

Original

## Obstrucción intestinal secundaria a carcinoma urotelial con infiltración circunferencial rectal

María Rodríguez-Ortega<sup>1</sup>, Alberto Carabias-Hernández<sup>1</sup>, Enrique Montano-Navarro<sup>2</sup>, Javier Angulo-Cuesta<sup>3</sup>, Gina Marcela Torres-Zambrano<sup>3</sup>, Beatriz Ramos-Lojo<sup>1</sup>, Manuel Limones-Esteban<sup>1,\*</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. <sup>2</sup>Medicina de Familia C.S. Pinto. <sup>3</sup>Servicio Urología. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

\*Correspondencia: Dra. María Rodríguez-Ortega, Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario de Getafe. Carretera de Toledo, Km. 12.500. Getafe. 28905. Teléfono: 916839360. Fax: 916839748. E-mail: rodrortega@yahoo.es, Teléfono particular: 646065200

*Archivos de Medicina* 2008, 4(4):3      doi: 10.3823/008

Artículo disponible en: <http://www.archivosdemedicina.com>

© 2008 Rodríguez-Ortega et al; Esta obra está bajo licencia de [Creative Commons](http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/).

La obstrucción rectal producida por invasión directa de un carcinoma de vejiga es una entidad poco frecuente. El diagnóstico diferencial con una neoplasia primaria de recto es difícil clínicamente y radiológicamente, sobre todo cuando la masa produce una estenosis circunferencial de la pared rectal. El abordaje quirúrgico agresivo debe ser tenido en cuenta en el tratamiento paliativo de estos pacientes, fundamentalmente cuando presenten una complicación que requiera tratamiento quirúrgico, como una obstrucción intestinal.

### Intestinal obstruction secondary to bladder annular carcinoma invasion

Symptomatic rectal obstruction secondary to bladder carcinoma invasion is an extremely rare entity. Differential diagnosis with a rectal primary tumour is difficult clinically and radiological, overall when an annular constriction is detected. Aggressive surgical approach could be appropriated for a palliative treatment in cases that present a surgical complication like intestinal obstruction.

### Introducción

Los cánceres de vejiga constituyen la cuarta causa de cáncer en el varón y la décima en la mujer. Presentan un espectro de lesiones que van desde el crecimiento superficial al invasivo o el patrón metastático, del que dependerá su comportamiento y la actitud diagnóstico-terapéutica. Los estadios avanzados incluyen la extensión

a próstata, vagina, útero o intestino (T4a de la clasificación TNM).

La afectación anular primaria rectal por un carcinoma urotelial de vejiga localmente avanzado es excepcional y plantea el diagnóstico diferencial con la existencia de un tumor primario de recto.

Presentamos un paciente con una obstrucción rectal secundaria a la infiltración primaria de un carcinoma vesical localmente avanzado.

## Caso clínico:

Paciente varón de 76 años que acude a urgencias por un cuadro de distensión abdominal y vómitos. Presenta como antecedente una neoplasia vesical detectada un año antes, mediante cistoscopia, con citología positiva para carcinoma urotelial, pendiente de resección trasuretral (RTU). En su estadificación se incluyó un escáner y ecografía transrectal donde se observó una próstata normal y una afectación vesical en cúpula y cara lateral derecha con gran masa retrovesical.

En la exploración actual se objetiva un abdomen timpánico, no doloroso, con ruidos hidroaéreos aumentados. Al tacto rectal presenta una masa fija y dura en toda la circunferencia rectal a aproximadamente 8 cm. del margen anal. Presenta a su vez hematuria con coágulos. Se realiza radiografía de abdomen encontrándose dilatación de intestino grueso hasta válvula ileocecal, con “stop” a nivel rectal.

Se instaura tratamiento médico conservador con sonda nasogástrica y rectal, fluidoterapia y sonda vesical de 3 vías para lavado, pues presentaba hematuria franca.

Se realiza enema opaco (figuras 1 y 2) donde se objetiva una lesión estenosante circunferencial que condiciona dilatación colónica hasta ciego desde 6 cm. del margen anal hasta la unión recto sigma, que por su carácter anular sugiere como primer diagnóstico un tumor primario rectal.



**Figura 1.** Enema opaco: visión antero-posterior: Se observa un estrechamiento filiforme por debajo de la unión recto-sigmoidea.



**Figura 2:** Visión lateral del enema opaco que confirma el estrechamiento circunferencial de la pared rectal.

Ante la persistencia del cuadro obstructivo es intervenido de manera urgente encontrándose una gran dilatación colónica con ciego isquémico, obligando a la práctica de una colectomía total. Se objetiva a su vez una gran tumoración vesical que infiltra desde la cara anterior y lateral gran parte de la circunferencia rectal extrínsecamente, por contigüidad, por lo que ampliamos la cirugía con una exanteración pélvica que incluyó en bloque vejiga, próstata y recto, así como linfadenectomía obturatriz e iliaca. La reconstrucción urinaria se realizó mediante técnica de Bricker con asa de yeyuno aislada abocado a piel en fosa iliaca derecha y la del tránsito intestinal mediante ileostomía terminal izquierda.

La histología definitiva de la pieza evidenció la presencia de un carcinoma urotelial de alto grado, transmural, que infiltra tejido adiposo perivesical y pared del recto por contigüidad (muscular propia y submucosa del recto, respetando mucosa). Catorce ganglios linfáticos con afectación tumoral (pT4N2).

El paciente presenta un postoperatorio dentro de la normalidad y se le plantea para quimioterapia paliativa, que le permite una aceptable calidad de vida a un seguimiento de 5 meses, donde no se ha objetivado recidiva tumoral en pruebas de imagen.

## Discusión

El carcinoma urotelial infiltrante de vejiga es frecuentemente agresivo produciendo infiltración local. Es habitual a su vez la recurrencia, fundamentalmente a nivel ganglionar. Está descrita la obstrucción intestinal (1-4) en estos tumores secundaria a recidiva ganglionar, por metástasis en tracto gastrointestinal o por carcinomatosis peritoneal. Sin embargo la estenosis rectal severa por infiltración directa, que está descrita ampliamente en el carcinoma de próstata (5), se halla escasamente documentada (tan sólo dos casos en la literatura) en el carcinoma de vejiga (6), exceptuando en las recidivas donde es más frecuente (7).

El paciente que presentamos tenía una afectación primaria de la vejiga de larga evolución. Durante el seguimiento de la misma, debido a la aparición de un cuadro obstructivo intestinal se objetivó una afectación circunferencial de la pared del recto que hizo sospechar como primera opción la presencia de un tumor primario rectal sincrónico, dado el carácter anular y estenosante de la lesión.

La ecografía endorectal habría permitido una mejor estadificación durante el episodio obstructivo y una mejor planificación de la intervención. Ni ésta, ni el escáner realizado en el estudio de extensión de la neoplasia vesical un año antes de la clínica obstructiva permitieron descartar la naturaleza infiltrante de la pared rectal, probablemente no tan evolucionada en el momento de esas pruebas de imagen. La naturaleza urgente de la intervención por el cuadro obstructivo severo no permitió la realización de otras pruebas diagnósticas, como colonoscopia, nuevo escáner y ecografía endorectal o resonancia magnético nuclear que hubieran ayudado a la filiación del proceso. Sólo realizamos un tránsito baritado en un intento de colocación de prótesis paliativa que permitiera continuar el estudio, pero la situación clínica del paciente obligó a una intervención urgente.

La colectomía total asociada a exenteración pélvica (Miles-Thompson-Bricker) es un tratamiento agresivo, descrito en el tratamiento de tumores malignos de recto con afectación vesical (8). En nuestro caso, se realizó de forma paliativa, pero permitió la resolución del cuadro obstructivo, el alta hospitalaria, el inicio de tratamiento sistémico y una aceptable calidad de vida durante el seguimiento, en el que no se ha objetivado recidiva.

Podemos concluir que la afectación rectal por un cáncer de vejiga invasivo, pese a ser un hallazgo infrecuente, debe ser planteado entre los diagnósticos diferenciales en estos pacientes cuando asocien cuadros obstructivos rectales. El abordaje quirúrgico agresivo puede ofrecerse como una opción paliativa en estos casos.

## Referencias

1. Beizig S, Boulaire JL, Pilorge L. An exceptional complication of bladder cancer: intestinal metastases with obstruction of the small intestine. *Prog Urol*. 1992 Oct;2(5):919-20.
2. Vesga Molina F, Blasco de Villalonga M, Albisu Tristan A, Llarena Ibarguren R, Pertusa Peña C. Intestinal obstruction caused by transitional carcinoma. *Arch Esp Urol*. 1996 Mar; 49(2):177-9.
3. de la Cruz Ruiz M, Rivero Martínez MD, Fernández Domínguez L, Egea Camacho J, Cortiñas González JR, Rivera Ferro J, Fernández del Busto E. Intestinal obstruction secondary to peritoneal carcinomatosis after iatrogenic perforation during TUR for transitional cell carcinoma of the bladder. *Arch Esp Urol*. 1999 Dec;52(10):1079-82.
4. Corfitsen MT, Agdal N, Schrøder M. Partial obstruction of the sigmoid colon by surgical implantation. *Int Urol Nephrol*. 1989;21(5):479-83.
5. Hon N, Lynn N, Chen TF. Rectal infiltration by prostatic adenocarcinoma: a report on six patients and review of the literature. *Ann R Coll Surg Engl*. 2005 Jan;87(1):72-3.
6. Stillwell TJ, Rife CC, Lieber MM. Bladder carcinoma presenting with rectal obstruction. *Urology*. 1989 Nov;34(5):238-40.
7. Langenstroer P, Zacharias A, Almagro U, Dewire D. Annular constriction of the rectum secondary to transitional cell carcinoma of the bladder. *Urology*. 1996 Mar;47(3):442-4.
8. Ignjatović D, Jevtić M, Stjelja B, Stanković N, Jovanović M, Trifunović Z. The Miles-Thompson-Bricker method of total pelvic exenteration in malignant tumors of the rectum with urinary bladder infiltration. *Vojnosanit Pregl*. 1996 Nov-Dec;53(6):471-5.