

Genitourinario (197 - 250)

197

Mesotelioma de la túnica vaginal testicular.
C. Adnella, T. Soler, M.J. Fantova, R. Muns, JA Barranco, F. Algaba.
Consorci Sanitari de Mataró, Mataró; Fundació Puigvert. Barcelona

El mesotelioma de túnica vaginal es muy infrecuente, habiendo sido reportados sólo 65 casos. Presentamos un paciente de 31 años de raza negra que consulta por aumento de tamaño hemiescrotal izquierdo de un año de evolución. Con el diagnóstico de hidrocele se practica escrotomía izquierda, apreciándose tumoración de 2 cm. en túnica vaginal parietal. Se drena hidrocele y se realiza sección de la casa vaginal.

HALLAZGOS PATOLÓGICOS: Fragmento laminar de tejido que en el revestimiento interno muestra una tumoración bien delimitada de 2.4 cm. de configuración papilar y coloración pardusca. Histológicamente muestra proliferación de estructuras papilares con áreas fibrovasculares revestidas por células mesoteliales sin atipia con áreas de patrón tubulo-papilar o sólido con células fusiformes. A nivel de la base de implantación existen algunos nodos aislados que infiltran la pared.

Inmunoistoquímica: Las células neoplásicas expresan citoqueratina de forma difusa y focalmente vimentina. El antígeno carcino-embriionario es negativo.

COMENTARIO: El mesotelioma de la túnica vaginal testicular es muy infrecuente y suele presentarse clínicamente como un hidrocele con o sin masa escrotal.

-El diagnóstico en los tumores bien diferenciados se basa en la evidencia de invasión estromal.

-El diagnóstico diferencial se realiza con la hiperplasia mesotelial reactiva, tumor seroso papilar, tumor mülleriano óvico, carcinoma de la parte testis y tumor adenomatoide.

-El tratamiento es quirúrgico, siendo la exéresis total el factor pronóstico más importante ya que puede recurrir localmente en un 51% de los pacientes y provocar metástasis a distancia en un 38%.

198

¿ES POSIBLE PREDECIR LA AFECTACIÓN EXTRACAPSULAR DEL CARCINOMA DE PRÓSTATA MEDIANTE EL CÁLCULO DEL PORCENTAJE DE CÁNCER EN LOS CILINDROS DE BIOPSIA?

C. del Agua, P. Elena, C. Cebrán, M.J. Cardiel, M.J. Gil, C. Allepez.
HOSPITAL MIGUEL SERVET. ZARAGOZA

Introducción: Existen grandes dificultades en el estadije clínico preciso de los pacientes con cáncer de próstata. Intentamos, con nuestro estudio, predecir la afectación extracapsular mediante los datos indirectos aportados por la biopsia ecodirigida.

Material y Métodos: Estudiamos 70 pacientes sometidos a prostatectomía radical con intención curativa, analizando PSA, PSAD (PSA-densidad), PSADad, g^o de Gleason, uni o bilateralidad tumoral, porcentaje, n^o total de cilindros afectados y porcentaje de la longitud del cáncer sobre el total de la longitud de los cilindros. Estos datos se comparan con el estadije patológico, g^o de Gleason y volumen tumoral de la pieza quirúrgica.

Resultados: El 97% de los pacientes eran clínicamente organoconfinados (estadije clínico T1-T2) frente a sólo un 64.2% tras el estudio de la pieza quirúrgica (I. Kappa=0.1). El PSA preoperatorio no mostró diferencias estadísticamente significativas (D.E.S.) entre tumor confinado y no organoconfinado (U.de Mann-Whitney, p=0.15) pero sí el PSAD (p=0.039) y el PSADad (p=0.038). La uni o bilateralidad tumoral en los cilindros, el porcentaje del n^o total de cilindros afectados y el porcentaje de longitud de cáncer mostraron D.E.S. (p=0.02 y p=0.002 respectivamente) en relación al volumen tumoral pero no en cuanto a la organoconfinación (chi2, p=0.96; U.de Mann-Whitney, p=0.57 y p=0.12 respectivamente).

Conclusiones: El PSAD, PSADad y el grado de Gleason pueden contribuir a predecir el estadije patológico. El porcentaje y el n^o total de cilindros afectados por el tumor, así como el porcentaje de longitud total de los cilindros afectados se correlaciona con el volumen tumoral pero no con la organoconfinación patológica en estos pacientes seleccionados.

199

CARCINOMA DE CELULAS TRANSICIONALES PRIMARIO DE PRÓSTATA. PRESENTACION DE UN CASO.

E. Alonso, J.M. Blanco, M.J. Palomo, R. Gordon. Clínica San Rafael. Cádiz

El carcinoma de células transicionales primario de próstata es un tumor infrecuente, representando de un 1 a un 4 % de los carcinomas en este órgano.

El caso que presentamos es el de un varón de 72 años, con dos RTU previas por hiperplasia nodular realizadas en otro hospital, que acude por persistencia de los síntomas.

Microscópicamente se observa, entre glándulas con características típicas de hiperplasia nodular, la presencia de un carcinoma con células de hábito transicional, áreas de carcinoma "in situ" e infiltración del estroma. Las técnicas inmunoistoquímicas realizadas muestran negatividad para PSA y PAP en las células tumorales.

El interés de este tipo de tumor reside en su baja frecuencia, una vez excluida la posibilidad de que se trate de un carcinoma transicional de vejiga o uretra con infiltración secundaria de la próstata.

200

CARCINOMA PROSTATICO: COMPARACION DE PARAMETROS PRONOSTICOS CONVENCIONALES CON RESULTADOS DE ANALISIS DE ADN POR CITOMETRIA DE FLUJO.

H. Alvarez-Argüelles, J. Abreu-Falcón, D. Castro, C. García Castro, C. Manzano Sanz, L. Díaz-Flores.
Hospital Universitario de Canarias (Fac. Medicina de la Laguna). Tenerife.

OBJETIVOS: Estudio del significado pronóstico de factores patológicos clásicos en el carcinoma prostático, correlacionándolos con supervivencia de casos, así como con datos de determinación de ploidía y de fracción celular en fase S mediante citometría de flujo.

MATERIAL Y METODO: Se han revisado los historiales clínicos y material biopsico (piezas, RTU y cilindros prostáticos) de 108 casos con carcinoma prostático, con el fin de valorar parámetros patológicos tales como: estadije clínico-patológico, patrón histológico, mediante el índice sumatorio de VACRG (IS), grado de anaplasia nuclear (GN), necrosis tumoral y reacción inflamatoria estromal. Para el estudio de citometría de flujo (CF), de bloques de tumores incluidos en parafina, se han realizado cortes de 30 micras, seguidos de desparafinación, disgregación mecánica y digestión enzimática en pepsina al 0,5%. A continuación, las suspensiones de núcleos celulares fueron teñidas con yoduro de propidio y analizadas mediante un citómetro EPICS Profile II (Coulter C.). El seguimiento de los pacientes para valorar supervivencia osciló entre 3 y 10 años.

RESULTADOS: Se ha demostrado cierto grado de correlación del estadije con GN (en estadije A ningún caso fue GN=3 y el 75% fueron GN=1, mientras que en estadije D casi el 50% fueron GN=3), así como con el IS (en estadije A solo un caso tuvo IS=7, mientras que en el estadije D el 50% presentaron IS=7). En 82 casos fue factible valorar la ploidía (78,8% fueron diploides y 23,17% aneuploides), mientras que fíblemente se pudo calcular el IP en 37 casos. La aneuploidía no se presentó en casos con IS < 5 e independientemente de estadije, la ploidía fue aproximadamente 2 veces más frecuente que la aneuploidía. El IP en tumores aneuploides fue alto (por encima del 15%). En tumores diploides el IP < 10%, solo se presentó en un caso (8,3%) con IS=7, mientras que se observaron tumores con GN=3 con dicho IP. La supervivencia atendiendo al estadije A, B, C y D fue respectivamente de 85,7%, 36,5%, 10% y 0%. Los casos con necrosis microscópica coincidieron con pacientes fallecidos y además ninguno de ellos se encontraba en estadije A.

CONCLUSIONES: Los factores más determinantes de la supervivencia en este estudio han sido el estadije tumoral y la necrosis. Se ha observado correlación del estadije con el GN y el IS. El porcentaje de aneuploidía fue escaso y no se presentaron casos con IS bajo. El IP en tumores aneuploides fue sensiblemente alto (> 15%), mientras que ningún tumor diploide con IP < 10%, presentó una puntuación de GN máxima de 3.

201 METASTASIS GANGLIONAR CERVICAL COMO PRIMERA MANIFESTACION DE SEMINOMA TESTICULAR. PRESENTACION DE UN CASO Y REVISION DE LA LITERATURA.

T Aramendi, R Revestido, G Lopez-Alonso y F Cermeño
H. Ntra Sra de Sonsoles. Avila

El seminoma es el tumor testicular mas frecuente (30-50% de los casos). Su edad de aparición presenta dos picos de incidencia: 20-30 años, y en la 6ª década. Las metástasis en el momento de la exploración clínica son frecuentes (alrededor del 40% de los casos en la forma de presentación como seminoma puro); su localización es múltiple, habiéndose descrito en ganglios linfáticos (fundamentalmente loco-regionales, como inguinales, retroperitoneales), hígado, pulmón, etc.

Presentamos un caso de seminoma testicular en varón de 29 años, cuya primera manifestación clínico-patológica es una metástasis como teratocarcinoma en ganglio cervical. Se analizan fundamentalmente dos aspectos: la forma de inicio de la enfermedad, y la incidencia de metástasis como tumor no seminomatoso (teratocarcinoma).

202 GRANULOMA DE CELULAS PLASMATICAS DE LA PELVIS RENAL. B Báez, E Redondo, A Rey, C Díaz-Cascajo, M Rapariz, M Martín.
Hospital Ntra. Sra. del Pino. Las Palmas.

INTRODUCCION. Los granulomas de células plasmáticas (GCP) se incluyen entre los pseudotumores inflamatorios y están compuestos predominantemente por células plasmáticas maduras, politípicas, sin proliferación mesenquimal relevante asociada, sobre un estroma fibromixoide de tipo tejido de granulación. Los GCP del tracto urinario son excepcionales y solo hemos podido encontrar referencia de cinco casos (dos en vejiga, dos en pelvis renal y uno en riñón).

EXPOSICION DEL CASO. Varón de 24 años con hematuria intensa, total, y masa en pelvis renal derecha, de contornos nítidos y 4 cm. de diámetro, demostrada por TAC y urografía intravenosa. La arteriografía reveló que estaba pobremente vascularizada. La masa se extrajo completa por pielotomía. El diagnóstico intraoperatorio sugerido de pseudotumor inflamatorio tipo GCP se confirmó tras estudio inmunohistoquímico diferido, que mostró su carácter policlonal. Tras dos años de seguimiento no se han detectado complicaciones.

DISCUSION. El diagnóstico diferencial debe establecerse, básicamente, con a) proliferaciones plasmocelulares neoplásicas (mieloma múltiple y linfoma plasmacítico o rico en células plasmáticas) y b) tejido de granulación, que puede rodear a otra lesión subyacente. El presente caso sería el tercero localizado en pelvis renal y el segundo tratado conservadoramente mediante anucleación.

203 SOBREENPRESION DE p53 EN CARCINOMA UROTELIAL DE PELVIS RENAL Y URETER. RELACION CON EL INDICE DE PROLIFERACION Y LA SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO.

B. Baez, A. Rey, PC. Lara, E. Redondo, M. de la Vega, R. Apolinario, E. Valdes, M. Martín.
Hospital Ntra. Sra. Del Pino, Las Palmas.

PLANTEAMIENTO. Hasta donde sabemos, nunca se había evaluado la utilidad clínica de p53 en esta topografía.

M y M. Se incluyeron 83 pacientes diagnosticados y tratados desde 1975 a 1993. Tras inmunotinción con anticuerpo anti-p53 se estudió la relación de la expresión de p53 con los factores clínico-patológicos clásicos (Mann-Whitney T-test y ANOVA) y con la supervivencia mediante análisis univariante (log-rank test) y multivariante (Cox).

RESULTADOS. La sobreexpresión de p53 se correlacionó de forma estadísticamente significativa con el índice de proliferación (Ki 67), T, N, estadio e invasión vascular y perineural, y resultó de valor pronóstico en la supervivencia a largo plazo.

CONCLUSIONES. La inmunotinción con anticuerpo anti-p53 permite detectar pacientes de mucho menor riesgo en el grupo, teóricamente desfavorable, de tumores de alto grado y estadio avanzado y, combinada con el índice de proliferación (Ki 67), es un factor predictivo de supervivencia en el análisis multivariante.

204 ¿ADENOMA METANEFRICO CON INFILTRACION GRASA PERIRRENAL?. A PROPOSITO DE UN CASO.

M Douso, L Parra, S Valdez, MA Limeres
Hospital del Bierzo, Ponferrada, León

Presentamos el caso de un tumor renal que macro y microscópicamente cumple las premisas diagnósticas de un adenoma metanefrico, pero que, como rasgo distintivo, presenta un componente infiltrativo en la grasa perirrenal.

El adenoma metanefrico es una forma infrecuente de adenoma renal sin potencial maligno, cuya importancia radica en el diagnóstico diferencial con el ca de células renales y el tumor de Wilms

Macroscópicamente se trata de tumores con un tamaño medio de 5 cm, que pueden ser o no encapsulados, tener áreas quísticas y calcificaciones, hemorragia y necrosis.

Microscópicamente estan constituidos por células epiteliales pequeñas que forman acinos separados por un estroma acelular. Menos frecuentemente pueden existir formaciones tubulares, glomeruloides o polipoideas y papilares. La mayoría muestra fenómenos regresivos en forma de cicatrización y calcificación.

El comportamiento, tras nefrectomía, es siempre benigno.

Nuestro caso se trataba de un tumor renal derecho, bien delimitado, de 2.5 cm de Ø, en una mujer de 59 años. Histológicamente presentaba un componente acinar y papilar con cuerpos de psammoma. Sin embargo, la buena delimitación macroscópica no se confirmaba, puesto que numerosos grupos tumorales infiltraban la grasa perirrenal. Se realizó nefrectomía radical sin plantearse otras posibilidades terapéuticas, puesto que se descartó el tumor de Wilms epitelial.

Tras una exhaustiva búsqueda bibliográfica no hemos podido responder a la pregunta: ¿Se puede mantener, con estas características, el diagnóstico de adenoma metanefrico, y asumir por tanto su comportamiento benigno?

205 SARCOMA RENAL DE CELULAS CLARAS ASOCIADO A TUMOR NEUROECTODERMICO PRIMITIVO DEL S.N.C.

I. Casado, M.B.J. Hernández, M. Chao, E. Sierra, J. Blanco y A. Martínez. H.C. San Carlos. Madrid

El sarcoma renal de células claras, antiguamente considerado una variante morfológica de tumor de Wilms, es de origen incierto, siendo las células histológicamente indiferenciadas, aunque algunos reconocen diferenciación hacia mesénquima nefrogénica primitivo. Supone entre un 4 y un 5 % de los tumores renales de la infancia, siendo la edad media de aparición los 2 años.

Presentamos el caso de una niña negra, de 9 meses de edad, con tumor renal izdo, asociado a tumor cerebral a nivel de la línea media, con dilatación ventricular. Ambos fueron diagnosticados de forma simultánea, el tumor renal como sarcoma de células claras y el cerebral como tumor neuroectodérmico primitivo con diferenciación astrocitaria y neuronal.

La asociación con un tumor cerebral, como ocurre en nuestro caso, no ha sido descrita, sí en cambio, en el tumor rabdoide renal, con el cual se planteó diagnóstico diferencial. Macroscópicamente, es un tumor bien delimitado, localizado en la medular. Es de consistencia firme y al corte muestra una superficie homogénea, gris parduzca, de aspecto mixoide y con áreas hemorrágicas. Microscópicamente, se observan nidos y cordones de células pequeñas, delimitados por un estroma fibrovascular evidente. Las células tienen un citoplasma claro, a veces vacuolado y un núcleo redondo y normocromático. El índice mitótico es bajo.

El pronóstico es malo, con un alto índice de recaídas y de metástasis, existiendo predilección por el sist. esquelético.

206 CARCINOMA DE CELULA PEQUEÑA DE VEJIGA URINARIA. PRESENTACION DE CINCO CASOS.

J Casaleis, G González, P Forcada, X Farroch, R Bastús y A. Salas.
Hospital Mutua de Terrasa Barcelona

INTRODUCCION: El carcinoma de célula pequeña de vejiga urinaria es un tumor muy agresivo y poco frecuente, siendo su incidencia inferior al 1% de los tumores primarios vesicales.

OBJETIVO: Describir los hallazgos patológicos y la respuesta al tratamiento de 5 casos de carcinoma de célula pequeña de vejiga urinaria diagnosticados en nuestro centro en un período de 3 años.

MATERIAL Y METODOS: Todos los pacientes fueron diagnosticados por cistoscopia y biopsia. Se trataba de varones, con hábito tabáquico importante y con edades comprendidas entre los 36 y 71 años. Desde el punto de vista histológico, los tumores se dividieron de acuerdo a la clasificación existente para el carcinoma de célula pequeña de pulmón. El estudio inmunohistoquímico incluyó Sinaptofisina, Enolasa, Cromogranina, Cam 5.2, EMA, PSA y Antígeno leucocitario común. Los pacientes fueron tratados con el mismo esquema terapéutico utilizado para el carcinoma de célula pequeña de pulmón, inicialmente con quimioterapia sistémica y, en caso de respuesta clínica, con radioterapia radical. En dos de los pacientes se realizó una cistectomía.

RESULTADOS: El estudio histológico mostró 4 tumores mixtos, en donde el componente de célula pequeña predominaba de manera importante sobre el de célula grande y un tumor combinado, que mostraba focal diferenciación glandular y escamosa. Todos los tumores infiltraban capas musculares. Con tinción de inmunohistoquímica se observó positividad en todos los casos para Sinaptofisina, Enolasa y EMA, en 4 casos para CAM 5.2 y negatividad en todos para Cromogranina, PSA y Antígeno leucocitario común. De los dos casos cistectomizados, en uno de ellos la pieza únicamente demostró componente de célula grande. Un paciente falleció a los 10 meses del diagnóstico y los otros permanecen bien y libres de enfermedad tras un seguimiento de entre 13 y 46 meses.

CONCLUSION: Nuestro hospital asiste a una población con un índice alto de cancer de vejiga. Por ello, a pesar de la baja incidencia del carcinoma de célula pequeña de vejiga urinaria, hemos podido diagnosticar 5 casos en un período de 3 años. Todos los casos muestran componente mixto de célula pequeña y de célula grande, diferenciada o no, y en ningún caso se acompañan de carcinoma transicional. La respuesta al tratamiento es buena, comparada con otras series, no siendo necesaria la cistectomía en algunos casos.

207 TUMOR DE SERTOLI-LEYDIG HISTOLOGIA, BIOLOGIA Y TRATAMIENTO A PROPOSITO DE UN CASO.

Montse Castro Fornis, Isabel Moreu, * Jesus Blanch, ** Montse Boleda, ***Ramón Villalabeta, Xavier Encinas y ****Angel García. Servicio de Anatomía Patológica, * Servicio de Medicina, ** Oncología y *** Cirugía General HR Sant Camil, **** Servicio de Anatomía Patológica HR Vall d'Hebrón.

Los tumores de los cordones sexuales y el estroma del ovario se presentan con una incidencia del 5% y concretamente los tumores de Sertoli-Leydig representan el 0.1%. Existen múltiples patrones histológicos de presentación que junto con la biología variable y la escasa frecuencia de presentación favorecen la confusión terminológica y la incertidumbre en relación a la terapia más adecuada. Con el propósito de revisar estos aspectos presentamos este caso y se comenta el significado de la alfa-fetoproteína como marcador serológico en el seguimiento.

Se trata de una paciente de 41 a. bebedora habitual, afecta de Sd. depresivo desde hace 5 a. En el ingreso para estudio de MEG. cuadro tóxico y dificultado a la marcha se le diagnosticó hepatopatía crónica enólica con polineuritis secundaria y Sd. cerebeloso. Se detectó de forma casual una tumoración ovarica D. Análiticamente destacaba alfa fetoproteína de 350. Se realizó histerectomía y anexectomía bilateral con lavado peritoneal.

Macroscópicamente se identificó una tumoración de 1690gr. de 17x14.5x9,5 cm de aspecto heterogenea (sólido-quística). Al corc. focos de necrosis y hemorragia y areas sólidas blanquecinas. Microscópicamente el patrón también era heterogeneo con areas retiformes predominantes y elementos mesenquimales maduros de tipo condroide. Existía una doble población estromal indiferenciada (Leydig) y tubular (Sertoli). El diagnóstico fue de TUMOR DE SERTOLI-LEYDIG CON ELEMENTOS HETERÓLOGOS Y PATRÓN RETIFORME bilateral. Estadio IB. La paciente no recibió QT asociada y a los 12 meses ha presentado recidiva tumoral pelvica en estudio.

208 TUMOR MALIGNO DE VEJIGA URINARIA CON RASGOS RABDOIDES

Fina Climent, Raúl Ortega, Felip Viardell, Angels Torregrosa y Enric Condom. Clíntat Sanitària i Universitària de Bellvitge, L'Hospitalet, Barcelona

INTRODUCCIÓN

El tumor rabdoide (TR) maligno extrarenal es un tema muy debatido. Está en discusión si representa una entidad clinicopatológica o un fenotipo compartido por otras neoplasias. En vejiga urinaria ha sido descrito en 2 ocasiones. Nosotros presentamos un nuevo caso en un adulto.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 67 años, sin antecedentes de interés, que fue remitido desde otro centro por anuria obstructiva con nefrostomía izquierda. Se realizó RTU de vejiga urinaria que fue informada como tumor maligno de alto grado. Con este diagnóstico se practicó cistoprostatectomía radical que mostró una tumoración ulcerada de 4 x 3 cm con infiltración macroscópica del tejido adiposo del peritoneo y de ambos lóbulos prostáticos. Histológicamente el tumor estaba constituido exclusivamente por células rabdoides típicas (nucleo muy prominente y citoplasma eosinófilo que desplazaba el nucleo). Estas células tumorales mostraban positividad para CAM5.2, vimentina, también para hCG y sobreexpresaban p53. La evolución del paciente fue desfavorable y murió al cabo de un mes de haberse realizado el diagnóstico.

DISCUSIÓN

El TR maligno renal es considerado una entidad clinicopatológica por sus características clínicas y patológicas bien definidas. En cambio, los TR extrarenales son problemáticos. Existen algunos tumores que después de un exhaustivo estudio microscópico, inmunohistoquímico y ultraestructural deben ser asignados a esta categoría. Las implicaciones pronósticas de este fenotipo son constantes, lo que justifica el uso del término rabdoide en el diagnóstico.

Nuestro caso expresa hCG. Este hecho no se ha referido en la literatura hasta ahora. La expresión de hCG en otros tipos histológicos y otras localizaciones ha sido considerado un factor de mal pronóstico.

209 p53 Y E-CADHERINA (E-CD) EN CARCINOMA TRANSICIONAL DE VEJIGA URINARIA (CCTV).

E Condom, F Riu, A Torregrosa, I García del Muro, M Verdú, J Muñoz, F Viqués, A Coma, A Fabra, JR Cerná. Hosp. Ppes de España, Institut de Recerca Oncològica, Institut Català d'Oncologia, CSO Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Objetivos. Estudiar la sobreexpresión y mutaciones de p53 y la expresión de E-CD en CCTV, en relación con parámetros de agresividad clínica.

Material y Métodos. 42 casos de CCTV y 4 muestras de urotelio normal. Estudio inmunohistoquímico (IHQ) sobre secciones de parafina de E-CD y p53 (anticuerpos PAb1801, DO-1 y MO-195). Muestras congeladas para SSCP y secuenciación directa de los exones 4 a 9. Análisis de supervivencia sobre 38 pacientes. Mediana de seguimiento de 21 meses.

Resultados. Por IHQ se halló sobreexpresión de p53 (positividad de al menos un anticuerpo) en 20 casos. En 19 se identificaron mutaciones. La presencia de p53 mutado se correlacionaba con el grado y con el estadio, pero no con la supervivencia. En 66% de los tumores se encontró disminución o pérdida de la expresión de E-CD, que se correlacionaba con el grado, con el estadio y tenía valor predictivo independiente en el estudio de supervivencia.

Conclusiones. 1. La IHQ es un buen método para detectar mutaciones de p53 en CCTV. 2. La sobreexpresión de p53 parece identificar un subgrupo de tumores más agresivos. 3. La pérdida o disminución de la expresión de E-CD se asocia con alto grado e invasividad y con peor supervivencia en CCTV.

210 SINDROME DE REGRESION TESTICULAR. (A propósito de 6 casos).

L.Cuesta, R Guarch, A Echegoyen, P. Pascual.

Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

INTRODUCCION

El síndrome de regresión testicular esta definido como la ausencia parcial o completa de tejido testicular unilateral o mas raramente bilateral, con o sin epididimo, cordón espermático rudimentario y presencia de genitales externos normales en varones con cariotipo XY.

Aunque es un síndrome ampliamente descrito en Cirugía Pediátrica son muy pocos los casos descritos desde el punto de vista histológico, por lo cual describimos seis nuevos casos observados en nuestro hospital durante los años 1994-1996.

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 6 casos desde el punto de vista clínico y anatomopatológico, correspondiente a 6 varones de edades comprendidas entre 11 meses y 6 años con este síndrome. La pieza quirúrgica se incluyó en su totalidad para descartar la presencia o no de tejido testicular.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En 5 casos el lado afectado correspondía al testículo izquierdo y solo en un caso al lado derecho.

Macroscópicamente, en la pieza quirúrgica se reconoció en los 6 casos, una masa de coloración blanquecina y consistencia elástica. No se reconocía tejido testicular.

Histológicamente, no se observó parenquima testicular y en su lugar se observaba proliferación de fibras de colágeno que se asociaban con proliferaciones vasculares en 4 casos y de estos en 2 casos había proliferación de fibras nerviosas. En 3 casos se observó la presencia de hemosiderina y en 2 de ellos había además calcificaciones. En 3 casos se observó la presencia de epididimo siendo hipoplásico en 2. El conducto deferente se identifica en 5 casos, 3 hipoplásicos y 2 normales.

Los hallazgos de calcificaciones y depósito de hierro sugieren un origen isquémico de la lesión, esto junto a la edad temprana de estos pacientes, apoya la teoría de torsión intraútero como base de este síndrome.

211 VARIACION INTEROBSERVADOR EN EL DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO DE CARCINOMA UROTELIAL.

R. Durán, J. de Sus, F. Ribón, I. Aranda* y J. Gómez*.
Hospital General de Elda y Hospital General de Alicante*

OBJETIVO: Hemos examinado 106 muestras de biopsias de vejiga urinaria piezas de cistectomía y de nefrectomía, con el objetivo de determinar la variación en el diagnóstico del grado histológico del carcinoma urotelial.

METODOS: Se empleó la clasificación de Ash que divide los tumores uroteliales en cuatro grados. Las muestras las estudiaron tres observadores y para cuantificar el grado de acuerdo entre los observadores se valoró el índice de acuerdo (IA) o concordancia simple y el índice Kappa.

RESULTADOS: La concordancia entre los observadores, determinada por estos dos índices, fue buena. Entre el observador primero y segundo hubo un índice de acuerdo (IA) del 71% y un índice Kappa ponderado de 0,80. Entre el segundo y el tercero un IA del 72% y un Kappa ponderado de 0,81 y entre el primero y el tercero un IA del 80% y un Kappa ponderado de 0,85. También se determinó el acuerdo entre los observadores para cada grado histológico por separado. Para el grado I el índice Kappa fue de 0,42, para el grado II de 0,69, para el grado III de 0,48 y para el grado IV de 0,72. El índice Kappa global fue de 0,62.

CONCLUSIONES: Pensamos que la clasificación de Ash, a la vista de los resultados, es un buen sistema para graduar los tumores uroteliales, aunque sería recomendable comparar resultados con otros trabajos en los que se use esta clasificación.

RETIRADO DE PROGRAMA

213

DETECCIÓN DE APOPTOSIS EN CARCINOMA DE PRÓSTATA: TUNEL vs HEMATOXILINA-EOSINA.
 A.L. Escudero¹, F. Algaba², I. de Torres³ y A. López-Beltrán¹
¹Facultad de Medicina, Córdoba ²Fundación Puigvert, Barcelona y ³Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona

OBJETIVO: El establecimiento de índices apoptóticos en carcinomas de próstata está adquiriendo relevancia en virtud de sus implicaciones pronósticas. En el presente estudio se comparan los dos métodos más utilizados en la literatura para la determinación de estos índices, el TUNEL (Tdt-mediated dUTP Nick End Labelling) frente a la tinción con hematoxilina-eosina (H&E).

MATERIAL Y METODOS: Se seleccionaron 41 casos de carcinoma de próstata diagnosticados por biopsia de aguja teñidas con H&E donde se siguieron criterios establecidos para la detección de apoptosis. En cortes adicionales la apoptosis se identificó mediante el método TUNEL (Apoptag™, Oncor Inc, Gaithersburg, MD). Un mínimo de tres campos por cada patrón tisular (normal, Gleason 1º y Gleason 2º) y por cada tinción fueron cuantificados. Los índices apoptóticos se expresaron como porcentaje de células en apoptosis respecto del número total de células contadas. Las distribuciones se compararon mediante el test Wilcoxon Signed-Ranks.

RESULTADOS: Los índices apoptóticos medios para los distintos patrones oscilaron entre 0.24 a 0.57 (TUNEL) y 0.23 a 0.64 (H&E). Los índices apoptóticos según el score de Gleason oscilaron entre 0.0 a 0.68 (TUNEL) y 0.0 a 0.54 (H&E). Una división en Gleason bajo (score 2-6) y alto (score 7-10) grados, proporcionó índices apoptóticos de 0.49 a 0.64 (TUNEL) y 0.5 a 0.8 (H&E). El análisis estadístico indicó que no existen diferencias significativas en la medida del índice apoptótico por ambos métodos (Normal: p=0.53; Gleason 1º: p=0.36; Gleason 2º: p=0.41).

CONCLUSIÓN: Nuestro estudio indica que ambos métodos son igualmente válidos en el establecimiento de índices apoptóticos en cáncer de próstata.

UTILIDAD DE LA CITOMETRÍA DE ADN EN LOS CARCINOMAS DE CELULAS RENALES.

215 R. Funez, I. García, M. Álvarez, L. Vicioso, I. Ramírez, A. Matilla.
 Complejo Hospitalario Carlos Haya, Hospital Clínico Universitario, Facultad de Medicina, Málaga.

Los carcinomas de células renales (CCR) presentan una gran variabilidad tanto en su morfología como en su evolución. Muchas veces imprevisible. Para determinar si la ploidía puede tener utilidad clínica en el pronóstico de los CCR realizamos un estudio retrospectivo en 195 casos de piezas quirúrgicas de riñones con CCR y oncocitomas de los que conocemos la evolución en 136 (69.4%). En 88 casos se trataba de carcinomas de células claras (45.6%), 20 de células granulares (10.4%), 14 de células mixtas (7.3%), 27 de células basófilas (13.9%), 12 sarcomatosas (6.3%), 21 de células cromófolas (10.7%), 4 de células de conducto colector (2.1%) y 6 de células oncocíticas (3.2%). Se realizó análisis de ADN por citometría de imagen de extensiones celulares, obtenidas por disgregación de bloques de parafina y teñidas con técnica de Feulgen en 186 casos con la intención de comparar la ploidía con otras variables morfológicas y clínicas para efectuar posteriormente estudios de supervivencia a un, varias y multivariantes. Se consideraron dos modelos de ploidía: uno con sólo dos grupos (diploides y aneuploides) y otro estratificado en tres grupos: hipodiploides/diploides, hiperdiploides y tetraploides/hipertetraploides. También se contabilizó el porcentaje de células que correspondían a cada uno de los intervalos de ploidía en los histogramas de ADN. Fueron diploides 94 casos (50%), 6 casos hipodiploides (3.2%), 53 casos hiperdiploides (28.2%), 24 tetraploides (12.8%) y 11 hipertetraploides (5.9%). Se encontraron correlaciones significativas (p<0.05) de la ploidía con variables tales como el estadio, grado nuclear y presencia de recidivas.

En el estudio de supervivencia (Kaplan-Meier) se encontraron diferencias significativas entre los diferentes grupos de ploidía (test log-Rank p=0.0000) en los dos modelos. El grupo de pacientes con un porcentaje de células tetraploides mayor del 10% presentó un significativo peor pronóstico.

En el estudio multivariante de regresión logística la ploidía se mostró como variable independiente para clasificar adecuadamente a los pacientes en dos grupos: vivos o fallecidos en el último control, obtenidos en el seguimiento tras la cirugía.

En el estudio multivariante de regresión de Cox la ploidía (en el modelo de tres grupos) se mostró como variable independiente significativa. Concluimos que la ploidía y otros datos obtenidos por citometría de ADN pueden ser de utilidad clínica y tener valor pronóstico en los CCR.

214

ESTUDIO COMPARATIVO ANATOMOCLINICO Y BIOCINETICO DEL CARCINOMA RENAL DE CELULAS CROMÓFOLAS. ESTUDIO DE SUPERVIVENCIA.
 R. Funez, I. García, E. García, M. Álvarez, L. Vicioso, A. Matilla.
 Complejo Hospitalario Carlos Haya, Hospital Clínico Universitario, Facultad de Medicina, Málaga.

Realizamos un estudio comparativo entre 21 casos de carcinomas renales de células cromófolas (CRCC) y 112 casos de otros tipos de carcinomas renales (valorando variables anatómicas, clínicas y biocinéticas) en un estudio de supervivencia. El primer estudio de grado nuclear indicó un índice de ADN ploidía de ADN, área nuclear y de supervivencia en los dos grupos.

Se realizó un estudio de correlación entre las variables clínicas (puntuación de los valores de puntuación de los datos) con los datos de supervivencia. Para variables dependientes y estadística de Levene para homogeneidad de las varianzas. El nivel de significación se consideró en el 0.05. Se realizó estudio de supervivencia entre los dos grupos según el índice de Kaplan-Meier.

En 12 casos eran mujeres y en 9 varones. La edad media fue de 58.85 años. De los 21 casos de CRCC 14 eran de variante epinófica y 7 de la variante clásica. En el 28.4% de los casos era el tipo de crecimiento en 3 el color descrito fue amarillento y en 14 negro. El tamaño tumoral medio fue de 3.00 cm. En 2 casos se encontró multicentricidad. Los tumores se localizaron en 9 a distancia de los polos superior e inferior. Se abordó mediante nefrectomía parcial o total en 11 grados I y II, 7 grados III y 3 grado IV. Se abordó mediante nefrectomía total en 10 casos con moderados focos, presentando el resto un grado de necrosis. Se encontraron estadíos poco avanzados (15 casos con estadío I-4 con estadío II y 6 con estadío III). El índice de mitosis fue de 1.65 mitosis X 100 CGA. Se realizó citometría de ADN de células parafrina disgregadas en 20 casos, encontrándose una media de 2.0 de células de ADN con 1.53% de células tetraploides, 8 diploides, 5 hiperdiploides y 1 triploide. El índice de ADN medio fue de 1.53. El porcentaje medio de células tetraploides fue de 5.26%. El área nuclear media de la población más representativa en los histogramas fue de 37.08 micras cuadradas. El seguimiento medio fue de 59.5 meses (6-120 meses) y todos los pacientes estaban vivos en el momento de la última revisión. El estudio de supervivencia mostró una mejor supervivencia en el grupo de CRCC (test log-rank=0.0000).

En consecuencia el CRCC presenta unas características diferenciales con respecto a otros tipos de células renales que en nuestro estudio corresponden a el color, parco de la ploidía y menor tendencia a presentar un menor índice mitótico, peculiaridades en la ploidía de ADN, tamaño y presencia de focos de necrosis. El estudio de supervivencia mostró una mejor supervivencia en el grupo de CRCC (test log-rank=0.0000).

En consecuencia el CRCC presenta unas características biológicas diferentes del resto de carcinomas de células renales que en nuestro estudio corresponden a el color, parco de la ploidía y menor tendencia a presentar un menor índice mitótico, peculiaridades en la ploidía de ADN, tamaño y presencia de focos de necrosis. El estudio de supervivencia mostró una mejor supervivencia en el grupo de CRCC (test log-rank=0.0000).

216 QUISTE MULTICOLAR RENAL. HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS Y CITOLÓGICOS DE DOS CASOS.
 Elsa García, Rafael Funez.
 Hospital de la Serranía, Ronda, Málaga.

Comunicamos dos casos de quiste multicolar renal que hemos estudiado en nuestro Servicio. En uno de ellos se realizó punción y citología previamente a la extirpación. Se trataba de dos pacientes varones de 73 y 66 años con masas renales descubiertas por ecografía y que fueron nefrectomizados por la sospecha de tumor renal. En uno de ellos se apreció un cálculo en uréter. Los tamaños de los quistes fueron de 4 y 8 cms de diámetros máximos. En ambos casos contenían un líquido de aspecto seroso transparente y estaban constituidos por múltiples tabiques que delimitaban quistes separados por septos fibrosos bien delimitados del parénquima renal.

La citología de punción mostraba escasas células de aspecto macrofágico y algunas de aspecto epitelial sin atipia citológica.

Histológicamente los septos fibrosos estaban recubiertos por un epitelio muy aplanado o inexistente. Los septos fibrosos ocasionalmente presentaban conductos renales maduros y en ningún caso se apreciaron restos embrionarios o focos de células claras.

El quiste multicolar renal es una entidad de nomenclatura confusa y de origen poco claro. El término más usado actualmente es el de nefroma quístico. Puede plantear problemas de diagnóstico diferencial tanto clínicos como histopatológicos. Los casos que presentan restos embrionarios tienden a ser considerados como variantes multiquísticas de un tumor de Wilms y existen casos raros en los que se pueden encontrar grupos de células claras a las que se les ha atribuido un posible potencial maligno, aunque no se han comunicado metástasis en ninguno de los casos comunicados. Desde el punto de vista práctico habría que tener en cuenta para estos casos que la nefrectomía es curativa por sí misma.

217

FIBROSARCOMA DE VEJIGA

G. Garjo, M.R. Ortiz, F. Pérez, M. Lobet y L. Bernadó.
 Hospital Dr. Josep Trueta, Girona.

Introducción: La mayoría de los casos de fibrosarcoma vesical descritos en la literatura corresponden a tumores de músculo liso o carcinomas sarcomatoides. En esta comunicación reportamos un caso de fibrosarcoma vesical con estudio inmunohistoquímico y ultraestructural.

Caso Clínico: Varón de 74 años, que ingresó por un cuadro de disuria y hematuria. En el estudio cistoscópico se objetivó una gran tumoración de la que se tomaron biopsias por resección transuretral. Posteriormente se practicó una cistectomía total. El estudio macroscópico evidenció una gran tumoración polipoidea y pedunculada de 10 x 9 x 5 cm de diámetro, que ocupaba prácticamente toda la cavidad vesical. El estudio óptico de las múltiples secciones practicadas, demostró la presencia de una neoplasia fusocelular monofásica atípica, sin componente carcinomatoso. El estudio inmunohistoquímico fue negativo para las citoqueratinas, CEA, EMA, proteína S-100, SMA, MSA y desmina. La Vimentina fue fuertemente positiva, existiendo una expresión focal para la bcl-2. El Ki 67 mostró un alto índice proliferativo. La p53 fue negativa. El examen ultraestructural evidenció una población monomorfa de células con fenotipo fibroblástico, que poseían un RER prominente.

Discusión: El diagnóstico diferencial de las lesiones fusocelulares vesicales incluye a los carcinomas fusocelulares o carcinomas sarcomatoides, sarcomas primarios, melanomas, y lesiones benignas pseudosarcomatosas (nódulo postoperativo de células fusiformes, pseudotumor inflamatorio). Los estudios inmunohistoquímicos y ultraestructural son imprescindibles para establecer la naturaleza de dichas lesiones.

218

ESTUDIO DE LA PROLIFERACIÓN CELULAR MEDIANTE ÍNDICE MITÓTICO, CITOMETRÍA DE FLUJO Y KI-67 EN EL CARCINOMA CROMÓFOLAS RENAL

J J Gómez-Román, F Fernández Fernández, J F Val-Bernal
 Hospital Universitario "Marqués de Valdeilla", Santander, Cantabria

Hemos revisado 306 casos de carcinoma de células renales diagnosticados entre los años 1971 y 1994, de los que 9 se clasificaron como carcinomas cromófolos (2,94%). En todos ellos realizamos el conteo mitótico referido a 10 campos de gran aumento y el índice referido a 1000 células según el método de Simpson. Estudiamos la ploidía y los parámetros de proliferación celular medidos mediante citometría de flujo así como la actividad proliferativa mediante estudio inmunohistoquímico con Ki-67 (MIB-1).

Dos de los pacientes fueron mujeres en estado de gestación. Ninguno de los tumores presentó metástasis al diagnóstico. Sólo falleció un paciente debido a su enfermedad que se mantuvo con metástasis estables durante ocho años. En la autopsia practicada mostró extensión en varios órganos.

El mayor conteo y el mayor índice mitótico correspondieron al paciente que falleció con enfermedad diseminada. Sólo un caso fue diploide (11%), siendo el resto aneuploides sin que existieran casos hipodiploides. La Fase S fue variable y sólo tres casos mostraron positividad en menos del 10% de las células para Ki-67. Estos tres casos fueron tetraploides en el examen citométrico y uno de ellos correspondió al caso del paciente fallecido.

El carcinoma cromófolo es una neoplasia claramente maligna aunque de curso indolente en la mayoría de ocasiones. El índice mitótico podría ser el mejor método para predecir el comportamiento biológico maligno. La alta incidencia de aneuploidía podría corresponder más a anomalías estructurales cromosómicas que a un índice de comportamiento agresivo.

219 **CARCINOSARCOMA DE PRÓSTATA: APORTACION DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**
 P. González-Peramato, J. Cuevas, A. Serrano, C. Merino, F. Román
 Hospital General Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

El carcinosarcoma de próstata es una neoplasia maligna muy poco frecuente caracterizada por íntima asociación de elementos epiteliales y mesenquimales, ambos malignos. La incidencia de este tumor es desconocida, con un total de 43 casos bien documentados publicados en la literatura.

El caso que presentamos se trata de un varón de 85 años al que se extirpan 11x11 cm de tumor de la glándula prostática. El tumor muestra importante necrosis. Histológicamente se entremezclan un componente epitelial representado por un adenocarcinoma de alto grado (patrón 4 de Gleason) con un componente mesenquimal maligno con áreas sólidas poco diferenciadas y zonas de diferenciación cartilaginosa y ósea (acudante osteoide). El componente glandular es positivo para citoqueratinas y fosfatasa ácida prostática, mientras que el mesenquimal expresa vimentina, S-100 en áreas cartilaginosas. En el momento del diagnóstico el paciente presenta metástasis óseas.

Los pacientes con carcinosarcoma de próstata representan un grupo heterogéneo en modo de presentación y características histológicas. En el 90% de los 43 casos publicados el componente epitelial era un adenocarcinoma pobremente diferenciado. El componente mesenquimal corresponde a condrosarcoma (45%), osteosarcoma (41%), fibrohistiocitoma maligno (28%), leiomiomasarcoma (24%), "miosarcoma" (10%), fibrosarcoma (10%), rabdomiosarcoma (10%) y angiosarcoma (3%). El 41% de los casos muestran más de 1 tipo histológico de sarcoma. Salvo raras excepciones el pronóstico y la evolución son muy malos. La histogénesis es debatida, discutiéndose el papel de la radioterapia y hormonoterapia en el desarrollo de este tumor.

220 **CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CROMÓFOBAS.**
 A. Guzmán, A. Fdez-Flores, R. Clouet, M. Cañamero, G. Renedo, F. Manzarbeitia y H. Oliva.
 Dpto. de Anatomía Patológica, Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

El carcinoma de células cromóforas ("CCC") es una variante de carcinoma de células renales de reciente descripción, con características propias desde el punto de vista histoquímico, ultraestructural, inmunohistoquímico, y citogenético.

La importancia del reconocimiento de esta entidad radica en su aparente mejor pronóstico respecto a los demás carcinomas de células renales y a su posible dificultad diagnóstica diferencial con el oncocitoma, dada la benignidad de esta última tumoración.

Hemos revisado las piezas de nefrectomía (parciales o totales) correspondientes a neoplasias epiteliales primarias, extirpadas en nuestro centro en los dos últimos años (1995-1996); obteniéndose 6 casos de CCC sobre un total de 80 tumores (incidencia del 7,5%).

En el estudio realizado hemos recogido los datos clínicos, macroscópicos, histológicos, histoquímicos e inmunohistoquímicos de los 6 casos de CCC, con énfasis especial en el estudio comparativo de la sensibilidad y especificidad de las distintas técnicas empleadas para la demostración de mucosustancias ácidas (azul alcian a pH 2,5, técnica de hierro coloidal modificada por Mowrys, italoceína, mucicarmín de Mayer modificado) y su relación con los distintos subtipos histológicos de CCC (clásico, eosinófilo, y combinado).

En el estudio inmunohistoquímico se comenta la expresión de proteína P53, actividad proliferativa MIB-1 y su relación con el grado citológico.

221 **HIPERPLASIA ADENOMATOSA DEL EPIDÍDIMO**
 D. Hardisson, M. Nistal, A. Mate.
 Hospital Universitario La Paz, Madrid.

INTRODUCCIÓN: El término hiperplasia adenomatosa del epidídimo fue propuesto por Springley y Hartwick en 1990 para describir los hallazgos de un nódulo de 1,5 cms. localizado en la cabeza del epidídimo en un paciente de 46 años, no habiéndose publicado nuevos casos hasta la actualidad.

CASO CLÍNICO: Presentamos 4 casos de hiperplasia adenomatosa del epidídimo hallados en autopsias. Los pacientes tenían una edad media de 75 años (69-82 años). Todos los pacientes tenían en común grados avanzados de arteriosclerosis complicada. Histológicamente, la lesión estaba constituida por una proliferación de conductos eferentes, con irregularidades en la forma y contorno, entremezclados con conductos de aspecto normal. El revestimiento de los conductos mostraba un epitelio hiperplásico, con células de citoplasma claro. Adicionalmente, se observaban zonas de ectasia tubular.

COMENTARIO: La lesión descrita muestra ectasia de los conductos eferentes del epidídimo, que precisa un mecanismo obstructivo para su desarrollo. Los procesos obstructivos son muy frecuentes en pacientes de edad avanzada por su arteriosclerosis (lesión de la arteria epididimaria superior). Sin embargo, este hecho por sí solo no justifica la lesión. El factor más importante para desarrollar el epidídimo y mantener su trofismo son los andrógenos, que alcanzan el epidídimo preferentemente por vía canalicular. La hiperplasia de epidídimo podría ser debida al aumento de la concentración de andrógenos en la luz de los conductos eferentes, al estar el drenaje de estos bloqueado. El diagnóstico diferencial se plantea fundamentalmente con el cistoadenoma papilar del epidídimo y con metástasis de adenocarcinoma renal o de un adenocarcinoma de próstata.

UTILIDAD DE LA PLOIDÍA DE ADN EN LA CATEGORIZACIÓN DE LOS CCT DE VESIGA.
 I. Harro, M. Álvarez, A. Blanes, A. Quiñero*, Luis Vicioso, S. Díaz-Cano y A. Medina.
 Dpto. de Anatomía Patológica, Facultad de Medicina, Universidad de Málaga, *Servicio de Urología, Hospital Universitario, Málaga.

222

A menudo los carcinomas de células transicionales (CCT) han sido considerados como un único tipo de neoplasia, si bien constituyen un grupo muy heterogéneo, que engloba lesiones de muy distinto comportamiento biológico. Un gran número de estudios previos sugieren el uso de la ploidía de ADN, el índice de proliferación celular y el porcentaje de células en fase S como parámetros complementarios que ayudan a definir el pronóstico de estos tumores y a adoptar una actitud terapéutica en cada caso. Aunque la mayoría de los estudios parten de la citometría de flujo (CF) como técnica de referencia, son cada día más el número de investigadores que ponen de relieve la capacidad de la citometría de imagen (CI) en la detección de líneas celulares aneuploides.

Se han estudiado 106 pacientes consecutivos con sospecha clínica de CCT del Hospital Universitario de Málaga, sin antecedentes previos de tumor vesical, con el objetivo de: 1º. Caracterizar y priorizar las variables que condicionan la gradación de los CCT, analizando su significación en la gradación en 2 (bajo/alto) y 3 grados (G1-G2-G3) de diferenciación, mediante estudios estadísticos multivariantes; 2º. Determinar en los CCT independientemente la ploidía de ADN por CF y la ploidía de ADN y fracción de células en fase S por CF; 3º. Correlacionar los resultados obtenidos mediante ambas técnicas; 4º. Identificar subpoblaciones celulares con un contenido anormal de ADN, así como determinar el porcentaje de células en fase S (como marcador de proliferación), correlacionando estos parámetros citométricos con características histopatológicas de valor pronóstico clásico (grado y estado), con el fin de establecer subgrupos pronósticos en el CCT.

Resultados: La ploidía de ADN (por CF y CI) ha demostrado una marcada correlación con el grado, estado, patrón de crecimiento y necrosis, y el porcentaje de células en fase S con el grado, índice mitótico y ploidía. La CI de los CCT (en secciones de tejido) ha obtenido unos resultados similares a la CF, mostrando incluso mayor capacidad para detectar aneuploidía en los casos que presentaron carcinoma "in situ" o displasia de la mucosa adyacente.

Conclusiones: La interacción de los factores estudiados pone de relieve que la mayoría de los CCT entran en una de las dos categorías siguientes: 1º) tumores de bajo grado, superficiales, de crecimiento papilar y diploides; y 2º) tumores de alto grado, infiltrantes, de crecimiento sólido, aneuploides con fracción de células en fase S elevada y área nuclear aumentada. Entre ambas quedaría un pequeño grupo en el que habría que adoptar actitudes individualizadas, considerando relevantes los datos de citometría para efectuar la clasificación.

223 **Renal cell carcinoma arising from the collecting duct epithelium**

Hostalet F, Pérez A, Martínez C, Martorell M and E. Noguera
 Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General Universitario, Valencia

We describe here a case of the uncommon Bellini collecting duct carcinoma. A left renal tumor was identified by computerized tomography in a 72-year-old Caucasian male with flank pain but no hematuria. Radical nephrectomy was performed under the diagnosis of renal cell carcinoma. Two months later the patient died with multiple bone metastases.

Macroscopic examination of the resected kidney revealed a white-gray solid mass, 5 cm in diameter, centered in the medulla and pelvis. In addition, multiple tumor foci of 0.3 to 1 cm in diameter were identified in the cortex. The renal capsule as well as the vascular and ureteric margins were free of tumor.

Microscopically, the tumor exhibited a predominant tubulocapillary pattern. Tumor cells were polygonal, varied in size, and had granular acidophilic cytoplasm, in some cases vacuolated, and pleomorphic nuclei with prominent nucleoli. Mitotic figures were common. In some areas, the tumor showed ulceration through the pelvic urothelium. Numerous hyperplastic and dysplastic collecting ducts were identified in the vicinity of tumor epithelium.

By detailed analysis of serial sections from paraffin-embedded renal tissue bearing tumor epithelium, we could establish the tubular origin of the tumor. Multiple connections of tumor structures with tubules of unaltered appearance were identified, which without exception were medullary collecting ducts. Additional paraffin sections were processed for immunocytochemical demonstration of various proteins of renal tubule cells including intermediate filament proteins and the epithelial membrane antigen. Interestingly, an identical immunocytochemical profile was displayed by the tumor and collecting duct epithelium.

224 **EVALUACIÓN DE LA TUNICA MUSCULARIS MUCOSAE DE LA PARED VESICAL. ESTUDIO PROSPECTIVO SOBRE MATERIAL NECROPSICO.**

Jacm Martínez JM, Pelaez S., Tudela J., Huertas E, Perez Ebri ML., Vera-Donoso C.* y Vera-Sempere, F.J.
 Servicios de Anatomía Patológica y Urología*
 Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Aunque tradicionalmente se ha considerado que la pared vesical humana no presenta muscularis mucosae (MM), la presencia de esta capa tisular ha sido referida en las neoplasias vesicales como un dato a valorar a la hora de estadiar los mismos, pudiendo condicionar tanto el abordaje terapéutico como el pronóstico de estos tumores. La existencia real de esta estructura muscular pasa a nivel de la lámina propia, su prevalencia en los especímenes vesicales y sobre todo su distinción de la muscular propia en tomas biopsias de pequeño tamaño, continua sin embargo siendo tema de debate abierto. Para evaluar la existencia de esta estructura histológica, y su posible variabilidad, hemos realizado un estudio prospectivo sobre vejigas procedentes de 20 autopsias consecutivas, fetales y de neonatos (entre 24 semanas de desarrollo gestacional y 13 meses de edad), sin patología macroscópica, con fijación formólica intracavitaria, obteniendo siete secciones de entre 0,5-1 cm de longitud (anterior, posterior, cúpula, lateral izquierdo y derecho, cuello y trigono), analizando los patrones de Ro et al. (1987), sobre un total de 280 secciones histológicas. En cada una de ellas se asignó un valor semicuantitativo, valorando el % de la extensión de la MM y cada uno de los patrones de Ro, estimados de 0 a 3. Los resultados revelan una distribución heterogénea, con un alto nivel de variabilidad, sin estrecha relación con parámetros tales como localización, sexo o edad, al menos en el periodo cronológico estudiado. El propósito estadiar T1b en el desarrollo de los tumores vesicales se manifiesta, a juicio de estos resultados, como de difícil estandarización, máxime en especímenes biopsias procedentes de resecciones transuretrales.

225 UTILIDAD DE LA HIBRIDACION *IN SITU* EN EL CARCINOMA DE CELULAS TRANSICIONALES DE VEJIGA

J.L. Siles, M. Alvarez, L. Vicioso, A. Blanes y A. Matilla
Dpto. Anatomía Patológica, Facultad de Medicina. Málaga

La técnica de hibridación *in situ* fluorescente (FISH) fué aplicada a 48 casos de cáncer de vejiga para detectar aberraciones numéricas en los cromosomas 7, 9 eY, mediante sondas centroméricas de ADN. De los 42 casos evaluables, 41 (97.5%) mostraron alguna aberración cromosómica.

En 24 casos con patrón diploide de ADN, 23 (95.8%) demostraron aberraciones cromosómicas. Se encontraron trisomía del cr.7, monosomía del cr. 9 y nulisomía del cr. Y, como única alteración presente, en un total de 4, 3 y 3 casos, respectivamente.

En 23 casos con patrón aneuploide de ADN, el 100% de los casos mostraron al menos una alteración cromosómica, presentando 4 casos (22.2%) dos alteraciones y 13 casos (72.2%) alteración en los tres cromosomas estudiados.

Se observó correlación significativa entre el grado tumoral y las aberraciones de los cromosomas 7 y 9. Además, se encontró correlación del estadio tumoral con el número de copias de cromosoma 7 para los tumores ADN diploides.

226

APORTACION DE LA HIBRIDACION *IN SITU* (HIS) EN LA CITOLOGIA URINARIA DEL CCT DE VEJIGA.

J.L. Siles, M. Alvarez, L. Vicioso, C Rodero, I. Ramirez, y A. Matilla
Dpto. Anatomía Patológica, Facultad de Medicina. Málaga

En el presente estudio se pretende discernir si la hibridación *in situ* fluorescente (FISH) en muestras de lavados vesicales puede ser una aproximación útil en el diagnóstico y seguimiento del carcinoma de células transicionales (CCT) de vejiga.

Se han estudiado aberraciones numéricas en los cromosomas 7, 9 eY en un total de 22 muestras pertenecientes a 11 pacientes con CCT de vejiga, divididas en dos grupos según el tipo de muestra; 11 resecciones transuretrales (RTU) y 11 orinas. Además, se realizó cuantificación del contenido de ADN mediante citometría de flujo (CF).

En todas las muestras recogidas, excepto en una, la técnica del FISH pudo ser realizada. De las 11 RTUs estudiadas por CF, 1 resultó no valorable, y en las muestras de lavado vesical 3 casos no pudieron ser valorados.

La hibridación *in situ*, mediante la detección de aberraciones cromosómicas puntuales, puede proporcionar una información más precisa que la proporcionada por la CF.

227

ESTIMACION DEL VOLUMEN NUCLEAR EN LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL PROSTATICA DE ALTO GRADO (PIN).

A Lopez Beltran, E Artacho Perua, R Roldan Villalobos, R Luque Barona, y A L Escudero Facultad de Medicina, Cordoba Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVO: La neoplasia intraepitelial de la prostata (PIN) es considerada el precursor mas probable del cancer de prostata. Histológicamente se divide en PIN de bajo y alto grados. El patólogo practico puede encontrar dificultades en diferenciar ambas formas de PIN. Dado que el hallazgo de PIN de alto grado es un importante predictor del cancer de prostata, la separacion de ambos grados de PIN puede ser importante en la practica clinica. Nuestro objetivo es evaluar el papel discriminante de la estimacion del volumen nuclear entre PIN de bajo y alto grados comparados con hiperplasia nodular y carcinoma de prostata bien diferenciado.

MATERIAL Y METODOS: Se estudiaron 31 casos de prostatectomía radical que presentaron focos de PIN de bajo y alto grados, hiperplasia nodular, y carcinoma de prostata bien diferenciado. Se seleccionaron cortes teñidos con hematoxilina y eosina para el estudio estereológico de la estimacion del volumen nuclear por el metodo de "point-sampled intercepts". En cada foco, una media de 6 campos de vision fueron estudiados.

RESULTADOS: Se observó un incremento significativo del volumen nuclear en hiperplasia nodular(209.0±64.6µm³), en PIN de bajo y alto grados, y en carcinomas de prostata con incrementos del 49%,82%, y 109% respectivamente(F=25.9,p<0.001). El metodo de Duncan mostró diferencias significativas entre PIN de bajo y alto grado (p<0.05) y entre PIN de bajo grado y adenocarcinoma (p<0.001). No se observaron diferencias significativas entre PIN de alto grado y adenocarcinoma.

CONCLUSION:La estimacion volumetrica del tamaño nuclear discrimina entre PIN de bajo y alto grado. La ausencia de diferencias estadísticas entre PIN de ato grado y adenocarcinoma apoya el papel del PIN de alto grado como precursor del cancer prostatico.

228

TUMOR MIOFIBROBLASTICO INFLAMATORIO DE RINON

M. Mannedo, C. Valcarlos, E. Zozaya, G. Lapeleta, J.M. Martínez-Peñuela
Hospital de Navarra Pamplona

La localización renal de los tumores miofibroblásticos, es extraordinariamente rara, habiéndose publicado únicamente tres casos hasta la fecha.

Presentamos el caso clínico de un varón de 43 años que presenta microhematuria, hipertensión arterial moderada y una masa sólida en el seno del riñón derecho en la ecografía.

Macroscópicamente se observa una masa de color beige de 7x6x6 cm en el seno del riñón de localización extrarenal sin afectar al sistema pielocalical ni vascular, con una zona de contacto con parénquima renal parahiliar sin plano de clivaje.

Microscópicamente corresponde con una proliferación de células fusiformes, con núcleo alargado y cromatina granular. Las células se disponen formando haces entrecruzados con abundante colágeno entre ellas. Presenta dos áreas: una densamente celular y otra con un patrón mixto de más hipocelular y con un acúmulo de linfocitos e histiocitos. En ambas zonas no se observan atipias, y el índice de mitosis es bajo. La **inmunohistoquímica** muestra positividad para vimentina, CD 34, y de forma dispersa para actina y miosina, siendo negativo para citoqueratinas. **Ultraestructuralmente** las células presentan características de miofibroblastos.

Esta entidad descrita en múltiples localizaciones y denominada también como pseudotumor inflamatorio o tumor fibroso solitario pertenece a un mismo grupo de tumores en diferentes etapas evolutivas con un mayor o menor grado de infiltrado inflamatorio y de fibrosis, y que derivan de la célula miofibroblástica.

229

CARCINOMA MICROQUÍSTICO DE VEJIGA: CRITERIOS DIAGNOSTICOS Y RASGOS BIOLÓGICOS GENERALES DE UNA VARIANTE DE CARCINOMA UROTELIAL NO FRECUENTEMENTE RECONOCIDA.

Martín Fraguero L., Olmedilla G., Calvo de Mora A., Alvarez Fernandez E.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Como CARCINOMA MICROQUÍSTICO urotelial se entiende una rara variedad de carcinoma urotelial invasivo de alto grado, con quistes limitados por urotelio neoplásico con o sin metaplasia escamosa. Hasta el momento la única serie referida es de 4 casos (Young et al. Am.J.Clin.Pathol.:991). Se pretende aclarar con el presente trabajo: 1) su frecuencia, 2) los criterios de definición de esta variante histológica, 3) sus rasgos biológicos generales (rango de grado citológico y de invasión en el momento del diagnóstico) **MATERIAL Y METODOS:** Se han revisado un total de 650 carcinomas uroteliales diagnosticados entre 1988-1991 tras RTU. Se ha considerado un tumor como microquístico cuando mostraba espacios extracelulares limitados por urotelio neoplásico ocupados por material mucoso o denso eosinófilo, que podían coincidir con espacios intracelulares similares que no se consideraron criterio suficiente para la catalogación del tumor. Se excluyeron los espacios extracelulares derivados de necrosis tumoral o apoptosis. En cada caso el tumor fue revisado por dos observadores distintos llegándose a un diagnóstico de consenso. Se valoró el grado citológico, patrón de crecimiento y nivel de infiltración según la OMS. **RESULTADOS.** Con la metodología previa se identificaron 56 casos de carcinoma microquístico (8,9%). De ellos 45 (80%) mostraron un patrón de crecimiento papilar pero, 11 (20%) un patrón sólido y papilar. 4 (7,1%) casos correspondieron a un grado citológico 1; 36 casos (64,2%) a un grado 2; 16 (18,7%) a un grado 3. El estadio infiltrativo era pT_a-1 en 52 casos (92%) y pT₂-3 en 4 casos (8%). **CONCLUSIONES.** El carcinoma microquístico es una neoplasia relativamente frecuente, de grado citológico dominante intermedio o bajo y estadio infiltrativo generalmente superficial. Menos casos son de mayor agresividad citológica y debutan en un estadio infiltrativo mayor. El reconocimiento de esta variante tumoral requiere estudios posteriores de seguimiento y morfológicos para determinar si corresponde a una entidad anatómico-clínica o sólo a una variante morfológica sin repercusión pronóstica.

230

CARCINOMA RENAL CON METAPLASIA OSTEO-MIELOIDE. DESCRIPCION DE UN CASO

M.D. Martín-Salvago, J.A. Parra-Martín, O. Argueta-Manzano, M. Iñanes Moreno, M. Saiguero-Villadiego, J. Ríos-Martín.
Hospital Universitario "Virgen Macarena". Sevilla.

Caso clínico: Mujer de 40 años a la que, por otro motivo, se le practica TC de abdomen. En el polo superior del riñón derecho se descubrió una masa bien delimitada, de 9 cm de diámetro, con focos dispersos de densidad grasa y ósea. El diagnóstico radiológico fue angiomiolipoma. Se realizó intervención quirúrgica.

Hallazgos histopatológicos: Se recibió una pieza de nefrectomía de 500 g de peso, en cuyo polo superior presentaba una tumoración aparentemente encapsulada de 9 cm de diámetro máximo. La superficie de corte era intensamente hemorrágica, de color rojo negruzco, con áreas amarillentas distribuidas de forma dispersa, crepitantes al corte. Histológicamente, estaba constituida por nidos sólidos de células claras, con núcleos redondos y nucléolos pequeños (grado 2 de Fuhrman). En las áreas centrales existían hemorragia y cúmulos de células xánticas. Se observaron focos dispersos de tejido adiposo en íntima relación con trabéculas óseas y celularidad hematopoyética, positiva con marcadores mieloides (mieloperoxidasas), aunque no se observaron megacariocitos. Los focos metaplásicos no presentaban criterios histológicos de malignidad.

Discusión: Los fenómenos metaplásicos han sido descritos en muchos tumores y no suelen tener repercusión pronóstica. Es importante diferenciar desde un principio el carácter benigno de la metaplasia frente a las áreas sarcomatosas o de diferenciación sarcomatosa, que son por definición, malignas. En la literatura se han descrito tumores con metaplasia adiposa, ósea y focos de hematopoyesis extramedular, pero no hemos encontrado casos que referían metaplasia osteo-mieloide.

231 TUMORES GERMINALES DEL TESTICULO: ESTUDIO DESCRIPTIVO, RETROSPECTIVO, DE 23 CASOS. MJ Martínez, M Alejo, J Autonell y J Fernández. Hospital General de Vic, Vic, Barcelona.

Los tumores germinales testiculares son neoplasias poco frecuentes que afectan predominantemente a varones jóvenes, pero se está observando un aumento de la incidencia.

Presentamos la revisión clínica, histológica y evolutiva de 23 tumores germinales testiculares diagnosticados en el Servicio de Anatomía Patológica en los últimos catorce años (1983-1996). Los pacientes tenían de 18 a 70 años; en 20 ocasiones el tumor se localizaba en el testículo izquierdo. Los tipos histológicos fueron: 9 seminomas puros, 1 caso mostraba un nódulo de seminoma y otro nódulo independiente de teratoma maduro, y los 13 restantes correspondían a tumores germinales no seminomatosos (1 caso de tumor del saco vitelino puro y el resto a tumores germinales mixtos en los que se combinaban dos o más tipos de tumor germinal). Los marcadores tumorales séricos (alfa-tetoproteína y beta-HCG) fueron negativos en 8 casos de seminoma y positivos en 12 casos de tumores germinales no seminomatosos. Se constató el antecedente de criptorquidia en 6 pacientes con tumor no seminomatoso y en 3 con seminoma. Todos se trataron inicialmente con orquiectomía. A los pacientes en estadio II y III, así como en los estadios I con factores de mal pronóstico, se les añadió quimioterapia. El seguimiento clínico (de 3 meses a 12 años) se hizo con marcadores tumorales séricos, radiografía y/o TAC torácico y TAC abdominal.

Evolución: 1 paciente con tumor germinal mixto falleció al año del diagnóstico con metástasis cerebrales, de 1 paciente no hay seguimiento, 1 enfermo está realizando quimioterapia, en 3 casos hay sospecha clínica de enfermedad metastásica y los 18 pacientes restantes están libres de enfermedad (12 de ellos con más de 5 años de remisión).

232 TUMOR COMBINADO DE TESTICULO (SEMINOMA, TERATOMA) ASOCIADO A TUMOR CON CELULAS ESTROMALES GIGANTES MULTINUCLEADAS

A Mate, M. Nistal, F. Izquierdo*, D. Hardisson, C. Perna Hospital La Paz, Madrid. *Complejo Hospitalario, León.

CASO CLÍNICO: Varón, 34 años, oligorfrénico, con tumor sobre testículo criptorquídico y valores hormonales séricos de AFP y hCG ligeramente elevados. Microscópicamente formado por tres áreas: seminoma clásico, teratoma maduro y un tercer componente constituido por un tumor pleomórfico con amplias áreas mixoides. En las áreas sólidas las células eran multinucleadas, con núcleos periféricos y citoplasmas eosinófilos sin estrías. En las áreas mixoides predominan células con núcleos idénticos pero de escaso citoplasma. Tienen tendencia a disponerse alrededor de espacios microquísticos y pequeñas hendiduras. Las células pleomórficas eran AFP, hCG, S-100 y actina negativas, siendo vimentina y queratina positivas, esta última fundamentalmente alrededor de los espacios quísticos.

COMENTARIO: Este nódulo pleomórfico-mixóide sugirió, en un primer momento, un tumor de saco vitelino que no confirmó la AFP. Por las células gigantes pleomórficas se pensó en coriocarcinoma, posibilidad descartada por la negatividad para hCG. La tercera posibilidad fue que correspondiera a áreas de sarcoma en un teratoma pero la falta de criterios de malignidad hacían esta idea improbable. Se consideraron también procesos sarcomatosos como los nódulos murales sólidos descritos en tumores mucinosos de ovario de los que difería por el cuadro histológico.

Por último, a lo que más se asemejó esta lesión fue a los llamados tumores con células estromales gigantes multinucleadas descritos recientemente en epíplon, que a pesar de su aspecto atípico se consideran de naturaleza reactiva, originándose probablemente de fibroblastos o miofibroblastos.

233 PATOLOGÍA BIOPSICA DEL PENE FJ Monzón, Y Ruiz de Azúa, A Córdoba, I Querol, L Ripa

Hospital "Reina Sofía", Tudela, Navarra
Introducción: Son muy escasas las series de patología biopsica peneana encontradas en la bibliografía internacional y prácticamente inexistentes en España. Sin embargo, el número de "casos aislados" publicados, incluyendo patología exótica, es alto.

Objetivo: Revisar la patología peneana biopsiada en nuestro hospital.
Material y métodos: Durante el periodo, abril-86 a diciembre-96, se estudiaron 57 biopsias (39 procedentes del Sº de Urología y 18 de la Unidad de Dermatología), correspondientes a 54 pacientes.

El material estudiado pertenece a alguna de las siguientes localizaciones: GLANDE (incluyendo "corona" y "surco balanocroscial"), PREPUCIO y PIEL del tallo peneano. No se incluyen las biopsias por fimososis primaria infantil/juvenil.

Resultados:

-Descripción de la muestra de pacientes:

Rango de edad: 10-85 años. X=53,34 años (N=46, missing=8). DE=20,33. Moda=63. Mediana=63.

-Distribución de las biopsias por localización:

Prepucio=33(58%), glande=17(29%), piel de tallo peneano=4(7%), glande y prepucio 3=(5%).

-Distribución de biopsias por grupos de patologías:

-Alteraciones del desarrollo: 3(5%); infecciosa (vínica):10(17%); inflamatoria: 33(58%), sufcidia en liquenoi, balanitis de Zoon, psoriasis y "miscelánea": 1(1,5%); Vasculares: 2(3%).

Comentarios: Destacamos como patologías raras encontradas, casos aislados de: balanitis de Zoon "vegetante"; balanitis pseudoepiteliomatosa, queratótica; y micéica; balanitis xerótica obliterante; linfangitis esclerosante; papulosis bowenoid; molluscum contagiosum y actinia de glándulas sebáceas.

234 LINFOMA NO HODGKIN VESICAL PRIMARIO. PRESENTACION DE UN CASO.

S Muñoz, I Hierro, J Ruiz**, JA Moreno***, N Macías****

Servicios de: *Anatomía Patológica, **Hematología, ***Radiodiagnóstico y ****Urología; del H.G.B. ANTEQUERA (Málaga).

El linfoma primario de vejiga es poco común. Menos de 80 casos han sido informados hasta la fecha. Nuestro caso se presentó en un paciente de 59 años que consultó por hematuria macroscópica y síndrome miccional. Como único antecedente personal, destacó una diabetes mellitus de tipo II. La exploración física y complementaria fueron normales, a excepción de hiperglucemia y la ecografía abdominal que mostró una tumoración sólida en cara lateral derecha de vejiga de 24 x 22 x 16 mm. Con la sospecha clínica de carcinoma transicional infiltrante se practicó resección trans-uretral. En el estudio histológico se observó una proliferación submucosa de células con núcleos grandes y vesiculosos ocasionalmente hendidos, con nucléolos prominentes y moderada cantidad de citoplasma claro. El estudio inmunohistoquímico, resultó positivo para: ALC y CD20(L26). El diagnóstico fue "infiltración por linfoma no Hodgkin difuso de células grandes de inmunofenotipo B (de predominio centroblástico)". El linfoma vesical, es considerado primario únicamente si otros órganos o sistemas, incluyendo los territorios linfáticos contiguos están libres de enfermedad. Se practicó TAC abdomino-pélvico que mostró dilatación pieolocálcica con dilatación del uréter derecho y una pared vesical derecha de contorno irregular. No se constató masa pélvica ni adenopatías. Bazo e hígado eran normales. La biopsia de médula ósea fue informada como: "Normocelular, sin evidencia de infiltración neoplásica". No observándose síntomas generales acompañantes se estado clínicamente (cS) como Ig A. Se instauró quimioterapia CHOP, con remisión completa. A los 19 meses la paciente vive libre de enfermedad.

235 PROSTATECTOMIA RADICAL CON MARGENES POSITIVOS E Musulén, F Algaba. Servicios de Patología Fundación Puigvert*, Barcelona y Consorci Hospitalari del Parc Taulí, Sabadell, Barcelona.

Objetivo: En piezas de prostatectomía radical con márgenes quirúrgicos positivos (MQ +), correlacionar el grado de diferenciación, Gleason (G) y la categoría T del adenocarcinoma prostático con la localización y extensión del margen afectado.

Material y Método: Se estudian 41 piezas de prostatectomía radical por cáncer de próstata con márgenes quirúrgicos positivos de la Fundación Puigvert. Ningún paciente en este estudio recibió tratamiento hormonal o radioterápico previo a la cirugía. La pieza, tal y como fue remitida, se marcó externamente con tinta china. Se seccionó la glándula prostática mediante cortes perpendiculares de aproximadamente 3 milímetros de grosor y se incluyó en su totalidad en cortes panorámicos. Los márgenes apical y del cuello vesical se incluyeron a parte, debidamente identificados y según cortes perpendiculares a la superficie, así como la totalidad de las vesículas seminales.

Resultados:

Invasión (pT)	núm	MQ + F%	MQ = L	MQ = múltiples
G1-7	13	12	1	-
G8-10	5	5	-	-
Total	18	17	1	-

Extragenital (pT>04)	núm	Cuello Vesical +	T. Adc + Píexos -	T. Adc + Píexos +	T. Adc + Píexos -	T. Adc + Píexos +	MQ = RPL	MQ = A	MQ = múltiples
G1-5	1	1	-	-	-	-	-	-	1
G6-7	8	4	2	-	4	2	3	1	-
G8-10	14	11	6	2	5	2	11	-	3
Total	23	16	7	6	9	4	14	1	4

A: anterior; P: posterior; PL: postero-lateral; pericel: L: lateral.

Conclusiones:

1. Los márgenes positivos de los carcinomas sin invasión del tejido adiposo o vesículas seminales son unifocales y postero-laterales (94,4%).
2. Los márgenes positivos de los carcinomas no órgano confinados son multifocales (21,7%), postero-laterales (73,9%) y la extensión tumoral suele producirse a través de los plexos vasculo-nerviosos.
3. En carcinomas extraglandulares la exteriorización se produce a través del cuello vesical en el 25% de los casos sin invasión del tejido adiposo periprostatico.

236 FÍSTULAS ENTEROVESICALES: Revisión de nuestra serie.

J.A. Ortiz-Rey, D. Pasqueira*, C. Trinidad**, A. de la Fuente, I. Antón, F. Sacristán. Servicios de Anatomía Patológica, *Urología y **Radiología, POVISIA, Vigo. (Pontevedra)

Las fístulas enterovesicales constituyen una patología que, a pesar de su baja frecuencia, despierta gran interés multidisciplinar por su alta morbimortalidad.

Presentamos la revisión de 13 casos de fístulas enterovesicales diagnosticadas en nuestro hospital entre 1988 y 1996. La edad de presentación varió entre 25 y 80 años, con 5 pacientes (38,4%) entre 50 y 60 años; y la prevalencia fue mayor en varones (9 casos). Destacó como causa más frecuente de fístula el carcinoma de colon izquierdo-recto (9/13, 69,2%), seguido de perforación de colon por diverticulitis (2/13, 15,4%) y perforación de ciego y sigma por espina de pescado (2/13, 15,4%).

En todos los casos la presentación clínica fue como infección del tracto urinario persistente y dolor hipogástrico. Tres pacientes presentaron neumaturia: dos, focalitaria y en un caso un cuadro de abdomen agudo oblijo a cirugía de urgencia. La TAC y el enema opaco permitieron un diagnóstico etiológico en 12 de los 13 casos, mientras que la colonoscopia fue útil sólo en la mitad de ellos.

Se realizó cirugía en los 13 pacientes. Los 9 tumores eran adenocarcinomas moderadamente diferenciados, 7 de ellos en estadio B de Dukes y los 2 restantes en estadio C. Su diámetro máximo varió entre 4 y 10 cm (media:6,9cm). La fístula enterovesical era exclusivamente inflamatoria en 6 casos (46,1%). Se produjo infiltración neoplásica de mucosa vesical en 3 casos, llegando a ulcerada en 1 de ellos.

Actualmente, con un seguimiento comprendido entre 14 y 80 meses, permanecen vivos 11 pacientes (84,6%), habiendo fallecido los 2 restantes por enfermedad tumoral diseminada. La fístula enterovesical es una forma de presentación poco habitual de adenocarcinoma de colon, que suele manifestarse con clínica preferentemente urinaria. En la mayoría de las series la diverticulitis de colon es la causa más habitual de fistulización. La perforación intestinal por espina de pescado es otra posible causa, aunque muy poco frecuente.

La radiología puede sugerir la etiología del proceso en gran parte de los casos. La biopsia vesical puede mostrar únicamente cambios inflamatorios aún en caso de neoplasia colónica; y si se observa afectación por adenocarcinoma se puede plantear un difícil diagnóstico diferencial entre un tumor primario de vejiga o infiltración por una neoplasia extrínseca.

Con respecto a los casos de carcinoma de colon, cabe destacar que la afectación vesical es, con frecuencia, sólo inflamatoria no tumoral, y en el colon el estadio del tumor puede ser temprano. Resulta pues muy útil la cirugía radical en estos pacientes, en oposición a la cirugía clásica paliativa que se preconizaba para estos casos.

237 TUMORES RENALES INFANTILES: REVISIÓN DE 25 CASOS.
S. Palacios, E. Izurrategui, V. Sanchez, S. Casquero, A. Jimenez, B. Gonzalez.
Complejo Hospitalario Carlos Haya. Hospital Materno Infantil. Málaga.
Entre las neoplasias malignas de la edad pediátrica, la quinta entidad más frecuente la constituyen los tumores renales. Entre estos, un 85% son nefroblastomas (Tumores de Wilms), un 5% nefromas mesoblasticos y el sarcoma de células claras y el tumor rabdoide representan cada uno un 4%.
Presentamos una revisión de los tumores renales infantiles en nuestro Hospital en los últimos 14 años. De un total de 25 casos, 13 eran varones y 12 hembras, con edades comprendidas entre las tres semanas y los doce años. Veintiuno (85%) correspondían a nefroblastomas: 8 casos con componente blastematoso preferente, 3 epitelial y 3 estromal, 4 casos tenían patrón histológico mixto y en los tres restantes, en los que los cambios habidos por quimioterapia previa no permitían su clasificación. Del resto de los tumores, 3 (12%) eran nefromas mesoblasticos y 1 (4%) un sarcoma de células claras. En dos casos (un nefroblastoma de tipo mixto y otro de predominio estromal), existía anaplasia, difusa en el primero y focal en el segundo.
En cada tumor se estableció una categoría pronóstica (favorable, standard o desfavorable) y su estado clínico, siguiendo los criterios de la Sociedad Internacional de Oncología Pediátrica (SIOP) según protocolo del año de 1996.

238 CARCINOMA LINFOEPITELIOMA-LIKE DE VEJIGA. RELACION CON EL VIRUS DE EBSTEIN-BARR
A. Panizo, J.J. Sola, M.D. Lozano, E. de Alava, F.J. Pardo Mindán
Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. Navarra.
Introducción: El carcinoma linfoepitelioma-like (CLEL) de vejiga es un tipo morfológico poco frecuente de tumor vesical con solamente 20 casos descritos en la literatura.
Material y métodos: Hemos revisado los carcinomas vesicales de nuestro archivo de los 5 últimos años, identificando 3 casos de CLEL. De estos casos hemos estudiado los datos clínicos, tratamiento y morfología. Se ha realizado estudio inmunohistoquímico, hibridación in situ y PCR para demostrar la presencia o ausencia del virus de Epstein-Barr.
Resultados: Los tres pacientes eran varones, con una edad media de 77 años. En todos los casos el tumor se presentó en estado avanzado, afectando a todo el grosor de la pared vesical. En uno de los casos se evidenció metástasis ganglionares loco-regionales. En todos los casos las células tumorales presentaban inmunoreactividad para el cóctel de citoqueratinas y para la p16 (p16). El infiltrado linfocitario era predominantemente T (CD3). En dos casos había inmunoreactividad citoplasmática para LMP1 en las células tumorales, así como presencia de RNA viral (estudiado mediante hibridación in situ). Del material incluido en parafina se extrajo DNA que posteriormente se estudió mediante PCR. Se detectó producto de amplificación a nivel de 350 pares de bases (DNA de EBV tipo 1).
Conclusiones: El CLEL de vejiga es un tumor poco frecuente que aparece en edades avanzadas. Aunque se diagnóstica en estadios avanzados parece tener una mejor evolución que el carcinoma uroepitelial convencional. En dos de nuestros casos el virus de Epstein-Barr aparece en las células neoplásicas. El virus de Epstein-Barr puede jugar un papel en el desarrollo de CLEL de vejiga.

239 ADENOCARCINOMA MIXTO (MUCINOSO Y DE CELULAS EN ANILLO DE SELLO) SOBRE EXTROFIA VESICAL
A. Payá, J. Tudela, M. Pérez, J.V. Salóm
Hospital Universitario "La Fe", Valencia
La extrofia de vejiga es una alteración del desarrollo de la pared anterior del abdomen y la vejiga. Su incidencia es de 1/36000 nacidos vivos. A menudo coexiste con malformaciones urogenitales, intestinales, y musculoesqueléticas.
Presentamos el caso de una varón de 61 años, con extrofia vesical completa no tratada, asociada a epispadias, diastasis marcada de pubis y hernia inguinal bilateral. Se practicó resección de la vejiga extrofica incluyendo vesículas seminales y próstata. A la sección mostraba un engrosamiento difuso de la pared vesical con pequeños quistes mucoides en la zona superficial y media. Histológicamente correspondía a un adenocarcinoma de tipo mixto, mucinoso y de células en anillo de sello, estas últimas, infiltrando próstata, vesículas seminales, grasa perivesical y piel adyacente a la placa de extrofia. Se observaron metastasis en dos adenopatías de cadena iliaca externa.
Las vejigas extroficas muestran un riesgo aumentado de desarrollar carcinomas. Un 80% corresponden a adenocarcinomas. Aquellos que muestran células en anillo de sello tienen un comportamiento más agresivo. La patogénesis es controvertida, pudiendo ser originado a partir de: a) metaplasia intestinal, b) ectopia de epitelio rectal durante la división de la cloaca, y c) células de reserva pluripotenciales del epitelio transicional.

240 CARCINOMA DE CONDUCTOS COLECTORES RENALES
L. Pérez Gallego, P. Pérez Alonso, C. Núñez Mora, M. Gorospe, M. L. Picazo. Dpto. de A. Patológica. *Servicio de Urología. Hospital La Paz, Madrid.
El carcinoma de conductos colectores es una rara entidad que frecuentemente se confunde con el carcinoma renal o con el carcinoma de células transicionales. Representa el 1-2% de los carcinomas renales.
De los 210 casos de carcinomas renales estudiados en "La Paz" entre 1986 a 1996, 5 corresponden a carcinomas de conductos colectores (2,3%). Las edades de los pacientes están comprendidas entre 38 y 73 años, siendo 4 varones y una mujer. En todos se realizó nefrectomía radical más linfadenectomía. Todos los casos han sido estudiados con técnicas histológicas habituales y con técnicas inmunohistoquímicas (EMA, CK APM, CK BPM y Vimentina).
Macroscópicamente los tumores oscilaron entre 6,5 y 10 cm de máximo diámetro. En cuatro casos se localizaba preferentemente en zona medular, y en tres la consistencia era firme y de color blanco-grisáceo. Histológicamente todos presentaban áreas tubulares, nidos sólidos, y ocasionales papilas con marcada reacción desmoplásica. Todos mostraron extensión al epitelio de pelvis renal. La anaplasia nuclear era intensa en 3 casos y moderada en 2. Las células eran grandes, de núcleo vesiculoso, nucléolo prominente y un citoplasma que variaba de claro a granular. Con la inmunohistoquímica todos expresaron EMA y CK BPM, y ninguno Vimentina o CK APM.
El estadio tumoral fue: pT3aG2N2pN0M0, pT3aG3pN2M0, pT3aN0M0, pT4G3N0M0, pT3bG3pN0M0. El seguimiento de los pacientes ha oscilado entre 4 meses a 2 años y 2 meses; 2 han fallecido, 2 están vivos con metástasis y uno está libre de enfermedad.
Se piensa que este tumor se origina en el epitelio de los conductos colectores. Su localización preferentemente medular, su arquitectura tubular y la reacción desmoplásica junto a la inmunohistoquímica nos ayudan a su diagnóstico. El escaso número de casos publicados nos impiden saber si su comportamiento es significativamente diferente del carcinoma renal convencional aunque los datos disponibles sugieren un comportamiento más agresivo.

241 PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO RETROPERITONEAL SECUNDARIO A PSEUDOQUISTE DE SUPRARRENAL
M. L. Picazo, D. Hardisson, A. Tabernero*, A. Mate, C. Perna
Dpto. A. Patológica. *S. Urología. Hospital Universitario La Paz, Madrid.
INTRODUCCIÓN: El pseudotumor inflamatorio (PTI) es una reacción inflamatoria esclerosante, que histológica e inmunohistoquímicamente se asemeja a la fibrosis retroperitoneal idiopática (FRI).
CASO CLÍNICO: Mujer de 35 años que ingresa por intenso dolor continuo en hipocondrio y fosa renal izquierda, astenia y pérdida de 15 kgs. de peso. Como antecedente de interés refiere parto traumático coincidiendo con el inicio de la sintomatología 7 meses antes. Ecografía y TAC abdominal: Masa quística retroperitoneal izquierda de 8 cms., con pared calcificada, compatible con origen renal o suprarrenal. Se realiza laparotomía exploradora, encontrándose una masa adherida a bazo, páncreas, colon, cara posterior de estómago y polo superior de riñón, que se reseca. En el examen macroscópico de la pieza se reconoce un quiste suprarrenal de 7 cms., rodeado por una masa fibroblástica, de aspecto tumoral que englobaba hilio esplénico, cápsula renal y páncreas. Histológicamente, se confirmó la presencia de un pseudoquiste suprarrenal secundario a la reabsorción de un hematoma, con histiocitos con abundante ceroid intracitoplasmático. La pared del pseudoquiste se continuaba con una proliferación fibroblástica pseudotumoral muy colagenizada. Entre los fascículos de colágeno se observaban células fusiformes sin atipia, con marcadores inmunohistoquímicos de células histiocíticas y macrofágicas. Además, existía una moderada respuesta inflamatoria con nódulos linfocitos, plasmáticas y eosinófilos.
COMENTARIO: La proliferación fibroblástica observada en este caso muestra características histológicas de PTI, similar a las descritas en otras localizaciones. Los datos inmunohistoquímicos demuestran la presencia de histiocitos y macrofagos semejantes a los encontrados en la FRI. En esta entidad, cuando se asocia con aneurismas, se ha sugerido que la reacción inmune esclerosante estaría desencadenada por el ceroid de las placas de ateroma. En nuestro caso, creemos que el ceroid presente en la pared del pseudoquiste suprarrenal es el responsable de la reacción pseudotumoral observada.

242 PAPILOMA INVERTIDO DE PELVIS RENAL
J.R. Ramírez, S. Ortiz, C. Jiménez*, M.M. González, I. Casado**
H. Naval del Mediterráneo. Cartagena (Murcia).
* Fundación Jiménez Díaz, Madrid.
** Hospital Clínico Universitario. Madrid.
Los papilomas invertidos del tracto urinario superior son lesiones raras de predominio masculino y cuyos síntomas son similares a las de otras neoplasias uroteliales, pero pueden provocar problemas diagnósticos con técnicas de imagen y ser diagnosticados como carcinoma renal. Presentamos el estudio de un papiloma invertido de pelvis renal en una mujer de 47 años que con técnicas de imagen había sido diagnosticada de carcinoma renal, siendo la citología urinaria seriada negativa. Se le realizó cirugía radical, observándose tras la apertura de la pieza una estructura de aspecto polipoide que fue diagnosticada como papiloma invertido de pelvis renal.
Planteamos la discusión de esta patología, remarcando su comportamiento biológico benigno que no obvia algún caso de malignización, mediante la realización de factores pronóstico como Mib-1 y PCNA, así como otras técnicas oncogénicas.

243 METASTASIS MULTIPLE EN GLANDULA PAROTIDA

J.R.Ramírez*, S.Ortiz*, C.Jiménez**, M.M.González*

*H.Naval del Mediterráneo. Cartagena (Murcia).
**Fundación Jiménez Diaz. Madrid.

Las metástasis tumorales en glándula salivar son relativamente frecuentes como invasión secundaria de la glándula por una metástasis organizada en un ganglio intraparotideo o intrasubmaxilar. La mayoría de estas metástasis son carcinomas epidermoides que se encuentran en zonas adyacentes (tracto digestivo superior o de la piel) y de melanomas, implicándose en este proceso carcinomas de aéreas mas distantes como mama, pulmón y riñón.

Presentamos el caso poco frecuente de un varón de 75 años con tumoración en glándula parótida derecha con antecedentes de adenocarcinoma de próstata, que tras punción aspiración es diagnosticada de "positiva para malignidad, carcinoma".

Se realiza extirpación radical de la glándula, observándose al estudio histopatológico dos neoformaciones, una que corresponde a un adenocarcinoma que con técnicas inmunohistoquímicas se filió de origen prostático, y otra a un carcinoma de probable origen urotelial. Se le realiza una búsqueda del tumor primario observándose un carcinoma urotelial de vejiga.

244 CORRELACION ENTRE ESTADIO Y GRADO HISTOLOGICO DEL CARCINOMA TRANSICIONAL DE VEJIGA: ESTUDIO DE 571 CASOS.

D. Ramos, J. Ferrer, A. Lombart Bosch.
Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Objetivo: el pronóstico del carcinoma vesical depende de múltiples factores, siendo los más importantes el estadio o nivel de infiltración de la pared vesical y el grado histológico del tumor. El presente estudio pretende confirmar la relación directa existente entre ambos factores pronósticos.

Materia y métodos: se revisan 571 casos de carcinoma transicional operados en el HCU de Valencia, en el periodo 1990-96, tras excluir los tumores malignos no transicionales, carcinomas in situ y casos no clasificables según el estadio. El grado histológico se midió según el sistema de Mostofi (grados 1, 2 y 3); el estadio según el sistema de Jewett (estadios C, A, B y C), excluyendo el estadio D (metástasis), no valorable en el diagnóstico inicial.

Los datos obtenidos fueron analizados con la prueba de tendencia lineal de Mantel-Haenszel, aplicable a variables cualitativas estraificadas

Resultados: expresados en la siguiente tabla:

	GRADO 1	GRADO 2	GRADO 3	TOTAL
ESTADIO 0	58	8	1	67
ESTADIO A	102	162	29	293
ESTADIO B	5	53	126	184
ESTADIO C	0	6	21	27
TOTAL	165	229	177	571

Se constata que existe asociación lineal entre el grado histológico y el estadio tumoral, con nivel de significación $p = 0,000005$

Conclusiones: se confirma que existe una alta correlación estadísticamente significativa entre el nivel de infiltración de la pared vesical y el grado de atipia citológica. Este resultado refuerza el valor de la histología en el estudio de los tumores vesicales, frente a las técnicas novedosas que aún tienen un valor pronóstico dudoso.

245 LEIOMIOMA ATIPICO DE CORDON ESPERMATICO. PRESENTACION DE UN CASO.

M.F. Roles Calatayud, P. Ortega de la Obra.
Serv. A. Patológica. Hospital de Llerena. Badajoz.

Presentamos el caso de un varón de 77 años con una tumoración sólida, bien delimitada en cordón espermático de 4 cms. de diámetro, que respetaba testículo. Al corte mostraba una coloración blanquecina, consistencia firme y aspecto fasciculado. Microscópicamente estaba constituida por una proliferación de células musculares lisas con presencia parcheada de células gigantes de núcleos irregulares, atípicos, con cromatina gruesa, algunas de ellas multinucleadas. El índice mitótico era bajo aunque superaba las 2 mitosis /HPF y no se observó necrosis coagulativa. El diagnóstico fue de leiomioma atípico de cordón espermático. El paciente presentó una recidiva del tumor 7 años después, siendo su diámetro de 16 cms.

DISCUSION: Los tumores de cordón espermático son pocos frecuentes y se dan generalmente en adultos. Dentro de los tumores benignos los más frecuentes son los lipomas.

El leiomioma atípico, también llamado simplástico, ha sido descrito frecuentemente en el útero como aquel que presenta importante pleomorfismo celular, sin necrosis coagulativa y un índice mitótico mayor a 10 mitosis /10 HPF. La experiencia con estos tumores a nivel uterino es limitada. La atipia por sí sola no es un criterio de malignidad pero según Fox y col. si un leiomioma posee atipia citológica sin necrosis coagulativa pero con un índice mitótico de más de 2 mitosis /HPF, se les denomina leiomiomas atípicos con bajo índice de recurrencia. Estos tumores parecen tener tendencia a recurrir (como el de nuestro caso) pero no dan metástasis a distancia. La experiencia con este tipo de casos en cordón espermático es casi nula, dada la rareza de los mismos.

246 PAPEL DE LA GONADOTROPINA EN EL TRATAMIENTO DE LAS CRIPTORQUIDIAS. ESTUDIO DE 178 PACIENTES

Sacristan F, De la Fuente A, Meirde F, Ortiz JA, Anton I, Zangrì E
Centro Medicina PUVISA. Vigo (Pontevedra).

Plantamiento: Con el fin de establecer la viabilidad y funcionalidad de los testículos criptorquídicos, en nuestro hospital se hizo un protocolo de manejo de los pacientes con esta patología, el cual incluía la realización de biopsia guiada del testículo en el momento de la orquidopexia, inicialmente sólo del teste escrópico, y posteriormente también del contralateral normotópico

Materia y métodos: Revisamos todas las biopsias de testes criptorquídicos estudiados en nuestro Servicio, además de los contralaterales normotópicos cuando disponíamos de la bp. Las clasificaciones de acuerdo con las lesiones básicas de Nistal, en función del Índice de Fertilidad Tubular (ITF) y el Índice de células de Sertoli (SCI)

Resultados: Las biopsias correspondían a 178 pacientes (45 con criptorquidia bilateral y 91 biopsias de testes contralaterales normotópicos). En los pacientes prepuberales (0-9 años) el ITF estaba entre el 30-50% en un 18% y era <30% en el 56%. Los pacientes puberales (10-14 años) tenían un ITF entre el 30-50% en un 26%, ITF<30% en el 42% y sólo Células de Sertoli en el 23%. Los pacientes post-puberales (mayores de 14 años) tenían el teste patológico en el 100%, con un 60% sólo con Células de Sertoli.

Según los grupos descritos por edades, en el 32%, 28% y 41% respectivamente el teste contralateral normotópico mostraba lesión histológica.

Conclusion: Ya que la mayoría (74%, 65% y 100%, respectivamente) de los casos tienen una marcada o severa hipoplasia germinal antes de la orquidopexia, ésta no debe de ser el tratamiento de elección, ya que se espera que esos testes no sean funcionantes tras la pubertad. Además, aproximadamente un tercio de los casos tienen el teste normotópico patológico, por lo que deberían de seguirse con 2ª biopsia o espermograma tras la pubertad y así comprobar si son o no fértiles.

247 CAMBIOS HISTOPATOGICOS TRAS EL BLOQUEO ANDROGENICO COMPLETO EN EL CARCINOMA DE PROSTATA.

M.Sanchez-Bias,MJ Lorenzo-Patiño, F.Gomez-Veiga.
Hospital Juan Canalejo La Coruña.

El bloqueo androgenico completo esta siendo cada vez mas usado en el tratamiento del carcinoma de prostata localizado.En este trabajo analizamos los hallazgos histologicos en piezas de prostatectomia radical de 22 pacientes sometidos a esta terapia,previa a la cirugía valorando su eficacia mediante variaciones en el volumen,PSA y presencia de margenes positivos.

Materia y metodos: 22 pacientes diagnosticados de carcinoma de prostata por biopsia ecodirigida o resección transuretral y graduados por el metodo de Gleason son incluidos en este estudio.Estos pacientes recibieron bloqueo hormonal completo durante un periodo de 3 a 6 meses antes de la prostatectomia radical.

Resultados:El cambio histologico mas caracteristico fue la vacuolización citoplasmatica presente en 90% de los casos siendo mas intensa en el 70%.En mas del 90% se observó picnosis aunque moderada en el 56%. En el 50% se detecto lisis y fragmentación nuclear aunque en general focal y leve En el estroma se observaron cambios inflamatorios linfocitarios en el 78% de los casos pero de intensidad leve. El grado de Gleason se modifico en 19 no disminuyendo en ningun caso.El PSA disminuyo en el 97% despues del tratamiento.El volumen prostatico medio descendio en el 33%. De los 22 pacientes solo uno (4%) disminuyo de estadio

Conclusiones: El bloqueo hormonal induce cambios característicos tanto en el tejido prostatico normal como en el tumoral El patólogo debe conocer estos cambios por su posible confusión con atrofia,metaplasia, lesiones proliferativas benignas o malignas. Por otra parte el tratamiento provoco una disminución del estadio y descenso de PSA.El Gleason sufrio un paradójico ascenso que hace que no sea valorable como guia post-terapia. Estudios a largo plazo confirmaran si estos hallazgos tiene influencia en el pronostico.

248 CARCINOSARCOMA RENAL

T Soler, MJ Fariña, C Adella, R Mans, JA Romero*

Servicio de Anatomía Patológica y Urología*,
Consorcio Sanitari de Mataró.

El carcinosarcoma (CS) es un tumor bifásico con componente epitelial y sarcomatoso. Se han descrito en diferentes órganos entre ellos el riñón. Aunque se ha relacionado con los carcinomas sarcomatoides, muchos autores prefieren conservar el término de carcinosarcoma cuando se demuestra una clara diferenciación mesenquimal. Se describe un caso de una mujer de 80 años con masa asintomática en flanco izquierdo. La ecografía y el TAC abdominal demostraron una tumoración renal heterogénea. Se procedió a la nefrectomía encontrándose un tumor bien delimitado de 12x11x5,8 cm. en polo inferior, de aspecto fibrilar con áreas necróticas y calcificadas.

HALLAZGOS MICROSCOPICOS: junto a áreas de carcinoma renal de células claras convencional, se observan nidos epiteliales entremezclados con células fusiformes y diferenciación osteo y condrosarcomatosa. La inmunohistoquímica mostró positividad para Vimentine, Desmina y Actina en el componente mesenquimal y para EMA en el componente epitelial.

COMENTARIOS: El CS y el carcinoma sarcomatoides son lesiones relacionadas aunque morfológicamente diferentes y se discute si representan diferentes grados de dediferenciación de un tumor epitelial.

Se valoran dos posibles hipótesis en la histogénesis del tumor: multilocular y monoclonal. Estudios recientes con PCR apoyan esta segunda opción.

El CS renal es un tumor agresivo de mal pronóstico. En los pacientes con lesión localizada, la proporción de componente sarcomatoso, es de valor pronóstico.