

## Carcinoma urotelial do bacinete apresentando-se com metastização cutânea, gástrica e rectal

*Urothelial carcinoma of the renal pelvis presenting with cutaneous, gastric and rectal metastases*

### Autores

Ricardo Oliveira Soares<sup>1</sup>, Tiago Pinto Correia<sup>1</sup>, Palmira Lima<sup>2</sup>,  
Teresa Íscar-Galán<sup>2</sup>, André Cardoso<sup>2</sup>, Frederico Carmo Reis<sup>3</sup>,  
Manuel Cerqueira<sup>3</sup>, Martinho Almeida<sup>4</sup>, Rui Prisco<sup>5</sup>.

### Instituição

<sup>1</sup> Interno, Serviço de Urologia, Hospital Pedro Hispano  
<sup>2</sup> Assistente Hospitalar, Serviço de Anatomia Patológica, Hospital Pedro Hispano  
<sup>3</sup> Assistente Hospitalar, Serviço de Urologia, Hospital Pedro Hispano  
<sup>4</sup> Chefe de Serviço, Serviço de Urologia, Hospital Pedro Hispano  
<sup>5</sup> Director de Serviço, Serviço de Urologia, Hospital Pedro Hispano  
Serviço de Urologia Hospital Pedro Hispano – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

### Correspondência

Ricardo Oliveira Soares  
Travessa das Antas, 84 – 5E; 4350-046 Porto – Portugal  
E-mail: ricardosoares81@gmail.com

Data de Submissão: 28 de Dezembro de 2009 | Data de Aceitação: 3 de Agosto de 2010

### Resumo

Apresentamos o caso de um homem de 70 anos que recorreu ao Serviço de Urgência por hematuria com duas semanas de evolução. No exame físico foram detectadas uma lesão cutânea torácica esquerda, adenopatias inguinais bilaterais e uma massa anterior ao toque rectal.

A tomografia computadorizada mostrou imagens sugestivas de neoplasia da junção pieloureteral esquerda com múltiplas adenopatias abdominopélvicas. O exame endoscópico rectal revelou um processo infiltrativo na parede anterior do recto. A ureterorenoscopia esquerda mostrou uma massa no bacinete, não tendo sido possível efectuar biópsia, mas com citologia urinária selectiva sugestiva de carcinoma.

Por se manter uma hematuria macroscópica com necessidade de múltiplas transfusões sanguíneas, foi realizada uma nefroureterectomia esquerda e exérese da lesão torácica cutânea. O exame anatomopatológico revelou um carcinoma urotelial do bacinete com metástase cutânea.

O pós-operatório complicou-se com obstrução intestinal, tendo sido feita laparotomia exploradora, que revelou obstrução rectal e perfuração de úlcera gástrica, ambas por metastização de carcinoma urotelial. O doente faleceu menos de dois meses após o diagnóstico.

**Palavras-chave:** urotelial, metástase, cutânea, gástrica, rectal.

### Abstract

*We present a case of a 70-years old male presenting with intermittent hematuria with two weeks evolution, a left thoracic cutaneous lesion, bilateral groin adenopathies and an anterior mass on rectal examination.*

*Computed tomography was suggestive of neoplasia of the left ureteropelvic transition with multiple abdominopelvic adenopathies. Rectal endoscopy revealed an infiltrative process. Left upper urinary tract examination revealed a mass on renal pelvis, but was not possible to do a biopsy. Selective left urinary cytology was suggestive of carcinoma.*

*As the patient maintained gross hematuria needing multiple blood transfusions, a left nephroureterectomy was made with removal of thoracic cutaneous lesion. Pathological examination diagnosed an urothelial carcinoma of renal pelvis with cutaneous metastasis. Postoperatively, this patient had bowel obstruction and a exploratory laparotomy was made, revealing gastric and rectal metastases of urothelial carcinoma. The patient died less than two months after diagnosis.*

**Key words:** urothelial, metastasis, cutaneous, gastric, rectal.

### Introdução

Os carcinomas uroteliais têm uma história natural que cursa com invasão progressiva da parede da via

urinária e posterior disseminação, metastizando mais frequentemente para estruturas linfáticas, pulmão, fígado e osso. Apresentamos um caso com três localizações raras de metastização: pele, estômago e recto. O reconhecimento clínico destes casos pelo urologista impõe-se, pois poderá ser a forma de apresentação da doença oncológica disseminada, alterando a atitude no seguimento do doente.

### Caso clínico

Apresentamos o caso de um homem de 70 anos com antecedentes de hipertensão, *diabetes mellitus* tipo 2 e doença pulmonar obstrutiva crónica, que recorreu ao Serviço de urgência por hematúria intermitente com duas semanas de evolução. No exame físico detectou-se uma lesão cutânea torácica esquerda, com 1 cm de diâmetro, de superfície avermelhada não ulcerada (figura 1). Apresentava, também, adenopatias inguinais bilaterais (dolorosas à palpação lateral esquerda) e uma massa anterior ao toque rectal, impedindo passagem do dedo.



Figura 1) Metástase cutânea

A tomografia computadorizada (TAC) mostrou um espessamento de 3 cm na junção pieloureteral esquerda, sugestiva de neoplasia (figura 2). Tinha adenopatias com necrose central (figura 3) em todas as cadeias abdominopélvicas, nódulos supra-renais bilaterais e um espessamento rectal inespecífico com preservação do mesorrecto. O exame endoscópico rectal revelou um processo infiltrativo na parede anterior do recto (figura 4).

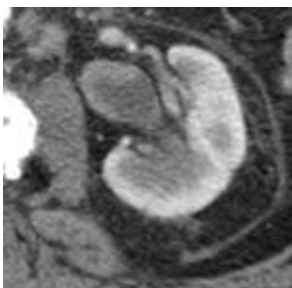


Figura 2) TAC Abdominal: espessamento da junção pieloureteral

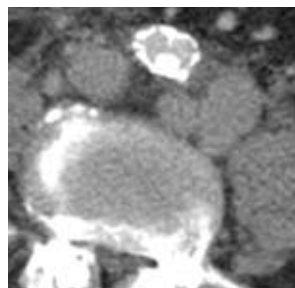


Figura 3) TAC Abdominal: adenopatias retroperitoneais bilaterais

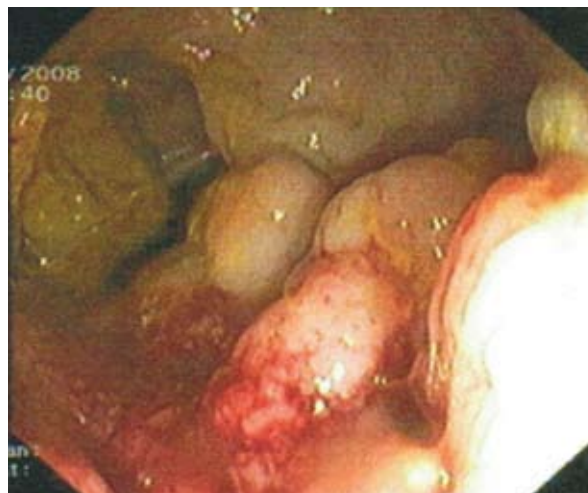


Figura 4) Rectoscopia: infiltração da parede rectal

A cistoscopia mostrou múltiplos nódulos da parede vesical recobertos por mucosa normal (figura 5). A ureterorrenoscopia esquerda mostrou uma massa pediculada no bacinete, não tendo sido possível efectuar uma biópsia por dificuldades técnicas. No entanto, a citologia urinária selectiva foi sugestiva de carcinoma.



Figura 5) Cistoscopia: múltiplos nódulos vesicais com mucosa normal

Por manter hematúria macroscópica com necessidade de múltiplas transfusões sanguíneas, foi realizada uma nefroureterectomia esquerda e exérese da lesão torácica cutânea. O exame anatomopatológico revelou uma massa vegetante de 45 mm no bacinete com aparente infiltração do uréter. Microscopicamente visualizou-se uma neoplasia urotelial de alto grau de padrão sólido envolvendo o bacinete (figura 6), um segmento de uréter e o meato ureteral. Tinha invasão linfática e vascular, mas o parênquima renal estava livre de neoplasia. A lesão cutânea (figura 7), apesar de epiderme normal, tinha uma neoplasia urotelial nas camadas superficial e profunda da derme. Foi então diagnosticado um carcinoma urotelial do bacinete com metástase cutânea.

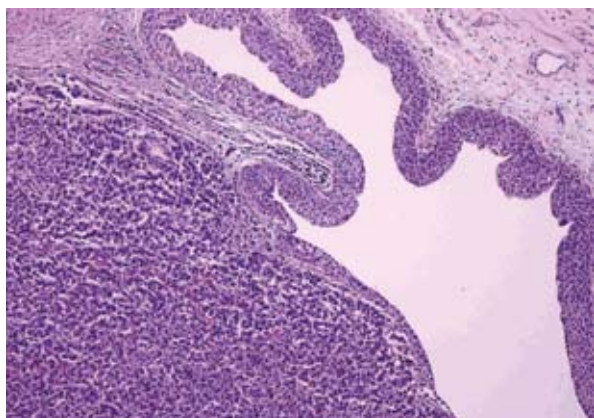


Figura 6) Rim (H&E, 400x): neoplasia de células de transição de alto grau envolvendo o bacinete

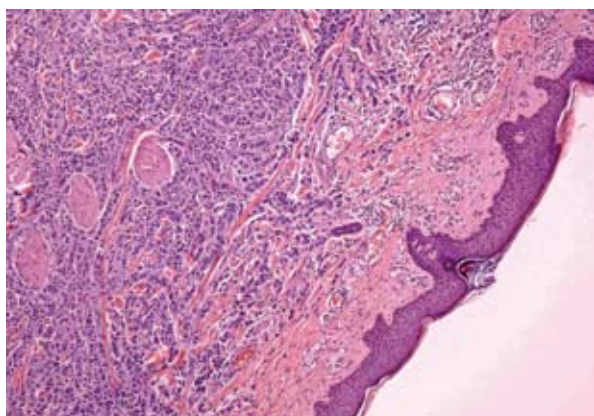


Figura 7) Lesão cutânea (H&E, 400x): neoplasia urotelial nas camadas superficial e profunda da derme com epiderme normal

No quinto dia do pós-operatório o doente iniciou um quadro de dor abdominal grave com sinais de obstrução intestinal na radiografia abdominal. Foi feita uma laparotomia exploradora, que revelou uma perfuração de úlcera gástrica e grande distensão ileocólica secundária a obstrução rectal. Assim, foi feita uma gastrotomia com remoção dos bordos da úlcera, biópsias rectais e colostomia derivativa do sigmóide. O exame patológico gástrico e rectal revelou uma mucosa preservada com infiltração submucosa, muscular e subserosa por carcinoma urotelial (figura 8), diagnosticando-se metástases gástricas e rectais. O doente faleceu duas semanas após a cirurgia, cerca de dois meses após o início da hematúria.

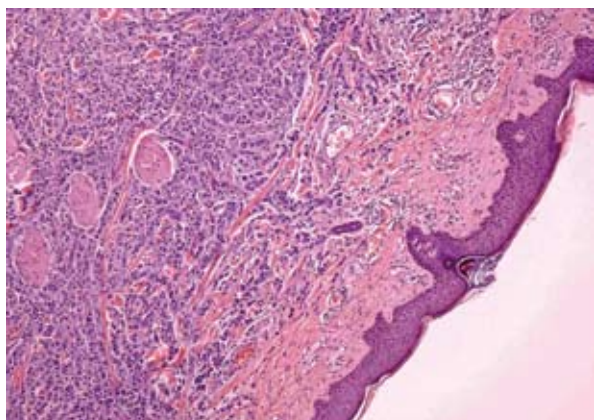


Figura 8) Biópsia rectal (H&E, 100x): infiltração neoplásica submucosa, muscular e subserosa com mucosa preservada

## Discussão

As metástases cutâneas de origem visceral ocorrem mais frequentemente em neoplasias da mama, do cólon e do pulmão. No que concerne a neoplasias urológicas são diagnosticadas em 1,1% dos casos, correspondendo a 3,4% dos carcinomas de células renais e apenas 0,84% dos carcinomas uroteliais<sup>1</sup>. O carcinoma urotelial dissemina-se, principalmente, por infiltração directa ou por metastização ganglionar linfática. No caso da metastização cutânea, esta ocorre por via linfática (surgindo no trajecto da drenagem linfática), por via venosa (à distância)<sup>1,2,3</sup> ou mesmo por via directa (ferida cirúrgica, uretra, urostomias)<sup>1,4</sup>. É de destacar que mesmo os carcinomas uroteliais superficiais mostram algum tipo de disseminação em 20% dos casos, podendo surgir metastização cutânea mesmo na ausência de doença musculo-invasiva<sup>1,5,6</sup>.

Tipicamente, as metástases cutâneas de neoplasia urotelial surgem como lesões múltiplas arredondadas, lisas e nodulares, embora possam, também, surgir como lesões únicas e com aspecto ulcerado ou necrótico<sup>1,2</sup>. O seu diagnóstico é dificultado pelo facto de mimetizarem doenças cutâneas primárias como hemangiomas, queratoacantomas<sup>7</sup>, herpes zoster<sup>1</sup>, erisipela<sup>8</sup>, furúnculos<sup>9</sup> ou mesmo dermatite associadas a quimioterapia<sup>6</sup>. Tipicamente infiltram a derme, mas não a epiderme, pelo que o seu diagnóstico implica uma biópsia excisional, e não apenas um *shaving*<sup>1</sup>.

Tal como outras manifestações de doença urotelial disseminada, são indicativas de muito mau prognóstico, estando associadas a uma sobrevida média sem tratamento de seis meses<sup>1,5,10</sup>. No entanto, a sobrevida poderá chegar aos 13-24 meses quando sujeitos a remoção das lesões cutâneas, radioterapia local<sup>9</sup> e/ou quimioterapia (por exemplo, com gencitabina, paclitaxel e cisplatina)<sup>1,9,10</sup>. Embora não haja protocolos com resultados consistentes, a remoção da lesão é a base do tratamento.

Existem casos raros de sobrevida superior a 10 anos<sup>1,10</sup>. O caso de maior longevidade (23 anos) até agora relatado é o de um doente com carcinoma urotelial da bexiga sujeito a radioterapia pélvica neo-adjuvante e cistectomia radical, no qual surgiu uma lesão cutânea na fossa ilíaca esquerda três meses após a cirurgia, tendo sido tratado com exérese da lesão (com margem de 5 cm) e metotrexato oral durante um ano<sup>10</sup>. Apesar destes casos de longa sobrevida e de existir mesmo um caso de regressão espontânea da metástase<sup>11</sup>, a regra é uma evolução rapidamente fatal, tal como no caso que apresentamos aqui<sup>2,4,7,8</sup>.

As metástases gastrointestinais são ainda mais raras. Com origem mais frequente em melanoma, neoplasias do pulmão, rim e mama, surgem em menos de 0,5% das neoplasias uroteliais<sup>12,13,14</sup>. Surgem

em todo o tracto gastrointestinal, mais frequentemente na porção gastroduodenal<sup>13,15</sup>, através de disseminação hematogénea, linfática ou mesmo por via directa, podendo ser intrínsecas à parede gastrointestinal (tipicamente na submucosa) ou desenvolver-se nos tecidos circundantes<sup>14</sup>. Aparecem tardiamente no decurso da doença, podendo ocorrer raramente em doentes sem outros sinais de doença oncológica disseminada<sup>13</sup>.

Manifestam-se de forma idêntica à patologia gastrointestinal primária. Em localização gastroduodenal provocam dor abdominal, melenas, anemia<sup>12</sup> e, por vezes, obstrução<sup>13</sup>. No caso de metástases colorrectais surge hemorragia digestiva baixa e obstrução intestinal<sup>16,17</sup>.

A história natural da doença leva a uma sobrevida média de cinco meses<sup>12</sup>, que poderá ser maior se for aplicado algum tipo de tratamento paliativo. Este pode envolver exérese da lesão, quimioterapia, radioterapia<sup>13</sup> e tratamento sintomático com hemostase endoscópica e embolização de lesões hemorrágicas<sup>12</sup>, derivações intestinais<sup>14</sup> e colocação de “stents”<sup>13</sup>.

### Conclusão

A metastização cutânea e gastrointestinal de neoplasia urotelial, tal como outros casos de doença à distância, é indicativa de mau prognóstico. Ocorre maioritariamente em fases tardias da doença, sendo o primeiro sinal de disseminação apenas em casos pontuais. A sua identificação é dificultada pela apresentação idêntica a doenças primárias da pele e do tracto gastrointestinal, mas deverá fazer parte do diagnóstico diferencial em doentes oncológicos. O tratamento é, na sua quase totalidade, paliativo, embora possam ocorrer aumentos de sobrevida significativos. No entanto, não existem protocolos estabelecidos com resultados consistentes. Apesar da baixa frequência deste tipo de metastização, os urologistas deverão estar cientes da sua existência, principalmente pela alteração significativa do prognóstico e, consequentemente, da atitude terapêutica.

### Bibliografia

- <sup>1</sup> Mueller TJ, Wu H, Greenberg RE. Cutaneous metastases from genitourinary malignancies. *Urology* 2004; 63 (6): 1021-6.
- <sup>2</sup> Puerto J, Flores J, Casas JM, Velasco J. Metastasis cutânea de un carcinoma vesical de células transicionales. *Actas Urol Esp* 2002; 26: 413.
- <sup>3</sup> Saito S. Solitary cutaneous metastasis of superficial bladder cancer. *Urol Int* 1998; 61 (2): 126-7.
- <sup>4</sup> Arteaga C, Martin S, Olmedo C, Garcia-Ripoll

FR, del Busto E. Metastasis cutânea solitária de carcinoma vesical. *Arch Esp Urol* 2007; 60 (10): 1218-20.

- <sup>5</sup> Chitale SV, Morrow DR, Patel R, Gaches CGC, Ball RY. Cutaneous metastases from transitional cell carcinomas of the bladder and renal pelvis. *BJU Int* 1997; 79: 292-3.
- <sup>6</sup> Akman Y, Cam K, Kavak A, Alper M. Extensive cutaneous metastasis of transitional cell carcinoma of the bladder. *Int J Urol* 2003; 10 (2): 103-4.
- <sup>7</sup> de Giorgi V, Sestini S, Massi D, Panelos J, Grazzini M, Lotti T. Cutaneous metastases: na ominous sign of urothelial carcinoma of the bladder. *Dermatol Surg* 2008; 34: 1574-6.
- <sup>8</sup> Zangrilli A, Saraceno R, Sarmati L, Orlandi A, Bianchi L, Chimenti S. Erysipeloid cutaneous metastasis from bladder carcinoma. *Eur J Dermatol* 2007; 17 (6): 534-6.
- <sup>9</sup> Block C, Dahmouh L, Konety B. Cutaneous metastases from transitional cell carcinoma of the bladder. *Urology* 2006; 67 (4): 846.
- <sup>10</sup> Gowardhan B, Mathers M, Feggetter G. Twenty-three years of disease-free survival following cutaneous metastasis from a primary bladder transitional cell carcinoma. *Int J Urol* 2004; 11 (11): 1031-2.
- <sup>11</sup> Mancebo JM, de la Peña J, Hidalgo L, et al. Regresión espontánea de metastasis cutaneas de carcinoma transicional de vejiga. *Arch Esp Urol* 1985; 38 (5): 497-501.
- <sup>12</sup> Pollheimer MJ, Hinterleitner TA, Pollheimer VS, Schlemmer A, Langner C. Renal cell carcinoma metastatic to the stomach: single-centre experience and literature review. *BJU Int* 2008; 102: 315-9.
- <sup>13</sup> Hawtin K, Kent A, Collins C, Blunt D. Metastatic bladder cancer presenting as duodenal obstruction. *Ann Acad Med Singapore* 2009; 38: 914-5.
- <sup>14</sup> Hong W, Chung D, Lee J, Byun J, Hahn S. Metastatic gastric linitis plastica from bladder cancer mimicking a primary gastric carcinoma: a case report. *Korean J Radiol* 2009; 10 (6): 645-8.
- <sup>15</sup> Dy R, Slocum T, Fidler M, Taylor R, Quigley E. Metastatic spread of transitional cell carcinoma of the bladder to the esophagus. *J Clin Gastroenterol* 1998; 26 (1): 81-2.
- <sup>16</sup> Langenstroer P, Zacharias A, Almagro U, Dewire D. Annular constriction of the rectum secondary to transitional cell carcinoma of the bladder. *Urology* 1996; 47 (3): 442-4.
- <sup>17</sup> Stillwell TJ, Rife CC, Lieber MM. Bladder carcinoma presenting with rectal obstruction. *Urology* 1989; 34 (5): 238-40.