Primary adenocarcinoma of the bladder in a female patient: case report and literature review

Adenocarcinoma primario de vejiga en paciente femenina reporte de un caso y revisión de la literatura

Byron Santiago Muñoz Escobar,[1*] Carlos Ivan Alcívar Arias,[1] Willian David Pasto Guaranda,[1] Sonia Ivonne Rodríguez Almeida,[1] Jenny Alexandra Quizhpilema Balcázar.[1]

Abstract

Description: a 54-year-old woman presented to the emergency department complaining of severe pelvic pain accompanied by hematuria and a palpable, indurated hypogastric mass extending into the mesogastrium, associated with local inflammatory signs. She reported a previous external biopsy consistent with bladder adenocarcinoma; therefore, additional staging workup was performed to rule out secondary origins. Ultimately, the patient was diagnosed with primary bladder adenocarcinoma and underwent an anterior pelvic exenteration combined with bilateral ilioobturator lymphadenectomy, a Hartmann's colostomy, and a Bricker ileal conduit urinary diversion. The initial postoperative course at two months was favorable. However, due to systemic disease progression (lung metastases), a resolved perioperative episode of Takotsubo cardiomyopathy, and the patient's active refusal of the proposed palliative systemic chemotherapy (CAPOX regimen), she was referred to palliative care support, completing six months of follow-up

Relevance: it is important to have evidence-based studies with similar cases that allow us to better address this pathology. Therefore, this case report aims to contribute to the current medical literature.

Clinical implications: primary bladder adenocarcinoma represents between 0.5 % and 2.5 % of bladder tumors and is a pathology with limited evidence. A clinical case is presented to contribute evidence to the literature.

Conclusions: When a bladder mass with atypical characteristics and aggressive behavior is present, primary bladder adenocarcinoma should be considered as a differential diagnosis, allowing for timely clinically and surgically targeted treatment.

Keywords:
Adenocarcinoma, urinary bladder, hematuria

Autor de correspondencia:
*Byron Santiago Muñoz Escobar. Dirección: QGP2+9WW, Av. Gran Colombia, 170136 Quito, Ecuador. Correo electrónico: bsme1986@gmail.com

Citación: Muñoz Escobar B. S, Alcívar Arias C. I., Pasto Guaranda W. D., Rodríguez Almeida S. I, Quizhpilema Balcázar J. A. *Adenocarcinoma primario de vejiga en paciente femenina reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Mex Urol. 2026;86(5)*1-11.

[1.] Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Quito, Ecuador.

Recepción: 27 de octubre de 2025
Aceptación: 21 de septiembre de 2026

CC BY NC ND

Resumen

Descripción: una mujer de 54 años acudió a urgencias por dolor pélvico intenso acompañado de hematuria y una masa dura en el hipogastrio que se extendía al mesogastrio, con signos inflamatorios. Refirió contar con un informe de biopsia externa compatible con adenocarcinoma vesical y se realizaron estudios adicionales para descartar causas secundarias. Finalmente, se diagnosticó a la paciente con adenocarcinoma vesical primario, por lo que se le realizó una exenteración pélvica anterior, junto con linfadenectomía ilioobturatriz bilateral, una colostomía de Hartmann y una derivación urinaria tipo Bricker. La evolución posquirúrgica inicial a los dos meses fue favorable. Sin embargo, debido a la progresión sistémica de la enfermedad (metástasis pulmonares), un episodio perioperatorio superado de miocardiopatía de Takotsubo y el rechazo explícito de la paciente al tratamiento sistémico paliativo propuesto (esquema CAPOX), se procedió al soporte por cuidados paliativos, cumpliendo seis meses de seguimiento.

Relevancia: es fundamental contar con estudios basados en evidencia con casos similares que permitan optimizar el abordaje de esta patología inusual. Por ello, se colabora con la recopilación de información y el reporte de este caso.

Implicaciones clínicas: el adenocarcinoma primario de vejiga representa entre 0.5 % y el 2.5 % de los tumores vesicales, siendo una patología de limitada evidencia en la literatura. Este caso aporta información clínica valiosa sobre su comportamiento agresivo y el manejo multidisciplinario.

Conclusiones: al presentar una masa vesical con características atípicas y comportamiento agresivo, debe considerarse al adenocarcinoma primario de vejiga como diagnóstico diferencial, lo cual nos permite dar oportunamente un tratamiento clínico-quirúrgico dirigido.

Palabras clave:
Adenocarcinoma, vejiga, hematuria

Introducción

De acuerdo con los datos epidemiológicos de GLOBOCAN, el cáncer de vejiga ocupa el décimo lugar en incidencia global, representando aproximadamente el 3 % de todas las neoplasias malignas a nivel mundial; la gran mayoría de estos casos se clasifican histológicamente como carcinomas uroteliales.[1] En contraste, el adenocarcinoma primario de vejiga constituye una entidad oncológica inusual y poco caracterizada, debido principalmente a la diversidad de lesiones glandulares —tanto primarias como secundarias— que pueden comprometer a este órgano.[2] Esta variante representa un máximo del 2 % de todas las neoplasias vesicales y muestra una mayor prevalencia en el sexo masculino.[3] Desde una perspectiva anatómica, aproximadamente un tercio de estos adenocarcinomas derivan de remanentes uracales localizados en la cúpula o el ápex, así como en la pared anterior vesical.[4] Histopatológicamente, la lesión puede manifestarse a través de diversos subtipos, entre los que destacan el mucinoso (coloide), papilar, de células en anillo de sello, de células claras o formas mixtas.[5]

El espectro clínico inicial resulta indistinguible del que presentan otras estirpes tumorales urinarias, siendo la hematuria, el dolor suprapúbico y la disuria las manifestaciones más frecuentes. El abordaje diagnóstico convencional se fundamenta en la cistoscopia, la citología urinaria y la resección transuretral de tumor vesical (RTU-V).[6] El diagnóstico diferencial de una lesión con diferenciación glandular es amplio, exigiendo la exclusión de entidades benignas, lesiones precursoras, tumores primarios y neoplasias metastásicas secundarias.[2] Actualmente, el estándar de oro terapéutico consiste en la cistectomía radical asociada a linfadenectomía pélvica en pacientes con un estado funcional óptimo. Asimismo, se ha documentado un impacto favorable en la supervivencia global mediante el uso concomitante o secuencial de radioterapia y diversos esquemas sistémicos en combinación con el manejo quirúrgico radical.[5]

Caso clínico

Paciente femenina de 54 años, sin antecedentes de importancia médicos ni quirúrgicos, sin consumo de alcohol, tabaco ni otros tóxicos, acudió al servicio de Urgencias por un cuadro de dolor pélvico de gran intensidad acompañado de hematuria macroscópica. Al examen físico se palpó a nivel abdominal una masa dura, localizada en el hipogastrio y extendida hacia el mesogastrio de aproximadamente 15 cm de diámetro, con signos inflamatorios locales (Figura 1); índice de Karnofsky del 100 %. Los exámenes complementarios en urgencias revelaron: leucocitos 22,190/µL, neutrófilos 84.4 %, hemoglobina 7.7 g/dL, hematocrito 24.1 %, plaquetas 987,000/µL, función renal y electrolitos normales, PCR 277 mg/L, PCT 3.82 ng/mL. Gasometría arterial: pH 7.53, pCO_2 22.1 mmHg, pO_2 69.78 mmHg, HCO_3^- 21.7 mEq/L, $SatO_2$ 95.9 %, lactato 0.8 mmol/L.

Figura 1. Masa abdominal en hipogastrio

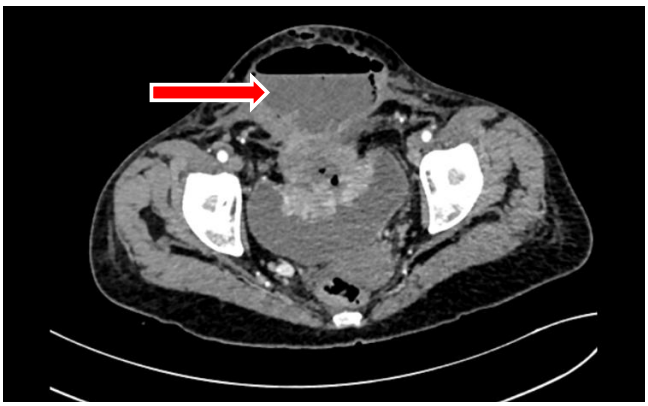


Flecha azul muestra masa dura localizada en hipogastrio que se extiende hasta mesogastrio de aproximadamente 15cm de diámetro.

La tomografía computarizada (TC) simple y contrastada de abdomen y pelvis evidenció la vejiga distendida con engrosamiento focal de la pared vesical, de componente intraluminal y extravesical, localizado en la pared anterior. La masa presentaba márgenes irregulares y medía 6 x 6 x 5.7 cm en sus diámetros longitudinal, anteroposterior y transverso, respectivamente. A nivel extravesical se extendía hacia la grasa perivesical anteriormente, fistulizando y formando una colección en pared abdominal de 8.1 x 7.2 x 8.2 cm (volumen de 248 cc) (Figura 2 y 3).

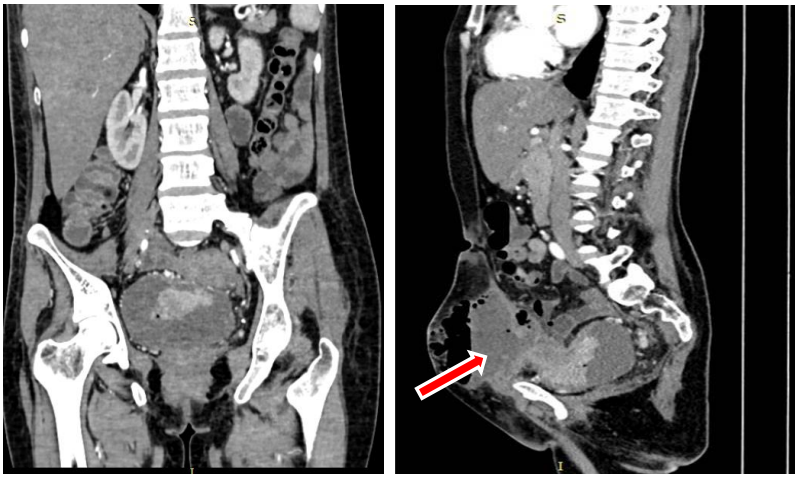
La ecografía de partes blandas de hipogastrio confirmó una colección heterogénea con presencia de gas de 7.9 x 7 x 6.9 cm (volumen aproximado de 201 cc) y un trayecto fistuloso comunicado con la vejiga. Los estudios de extensión tomográficos iniciales evidenciaron además nódulo pulmonar derecho sugestivo de metástasis.

Figura 2. TAC abdomen y pelvis, corte axial



Flecha roja: muestra una masa vesical que compromete estructuras adyacentes de triángulo anterior hasta pared posterior.

Figura 3. Tomografía simple y contrastada abdomen y pelvis, corte coronal y sagital



Engrosamiento focal de la pared vesical intraluminal y extravesical localizado en pared anterior, de márgenes irregulares, mide 6 x 6 x 5.7 cm de diámetro longitudinal, anteroposterior y transverso

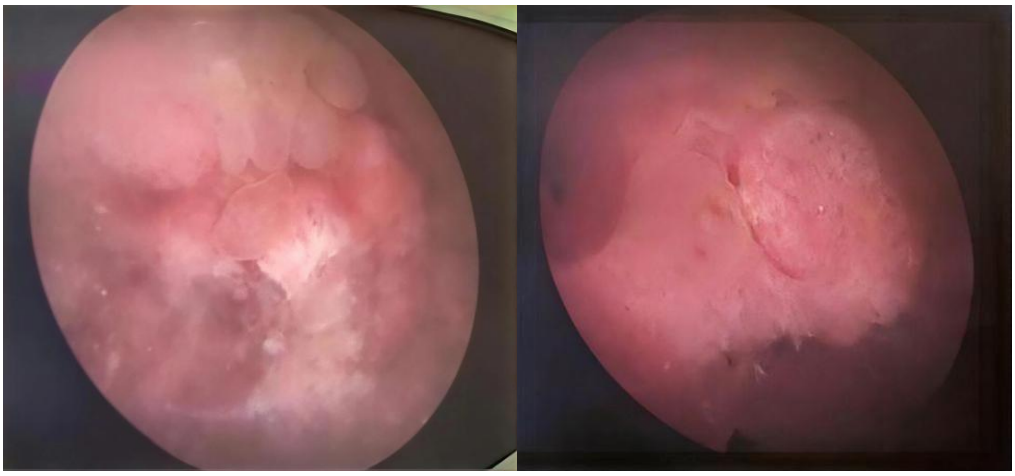
La paciente aportó un reporte externo de biopsia vesical compatible con adenocarcinoma de vejiga. En este contexto ingresó para manejo clínico y drenaje incisional del absceso de partes blandas (pared abdominal) obteniéndose líquido purulento de aproximadamente 500 mililitros, cuyo cultivo reportó *Escherichia coli* BLEE. Se realizó una cistoscopia diagnóstica que identificó en la vejiga una masa gigante sólida, sésil (de base amplia), que compromete pared anterior de vejiga *(Figura 4)*. Con el objetivo de determinar si se trataba de un adenocarcinoma primario de vejiga o metastásico, se completó el protocolo de exclusión con los siguientes estudios:

- **Ecografía mamaria:** Categoría BI-RADS 2, hallazgos benignos en correlación con la mamografía

- **Colposcopía:** Cérvix hipotrófico, epitelio escamoso rosado pálido, no vasos atípicos AAA, no áreas acetopositivas, captación homogénea al Lugol. Arquitectura conservada. Hallazgos normales
- **Colonoscopía:** Hemorroides externas Grado I. No se observa invasión tumoral a nivel del colon en áreas exploradas.

Figura 4 (A y B). Cistoscopia diagnóstica

Imagen A ***Imagen B***



Masa gigante sólida, pedículo amplio que compromete pared anterior de vejiga.

El caso fue presentado en comité de Urooncología en el que se cataloga inicialmente como estadío clinico IIIA, en el cual se decidió la resolución quirúrgica, la cual se realizó una exenteración pélvica anterior combinada con linfadenectomía ilíaco obturatriz bilateral, rafia de recto (por lesión incidental transoperatoria corregida inmediatamente), colostomía tipo Hartmann y derivación urinaria tipo Bricker, contando con el apoyo multidisciplinario de Cirugía General y Cirugía Oncológica. Los hallazgos que se encontraron fueron: masa en vejiga de aproximadamente 15 centímetros, irregular, que compromete pared abdominal anterior infraumbilical y el epiplón, firmemente adherida en su porción distal al recto y la vagina. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta a los ocho días de hospitalización con retiro de drenajes.

Hallazgos macroscópicos e histológicos

Macroscópicamente, producto de exenteración pélvica pesó 498 gr, constituido por: vejiga que mide 11.7 x 9.6 x 5.7 cm, uréter derecho de 1 x 0.2 cm y uréter izquierdo de 1 x 0.3 cm; útero que mide 4.7 x 4 x 3 cm (cuerpo uterino) y 4 x 3.7 cm (cérvix); rodete vaginal 2 x 3.7 cm, trompa uterina derecha 3.5 x 0.7, ovario derecho 3.4 x 2.1 x 0.7 cm, trompa uterina izquierda 4 x 0.5 cm, ovario izquierdo 3.3 x 1.5 x 0.8 cm.

Linfadenectomía derecha, se recibe un fragmento irregular de tejido adiposo que mide 5 x 4.8 x 1 cm del cual se aíslan cinco nódulos de 1 cm y 2 cm de eje mayor.

Linfadenectomía izquierda, se recibe un fragmento irregular de tejido adiposo que mide 4x3.8x1cm del cual se aíslan tres nódulos de 1 cm y 2.5 cm de eje mayor.

El análisis histopatológico definitivo reveló un adenocarcinoma primario vesical subtipo NOS, moderadamente diferenciado. Microscópicamente, la lesión infiltraba el tejido blando perivesical. No se evidenció invasión linfovascular y a estructuras adyacentes. Reportó márgenes negativos para tumor invasivo, bordes quirúrgicos libres de neoplasias y los cinco ganglios linfáticos pélvicos aislados resultaron negativos para malignidad. El diagnóstico se confirmó mediante inmunohistoquímica, donde las células tumorales mostraron reactividad a la citoqueratina CK 20, B-catenina.

Con base en los hallazgos histopatológicos definitivos, la neoplasia se clasificó inicialmente como un adenocarcinoma vesical en **estadio clínico IIIa (pT3a N0 M0)**. Sin embargo, ante la posterior evidencia tomográfica en los estudios de control que demostró la aparición de nódulos pulmonares, el Comité de Urooncología catalogó definitivamente el cuadro como una enfermedad en **estadio clínico IVB (pT3a N0 M1b)**. Debido a esta progresión sistémica, se pautó un régimen de quimioterapia con intención paliativa bajo el esquema CAPOX (capecitabina más oxaliplatino).

Simultáneamente, debido a que la paciente portaba catéteres doble J bilaterales, se programó su retiro mediante neocistoscopia diagnóstica. Sin embargo, durante el periodo periprocedimiento, la paciente presentó un cuadro clínico crítico caracterizado por arritmia severa e inestabilidad hemodinámica, requiriendo su transferencia e ingreso emergente a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Se confirmó el diagnóstico de miocardiopatía de Takotsubo (síndrome de b*roken heart* o miocardiopatía por estrés) secundaria a estrés anestésico, lográndose la resolución completa y superación del evento cardiológico tras el manejo médico especializado.

Tras el egreso hospitalario, la paciente mostró una deficiente adherencia al seguimiento médico; haciendo uso de su autonomía, rechazó activamente tanto el esquema de quimioterapia paliativa propuesto como el soporte integral por el servicio de Cuidados Paliativos, permaneciendo bajo un esquema de vigilancia expectante por decisión propia cumplimiendo seis meses de seguimiento posquirúrgico.

Discusión

El adenocarcinoma primario de vejiga representa una neoplasia maligna poco frecuente, con una incidencia estimada de entre el 0.5 % y el 2.5 % de todas las neoplasias vesicales.[2,3] Muestra una mayor prevalencia en el sexo masculino y se diagnostica habitualmente entre la quinta y la octava década de la vida. Su etiopatogenia se ha vinculado a la metaplasia glandular del urotelio, secundaria a estímulos irritativos crónicos como la esquistosomiasis, infecciones recurrentes del tracto urinario y litiasis vesical; asimismo, puede derivar de anomalías congénitas como la extrofia vesical o la persistencia de remanentes del uraco.[2,7] De acuerdo con la literatura científica, las manifestaciones clínicas iniciales incluyen hematuria macroscópica, disuria, dolor suprapúbico e incluso una masa palpable a nivel vesical.[7,8] Esta sintomatología

coincide con el cuadro clínico de nuestra paciente; no obstante, suele superponerse con la presentación de otras estirpes histológicas más comunes, tales como el carcinoma urotelial.

Como parte del protocolo diagnóstico se realizó una cistoscopia, procedimiento que permitió la inspección directa de la mucosa vesical, así como la delimitación topográfica y morfológica de la lesión. En el caso de la paciente, se identificó una neoplasia sólida gigante de base ancha (sésil) que comprometía la pared anterior de la vejiga *(Figura 5)*. Estos hallazgos obligan a plantear un riguroso diagnóstico diferencial con un adenocarcinoma de uraco, entidad descrita clásicamente como una masa sésil con predilección por la cúpula vesical. Si bien la localización anatómica objetivada en esta paciente no coincide estrictamente con la presentación típica del tumor uracal, dicha discrepancia resulta insuficiente para descartar esta etiología, justificando la ampliación del estudio con pruebas complementarias.

La presencia de una neoplasia glandular macroscópica en la cúpula o la pared anterior de la vejiga plantea un reto diagnóstico de exclusión sumamente complejo en la práctica urológica. Por criterios topográficos, la primera sospecha diagnóstica suele inclinarse hacia un origen uracal. Como señalan Taylor, Mehra y Udager en su revisión de la literatura (*Glandular tumors of the urachus and urinary bladder*),[9] para catalogar formalmente una lesión como uracal se deben cumplir estrictamente los criterios anatomoclínicos de Sheldon, los cuales exigen el predominio del tumor en las capas profundas (muscular o grasa perivesical) con indemnidad o afectación secundaria de la mucosa, y la ausencia de metaplasia glandular generalizada en otras zonas del urotelio.[10]

En nuestro caso, a pesar de la localización en la pared anterior y cúpula, el estudio histopatológico descartó el origen uracal al demostrar un compromiso exofítico primario y destructivo que nacía directamente desde la mucosa vesical urotelial, clasificándose como un **adenocarcinoma primario de vejiga no especificado de otra manera (NOS)**

Diagnóstico anatomo-patológico e inmunohistoquímica

La tomografía computarizada (TC) permitió caracterizar con mayor precisión la topografía anatómica de la lesión, sus dimensiones volumétricas y el grado de infiltración hacia las estructuras adyacentes a la neoplasia.[2] El informe imagenológico describió una masa de contornos irregulares que medía 6 × 6 × 5.7 cm, localizada en la pared anterior vesical, sin evidencia de enfermedad metastásica a distancia.

El diagnóstico diferencial de esta entidad representa un desafío complejo debido a la superposición morfológica e inmunohistoquímica con adenocarcinomas metastásicos, principalmente de origen colorrectal, prostático o ginecológico.[3] Desde la perspectiva histológica, el adenocarcinoma primario de vejiga se clasifica en los subtipos entérico (5 %), mucinoso (15 %), de células claras, de células en anillo de sello (22.5 %) y no especificado de otra manera (NOS, por sus siglas en inglés) (52.5 %) (5,8). En el caso expuesto, la neoplasia se tipificó como un adenocarcinoma vesical NOS, moderadamente diferenciado, con márgenes quirúrgicos libres de tumor y ausencia de invasión linfovascular; hallazgos que sugieren un pronóstico favorable dentro del comportamiento biológico agresivo de esta patología.

El perfil inmunohistoquímico de este caso reveló positividad para CK20 y β-catenina, reactividad compatible con el origen vesical primario. No obstante, dado que dicha expresión también puede objetivarse en neoplasias de estirpe colorrectal,[7,11] la interpretación definitiva requirió de la estricta correlación entre la histomorfología, el inmunofenotipo y el contexto clínico.

En este escenario, el diagnóstico definitivo se fundamentó en el reporte histopatológico de adenocarcinoma NOS. Las limitaciones tecnológicas de nuestra institución impidieron la determinación de marcadores de alta especificidad como la trombomodulina (TM), cuya expresión es excepcional en tumores colorrectales. Adicionalmente, los estudios de extensión por imagen resultaban ambiguos debido a que la localización anatómica de la masa comprometía zonas comunes para patologías uracales. Frente a la inespecificidad de las manifestaciones clínicas de los tumores vesicales y los hallazgos de IHQ, la revisión de una colonoscopia previa descartó lesiones estructurales sincrónicas o sugestivas de malignidad colorrectal, excluyendo así un foco primario digestivo.

Abordaje terapéutico

El estándar terapéutico de elección para el adenocarcinoma primario de vejiga es la cistectomía radical asociada a linfadenectomía pélvica bilateral.[12] No obstante, al catalogarse el cuadro de la paciente como localmente avanzado debido al compromiso extenso de la pared anterior vesical, se optó por una exenteración pélvica anterior con resección en bloque de órganos adyacentes y confección de derivaciones urinarias y digestivas, logrando así márgenes quirúrgicos oncológicos negativos (R0). La viabilidad de este abordaje agresivo se sustentó en las condiciones fisiológicas óptimas de la paciente, determinadas por su edad cronológica y un índice de Karnofsky favorable. La magnitud de la intervención quirúrgica refleja la invasividad local de la neoplasia y ratifica la necesidad de un manejo multidisciplinario, en consonancia con las pautas de la *American Urological Association* (AUA) y la Sociedad Colombiana de Urología.[10]

La evolución de la paciente pone de manifiesto la extrema agresividad biológica y la naturaleza localmente invasiva que caracteriza al adenocarcinoma primario de vejiga. A diferencia del carcinoma urotelial convencional, esta variante histológica se describe en la literatura por su tendencia diagnóstica en estadios avanzados debido a la ausencia de síntomas específicos tempranos. En las piezas de resección quirúrgica o cistectomía radical, estos tumores muestran de forma sistemática un patrón de infiltración destructiva de gran volumen. En nuestro caso, la neoplasia demostró una agresividad local masiva, caracterizada por un bloque tumoral de 15 centímetros que invadía directamente la grasa perivesical (confirmado como pT3a).

El rol de la quimioterapia y la radioterapia en el adenocarcinoma primario de vejiga permanece indeterminado. Aunque la literatura reporta respuestas parciales con regímenes basados en cisplatino y 5-fluorouracilo,[10] la evidencia científica es limitada y se restringe a series de casos pequeñas. Al respecto, Natale *et al.*, demostraron que los pacientes sometidos exclusivamente a manejo quirúrgico radical alcanzaron tasas de supervivencia global superiores en comparación con aquellos tratados con quimio o radioterapia como monoterapia.[5]

No obstante, el reporte histopatológico definitivo de nuestra paciente reveló extensión tumoral hacia el tejido blando perivesical y adenomiosis coexistente. Estos hallazgos clasificaron inicialmente la neoplasia como un adenocarcinoma vesical en estadio clínico IIIA (pT3a N0 M0) y durante el posterior control tomográfico postquirúrgico y oncológico donde se evidenció la aparición de metástasis pulmonares, modificando así el escenario hacia un estadio avanzado IVB (pT3a N0 M1b). Ante la presencia de factores de mal pronóstico, específicamente la infiltración de la grasa perivesical y el margen de resección positivo, el servicio de Oncología Clínica determinó el inicio de terapia sistémica basada en el esquema CAPEOX (capecitabina combinada con oxaliplatino), fundamentado en la diferenciación glandular y el perfil entérico de la lesión.

El dilema diagnóstico en estadios iniciales es consistente con lo reportado en la literatura de revisión de casos (*Urachal pathology: review of cases)*, donde se advierte que los tumores glandulares sólidos de la vejiga frecuentemente enmascaran su verdadera agresividad tras la apariencia clínica o tomográfica de patologías benignas o confinadas, revelando su naturaleza infiltrativa real únicamente en la pieza quirúrgica definitiva.[13]

Bajo este escenario, el comportamiento biológico agresivo de la entidad se hizo evidente desde el debut clínico de la paciente mediante la presencia de lesiones metastásicas pulmonares. Al no consolidarse la quimioterapia sistémica con intención paliativa (esquema CAPOX) por rechazo explícito de la paciente debido a su autonomía médica, el caso permitió documentar la rápida evolución y la alta afinidad por la diseminación micrometastásica temprana que posee el adenocarcinoma primario de vejiga, consolidándose como una de las variantes histológicas más letales del tracto urinario.

Bajo este escenario, el comportamiento biológico agresivo de la entidad se hizo evidente durante el seguimiento a corto plazo de la paciente, manifestándose mediante una rápida progresión sistémica con la aparición de lesiones metastásicas pulmonares. Al no consolidarse la quimioterapia sistémica con intención paliativa (esquema CAPOX) por rechazo explícito de la paciente debido a su autonomía médica, el caso permitió documentar la veloz historia natural de la enfermedad y la alta afinidad por la diseminación micrometastásica temprana que posee el adenocarcinoma primario de vejiga, consolidándolo como una de las variantes histológicas más letales del tracto urinario.

El presente caso clínico aporta valor a la literatura médica al documentar un adenocarcinoma primario de vejiga en una paciente de sexo femenino, caracterizado por una presentación clínica atípica e inmunohistoquímica compleja, resuelto inicialmente mediante cirugía radical multivisceral. El reporte enfatiza la relevancia de mantener un alto índice de sospecha diagnóstica, la utilidad crítica de la inmunohistoquímica y el impacto del abordaje quirúrgico agresivo en neoplasias vesicales con diferenciación glandular.

Conclusiones

El adenocarcinoma primario de vejiga es una neoplasia poco frecuente y clínicamente desafiante, cuyo diagnóstico requiere una cuidadosa exclusión de tumores metastásicos y lesiones uracales. La presentación clínica puede ser inespecífica, y la localización tumoral, junto

con estudios inmunohistoquímicos, es clave para establecer su origen vesical.

La marcada agresividad biológica, la infiltración local profunda y la propensión a la diseminación sistémica temprana, como las metástasis pulmonares sincrónicas documentadas en este caso, definen el pronóstico sombrío de esta variante histológica, incluso ante cirugías de exenteración pélvica con intención citorreductora.

El abordaje multidisciplinario, la correlación clínico-patológica y el seguimiento oncológico son fundamentales para optimizar los resultados en pacientes con esta rara entidad. Este reporte contribuye a la literatura médica al documentar un caso de adenocarcinoma primario de vejiga en paciente femenina, reforzando la importancia de la sospecha diagnóstica y el tratamiento quirúrgico oportuno.

Financiamiento

Los autores no declaran ningún financiamiento.

Conflicto de intereses

Lo autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. **Ivanov A, Antonov P, Zapryanov M, Uchikov P, Belovezhdov V.** Primary signet-ring cell adenocarcinoma of the bladder-A case report and review of literature. *Urology Case Reports*. 2022;42: 102022. https://doi.org/10.1016/j.eucr.2022.102022.
2. **Ghewade P, Shukla S, Vagha S, Kalode SS, Gadkari P.** Primary Adenocarcinoma of the Urinary Bladder: A Case Report on a Rare Malignancy. *Cureus*. 2024;16(8): e66269. https://doi.org/10.7759/cureus.66269.
3. **Santa F, Akgul M, Tannous E, Pacheco RR, Lightle AR, Mohanty SK, et al.** Primary adenocarcinoma of the urinary tract and its precursors: Diagnostic criteria and classification. *Human Pathology*. 2025;155: 105734. https://doi.org/10.1016/j.humpath.2025.105734.
4. **Uhlig A, Behnes CL, Strauss A, Trojan L, Uhlig J, Leitsmann C.** Primary bladder adenocarcinoma: Case report with long-term follow-up. *Urology Case Reports*. 2018;18: 64–66. https://doi.org/10.1016/j.eucr.2018.02.006.
5. **Natale C, Leinwand GZ, Chiang J, Silberstein JL, Krane LS.** Reviewing the Demographic, Prognostic, and Treatment Factors of Primary Adenocarcinoma of the Bladder: A SEER Population-based Study. *Clinical Genitourinary Cancer*. 2019;17(5): 380–388. https://doi.org/10.1016/j.clgc.2019.06.010.
6. **Valerio M, Lhermitte B, Bauer J, Jichlinski P.** Metastatic primary adenocarcinoma of the bladder in a twenty-five years old woman. *Rare Tumors*. 2011;3(1): e9. https://doi.org/10.4081/rt.2011.e9.
7. **Zhong M, Gersbach E, Rohan SM, Yang XJ.** Primary Adenocarcinoma of the Urinary Bladder: Differential Diagnosis and Clinical Relevance. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*. 2013;137(3): 371–381. https://doi.org/10.5858/arpa.2012-0076-RA.
8. **Gupta S, Dharamshi JD.** Adenocarcinoma of Urinary Bladder With Distant Metastasis: Huge Fungating Tumor Eroding and Ripping-Off Through Suprapubic Region: A Rare Presentation. *Cureus*. 2022;14(5): e24698. https://doi.org/10.7759/cureus.24698.

9. **Shao G, Xu C, Liu J, Li X, Li L, Li X, et al.** Clinical, Pathological, and Prognostic Analysis of Urachal Carcinoma. *Urologia Internationalis*. 2022;106(2): 199–208. https://doi.org/10.1159/000518028.
10. **Popov H, Stoyanov GS, Ghenev P, Popov H, Stoyanov GS, Ghenev P.** Intestinal-Type Adenocarcinoma of the Urinary Bladder With Coexisting Cystitis Cystica et Glandularis and Intestinal Metaplasia: A Histopathological Case Report. *Cureus*. 2023;15(3). https://doi.org/10.7759/cureus.36554.
11. **Lu H, Zhu W, Mao W, Zu F, Wang Y, Li W, et al.** Trends of incidence and prognosis of primary adenocarcinoma of the bladder. *Therapeutic Advances in Urology*. 2021;13: 17562872211018006. https://doi.org/10.1177/17562872211018006.
12. **Chang SS, Bochner BH, Chou R, Dreicer R, Kamat AM, Lerner SP, et al.** *Tratamiento del Cáncer de Vejiga Músculo Invasivo y No Metastásico: Guía de AUA/ASCO/ASTRO/SUO*. American Urological Association Education and Research Linthicum, MD, USA; 2019.
13. **García García L, Ballesta B, Rodríguez Talavera J, Morales Orribo N, Carrión A.** Urachal Pathology: Review of Cases. *Urologia Internationalis*. 2021;106(2): 195–198. https://doi.org/10.1159/000515648.