

UROLOGIA

FRACASO EN INTENTO DE PRESERVACION DE LA VEJIGA EN UN CASO DE CARCINOMA DE CELULAS TRANSICIONALES CON INVASION DE MUSCULO LISO. (Reporte de un caso)

Claudio Orlich Castelán *

SUMMARY

We herein report a very interesting case of an invasive transitional cell carcinoma which cannot be saved with a radical cystectomy alter failure of conservative management with bladder preservation

INTRODUCCION

El tratamiento del carcinoma de células transicionales con invasión a la capa de músculo liso es uno de los temas más controversiales en el campo de la Urología. Se han descrito protocolos para la conservación de la vejiga basados en el uso combinado de quimioterapia a base de cisplatino y metotrexate, con radioterapia y resecciones transuretrales amplias del tumor(1). Otros autores como Mon-

tie reportan y opinan que estas estrategias de preservación de la vejiga tienen resultados bastante más inferiores al uso de una cistectomía para la eliminación del cáncer y la prevención de una recurrencia pélvica. Señala este autor que los mejores resultados reportados por quienes utilizan la terapia de preservación vesical son del 50 al 80% en los pacientes con un estadio T2 y en el 10 al 20 % de los pacientes con un estadio T3b y que las recurrencias tardías ocurren entre el 40 y el 60 % de los pacientes ,mientras que con una cistectomía tienen una tasa de fracaso local de sólo el 10% para pacientes con T2 y del 25% para pacientes con un estadio T3b.(2). El Dr.Harry Herr comenta que no hay duda de que no todos los cánceres vesicales invasivos requieren de

una cistectomía inmediata, especialmente cuando son de bajo volumen y que en la mitad de los casos la vejiga puede ser preservada hasta por 10 años con este protocolo descrito, pero que también es cierto de que en el 20 % de los pacientes en quienes no se logra una respuesta completa no será posible que sean salvados después con una cistectomía y que morirán pudiendo haber sido curados por una cistectomía inmediata. Aquí reportamos un caso muy interesante que fue inicialmente tratado con preservación vesical a base de este protocolo de resecciones transuretrales amplias repetidas combinadas con quimioterapia y radioterapia que no pudo salvarse luego con una cirugía radical después de una recidiva .Un hecho muy interesante es el de que todas las biop-

* Servicio de Urología Hospital San Juan de Dios.

sias de vejiga, ganglios y márgenes uretrales fueron negativos por tumor residual en la pieza de la cistectomía radical y el que 10 meses después el paciente falleciera de enfermedad metastásica diseminada. Trasher y Crawford (1) también mencionan en su trabajo que hay sitios como el S.N.C. que son santuarios para las células carcinomatosas transicionales y que se han encontrado metástasis cerebrales en el 16 al 18% de los pacientes, aún con hallazgos histológicos negativos a nivel de la vejiga como en este caso. Es evidente que este paciente tenía enfermedad sistémica después de la preservación de su vejiga que finalmente lo llevó a su muerte.

REPORTE DEL CASO

Se reporta el caso de N.M.A. expediente clínico 102070164. Fue visto por primera vez en el Servicio de Urología del H.S.J.D. a los 67 años con el antecedente importante de tabaquismo de un paquete diario por muchos años referido del Hospital de San Isidro de El General con el antecedente de haberse practicado en ese centro tres resecciones transuretrales de tumores vesicales en el último año con histología reportada como carcinoma transicional grados 2 y 3 sin que se notara la presencia de músculo liso en la muestra de la biopsia. Fue referido con historia reciente de hematuria macroscópica y disuria. Una cistoscopia en Noviembre de 1998 mostró un tumor exofítico grande único en el lado derecho de la cara anterior de la vejiga la cual se reseco también

por vía transuretral seguida de un curso de adriamicina tópica intravesical semanal por siete semanas y la histología se reportó como un tumor transicional grado 2 y 3 con infiltración de músculo liso y un TAC en ese momento se reportó con imágenes tumorales polipoides en las paredes anterior y laterales a ambos lados con invasión de la grasa. En una cistoscopia de control tres meses después, en febrero de 1999 mostró vellosidades papilares en la uretra, dos tumores papilares pequeños en el lado derecho del piso vesical y un tumor extenso de nuevo en la cara anterior con hallazgos histológicos iguales a los reportados antes, no siendo posible la extirpación completa del tumor. Se decidió tratar al paciente siguiendo un protocolo conservador de preservación vesical con quimioterapia con Navuban y cisplatino y 4.000 rads de radioterapia a pelvis que recibió en junio de 1999. Se revisó el caso en sesión conjunta y por tener una nueva recidiva se le hizo una cistoprostatectomía radical dos meses después en agosto, derivando la orina con un conducto ileal, no encontrando una reacción fibrosa secundaria a la radioterapia por ser reciente. Se dejaron férulas de doble jota en ambas anastomosis ureteroileales y los ganglios pélvicos fueron reportados como negativos por tumor, el margen uretral también negativo y en el examen histológico de la vejiga interesante-mente no se encontró tumor transicional residual. Un ultrasonido de abdomen un mes después a su operación fue negativo sin encon-

trar evidencia de enfermedad metastásica y en noviembre de 1999 se tuvieron que extraer las férulas vía anterógrada por nefrostomías por no ser posible su extracción con un colonoscopio. Interesantemente un TAC 11 meses después mostró adenopatías retroperitoneales múltiples y metástasis hepáticas y el paciente entró en un estadio terminal con ictericia, edema de miembros inferiores y masa abdominal por metástasis hepáticas, con metástasis pulmonares en la radiografía de tórax y falleció poco después.

R E S U M E N

Se reporta un caso muy interesante que pone en evidencia que existe un grupo de pacientes con carcinoma invasor transicional de vejiga tratados inicialmente con intento de preservar la vejiga a base de resecciones transuretrales repetidas, quimioterapia y radioterapia combinadas que, en una recurrencia posterior no pueden ser salvados de la muerte con una cirugía radical de cistoprostatectomía y que pone claramente en evidencia la existencia de enfermedad sistémica aún en ausencia de células malignas en el exámen histológico de la vejiga después de la cistectomía.

B I B L I O G R A F I A

1. Montie James E. Contra la preservación de vejiga: la cirugía, 162:452, 1. Vrol., 1999.
2. Trasher J.B. y Crawford S.O., El manejo actual del cáncer transicional de Vejiga Invasivo y Metastásico.