del estroma gastrointestinal, carcinoide, linfoma, sarcoma de Kaposi, granuloma eosinófilo y páncreas heterotópico³. Los síntomas

más frecuentes son dolor, hemorragias, vómitos y anorexia. El carcinoma urotelial es considerado la quinta causa más frecuente entre las neoplasias malignas del sexo masculino. Metastatizan principalmente en ganglios linfáticos regionales, pulmón, hígado y hueso. En una serie de 367 autopsias de pacientes con carcinoma urotelial sólo se hallaron 6 casos con presencia de metástasis gástricas⁴.

Bibliografía

1. Hohenberger P, Gretschel S. Gastric cancer. Lancet 2003; 362: 305-315.
2. Oda, Kondo H, Yamao T, Saito D, Ono H, Gotoda T, et al. Metastatic tumors to the stomach: analysis of 54 patients diagnosed at endoscopy and 347 autopsy cases. Endoscopy 2001; 33: 507-510.
3. Levine MS, Kong V, Rubesin SE, Laufer I, Herlinger H. Schirrouscarcinoma of the stomach: radiologic and endoscopic diagnosis. Radiology 1990; 175: 151-154.
4. Wallmeroth A, Wagner U, Moch H, Gasser TC, Sauter G, Mihatsch MJ. Patterns of metastasis in muscle-invasive bladder cancer (pT2-4): an autopsy study on 367 patients. Urol Int 1999; 62: 69-75.