

# METÀSTASI A LÍQUID PERICÀRDIC DE CARCINOMA UROTELIAL SUBTIPUS PLASMOCITOIDE

**Patricia Lozano Martos; Isabel María Carmona Sánchez; Lara Barragán Rubio; Ana Fernández Mármol; Xana Bernal Escoté**  
Hospital Universitari Joan XXIII; Tarragona

## CAS CLÍNIC

Home de 68 anys exfumador, obès, hipertens, diabètic, amb dislipèmia i insuficiència renal aguda.

L'any 2021 se li va practicar RTU de tumor vesical d'aspecte infiltrant. Es va diagnosticar de carcinoma urotelial d'alt grau subtipus plasmocitoide, sarcomatoide i ric en lípids, mínim T2. L'estudi d'extensió va demostrar adenopaties ilíiaques bilaterals i retroperitoneals.

Rep quimioteràpia neoadjuvant i posterior cistectomia radical que es diagnostica de carcinoma urotelial d'alt grau amb diferenciació plasmocitoide, sarcomatoide i ric en lípids ypT3a, 6/11 ganglis positius N2.

Un any després, ingressa per vessament pericàrdic. Arriben al laboratori d'anatomia patològica 20 ml de líquid pericàrdic d'aspecte hemàtic, del que es realitzen dues extensions citològiques (Papanicolaou i Diff-Quik) i citologia líquida.

### Estudi citològic

Tant a les extensions citològiques com a la citologia líquida s'observa un fons hemàtic amb abundant cel·lularitat, que es disposa aïllada o en fileres. Aquesta cel·lularitat presenta nuclis augmentats de mida, de contorns irregulars, de vegades pleomòrfics o polilobulats, que es disposen centralment o rebutjats a la perifèria. El citoplasma és escàs, ocasionalment vacuolat conferint a la cèl·lula una morfologia "en anell de segell". S'observen aïllades figures de mitosi. (figura 1).

Es va plantejar diagnòstic diferencial amb limfoma, neoplàsia de cèl·lules plasmàtiques, mesotelioma i carcinomes pobrament cohesius, entre ells l'urotelial per l'antecedent del pacient.

A l'estudi immunocitoquímic, les cèl·lules tumorals van resultar positives per a CK7 i GATA3 (que confirmaven l'origen epitelial i urotelial), amb negativitat per a CD45 i Calretinina (que descartaven l'origen limfocitari i mesotelial) (figura. 2).

### Amb aquestes troballes el diagnòstic va ser de:

The International System for reporting serous effusion cytopathology. (ISRSFC) Categoria V. Maligne. Compatible amb metàstasi del component plasmocitoide del carcinoma urotelial.

### Troballes histològiques

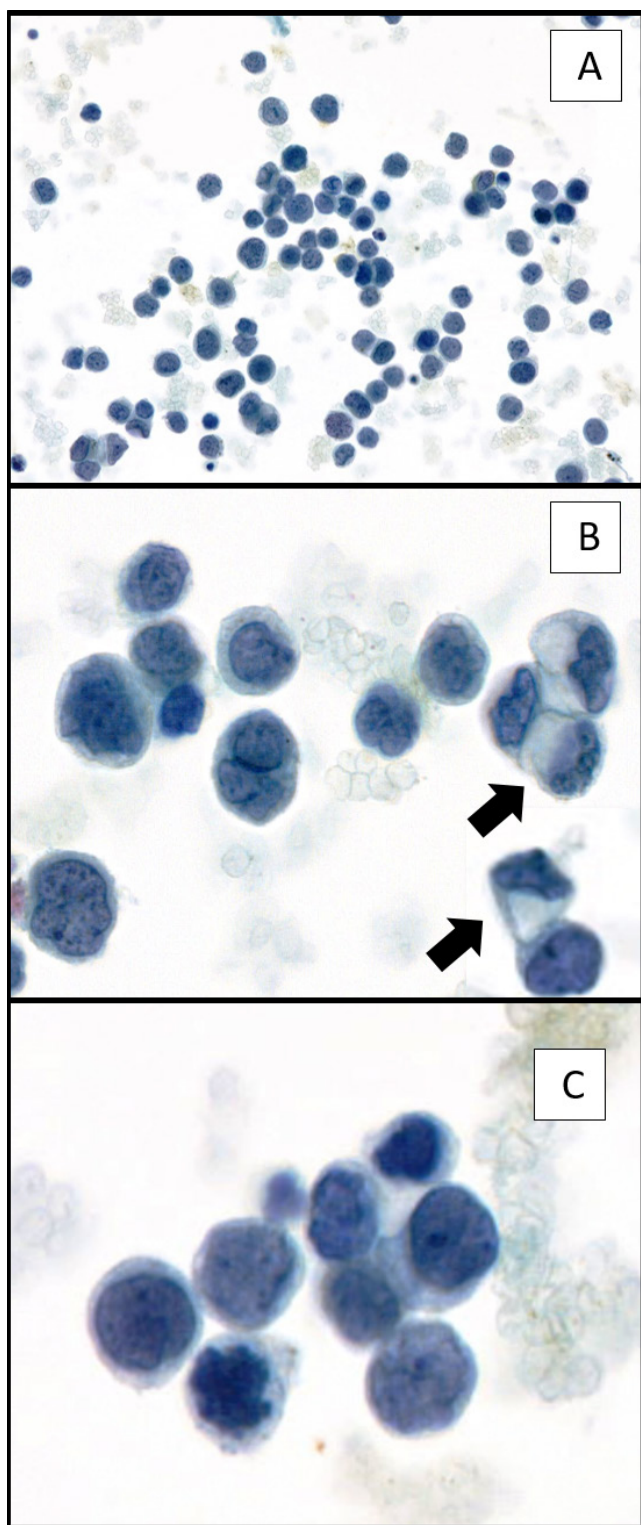
Tant a la RTU com a la peça de cistoprostatectomia es va observar un carcinoma urotelial d'alt grau amb diversos tipus histològics: plasmocitoide, sarcomatoide i ric en lípids (figura 3). L'estadiatge pTNM de la peça va ser ypT3a per infiltració del greix pericístic, pN2 amb 6 d'11 ganglis limfàtics positius.

L'estudi immunohistoquímic realitzat a ambdós tipus de mostra va resultar positiu per GATA3 amb positivitat focal per CK20 i CD138, amb pèrdua d'expressió focal d'E-cadherina i negativitat per a CK5/6 i CD44. (figura 4)

## DISCUSSIÓ

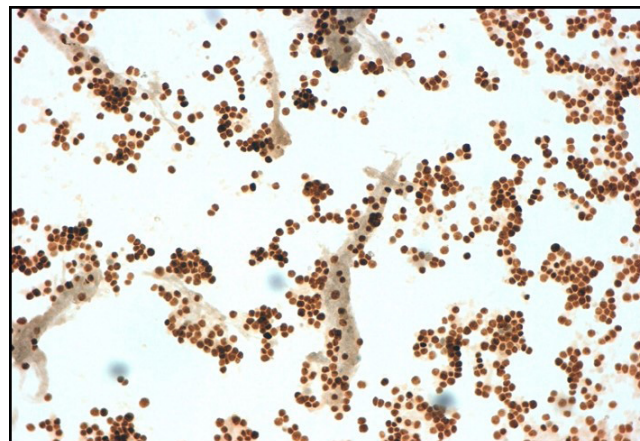
El carcinoma urotelial subtipus plasmocitoide és una entitat poc freqüent, que es diagnostica tardanament i que, per tant, presenta un curs agressiu i mal pronòstic. L'hematúria és el principal signe de presentació clínica. A la cistoscòpia, la mucosa de la bufeta urinària acostuma a estar edematosa, amb la paret engruixida, sense observar-se lesió exofítica.

La citologia d'aquests tumors es caracteritza per la presència d'abundants cèl·lules malignes discohesives.

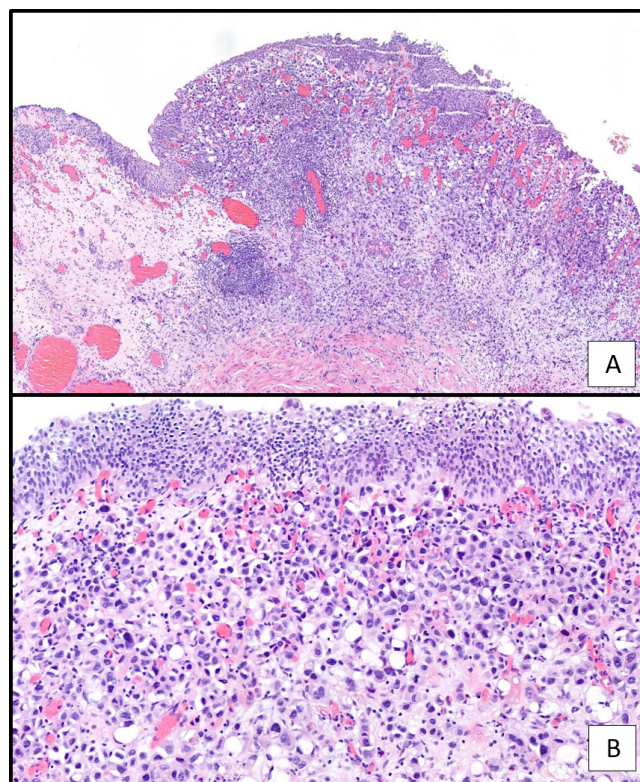


**Figura 1.** ThinPrep. A) Abundant cel·lularitat principalment aïllada o en petits grups. B) Cèl·lules amb citoplasma vacuolat i nuclis desplaçat a la perifèria, amb morfologia d'anell de segell. C) Gran desproporció nucli/citoplasma, irregularitat nuclear i nuclis polilobulats.

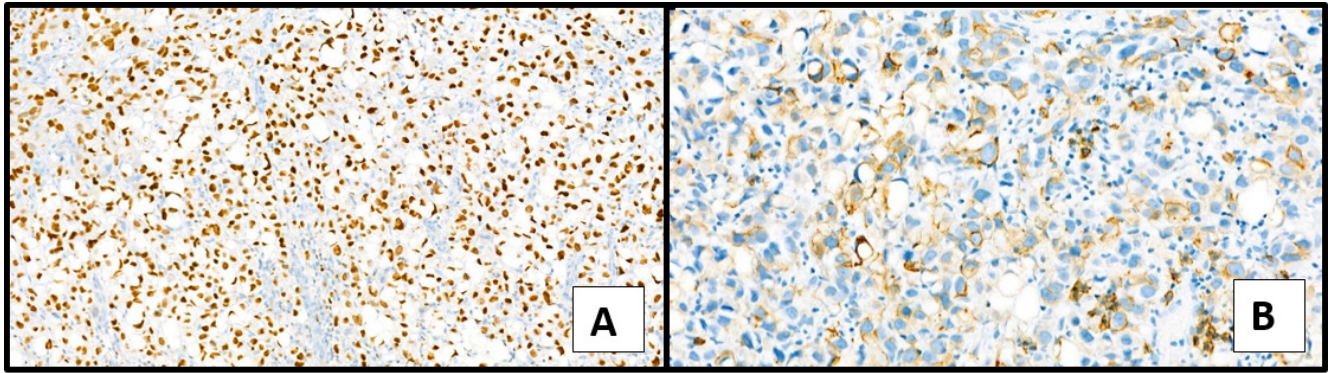
Les cèl·lules tumorals mostren nuclis grans, de contorns irregulars, que poden ser polilobulats i estar en disposició central o excèntricament disposats. A més de la morfologia plasmocitoide, poden observar-se vacuoles intracitoplasmàtiques que li confereixen a la cèl·lula una morfologia en "anell de segell".



**Figura 2.** Positivitat nuclear per GATA3.



**Figura 3.** A) Infiltració neoplàsica de patró difús preservant l'uroteli de superfície. B) A major augment, les cèl·lules neoplàsiques presenten un patró discohesiu, morfologia monocitoide, plasmocitoide o amb cèl·lules en anell de segell, similars a les observades a la citologia.



**Figura 4.** A) Positivitat nuclear per GATA3. B) Positivitat focal per CD138

La naturalesa epitelial del tumor es demostra per la positivitat per CK7 i CK20, essent també positius la CK34Be12, p63 i GATA3. La positivitat per a CD138 és variable entre els diferents estudis, oscil·lant entre el 70 i el 90%. Aproximadament, el 57% dels tumors perden expressió d'E-cadherina, la qual cosa explica el patró arquitectural "pobrament cohesiu" de les cèl·lules tumorals. Els marcadors limfoides són negatius, el que permet establir el diagnòstic diferencial amb aquesta entitat.

### CONCLUSIONS

El carcinoma urotelial metastatitza més freqüentment a ganglis limfàtics regionals, donant-se també metàstasis a fetge, pulmons i ossos. Les metàstasis a líquid pericàrdic són molt infreqüents.

D'altra banda, els tumors que més metastatitzen a líquid pericàrdic són els de pulmó i mama. Les metàstasis de carcinoma urotelial representen menys de l'1%.

El carcinoma urotelial subtipus plasmocitoide és una variant poc freqüent que presenta un curs agressiu.

Dins de l'entitat carcinoma urotelial plasmocitoide existeixen tres morfologies cel·lulars diferents: monocitoides (les majoritàries en el nostre cas), plasmocitoides i cèl·lules en anell de segell. El fet de que les cèl·lules presentin una morfologia majoritàriament monocitoide va comportar un plus de dificultat diagnòstica al cas. Gràcies al correcte processament i gestió del material es van poder realitzar estudis immunocitoquímics que van permetre establir la naturalesa metastàtica de la tumoració. ■

**Bibliografía**

1. Bürgesser MV, Calafat P, Diller A, Metrebián S. Evolución inusual de un carcinoma urotelial variante plasmocitoide. *Rev Esp Patol*. 2014; 47(4): 231-234.
2. Peck JR, Hitchcock CL, Maguire S, Dickerson J, Bush C. Isolated cardiac metastasis from plasmacytoid urothelial carcinoma of the bladder. *Exp Hematol Oncol*. 2012 Jun 24;1(1):16
3. Alshahwan MI, Bin Dukhi MM, Alotaibi SN, Aldarrab R, Alhefdhi NA, Al Oudah N, Abumelha S. Plasmacytoid Variant Urothelial Cell Carcinoma: A Case of a Histological Variant of Urinary Bladder Cancer With Aggressive Behavior. *Cureus*. 2023 Mar 17;15(3):e36278
4. Karpathiou G, Mobarki M, Stachowicz ML, Hathroubi S, Patoir A, Tiffet O, Froudarakis M, Peoc'h M. Pericardial and Pleural Metastases: Clinical, Histologic, and Molecular Differences. *Ann Thorac Surg*. 2018 Sep;106(3):872-879.
5. Shinagare AB, Ramaiya NH, Jagannathan JP, Fennessy FM, Taplin ME, Van den Abbeele AD. Metastatic pattern of bladder cancer: correlation with the characteristics of the primary tumor. *AJR Am J Roentgenol*. 2011 Jan;196(1):117-22
6. Perrino CM, Eble J, Kao CS, Whaley RD, Cheng L, Idrees M, Hashemi-Sadraei N, Monn MF, Kaimakliotis HZ, Bandali E, Grignon D. Plasmacytoid/diffuse urothelial carcinoma: a single-institution immunohistochemical and molecular study of 69 patients. *Hum Pathol*. 2019 Aug;90:27-36.