

Carcinoma In Situ de la Vejiga

(Revisión Bibliográfica)

*Claudio R. Orlich C.**

*Willy Feinzaig R.***

INTRODUCCION

El carcinoma in situ de la vejiga es un cáncer intraepitelial que puede afectar cualquier parte del urotelio y que, sin ser invasivo tiene potencial de invasividad y se asocia frecuentemente con Ca infiltrante o metastático. Fue descrito por primera vez por Melicow y Lollowell en 1952. Recientemente se le ha prestado mayor atención gracias al reconocimiento de la importancia de la citología exfoliativa en orina y a la mejoría en las técnicas de endoscopia. En estos pacientes frecuentemente se encuentra una historia significativa de exposición a un carcinogénico industrial y la mayoría de ellos son fumadores. Los síntomas convencionales son frecuencia, disuria y urgencia que sugieren cistitis crónica o cistitis intersticial. En todo paciente con esos síntomas debe de hacerse una cistoscopia y una citología de orina. Por lo menos un 90% de los pacientes con Ca in situ son sintomáticos y existe una relación directa entre la intensidad de los síntomas y la incidencia de invasión.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico se hace con: 1) Citología: no se debe de usar la primera muestra de la mañana ni orina tomada después de instrumentación. Con este método se determinan principalmente las células más indiferenciadas: grado 3 o 4. En la Clínica Mayo, revisando 35,000 pacientes de consulta externa con citología urinaria con cistoscopia normal se encontró positiva en 106. En 69 de ellos biopsias por mapeo mostraron Ca in situ y en 21 de ellos a los que se les hizo cistectomía se hicieron cortes seccionados encontrando Ca in situ en más de un tercio de la mucosa en 15 vejigas y del 50 al 85% en 9 de ellas. Todo ello sugiere que la citología es un método más confiable que la inspección visual. 2) En el exa-

men de orina frecuentemente se encuentra microhematuria y piuria estéril. 3) La cistoscopia idealmente debe de hacerse bajo anestesia y con cuidado de no sobredistender la vejiga. Usualmente se ven múltiples áreas hemorrágicas ligeramente elevadas y de apariencia granular, puede haber excrescencias blancas o amarillentas que dan la apariencia de cistitis glandular. La lesión es muy similar a la de cistitis crónica y puede simular cistitis intersticial. En una revisión reciente en la Clínica Mayo en 486 pacientes tratados por cistitis intersticial por 10 años se encontró Ca in situ en 23% de los hombres y 1.3% de las mujeres. La urografía no es de utilidad diagnóstica.

PATOLOGIA

Hallazgos patológicos: se define Ca in situ como una alteración de todo el grosor epitelial en el que las células tienen cambios malignos pero en los que no hay otra alteración aparte de la de un aumento en el número de capas celulares. Se incluyen dos factores al seleccionar: 1) No se incluyen tumores papilares tempranos y 2) debe de haber suficiente alteración morfológica celular para hacer el diagnóstico posible, usualmente con citología. No hay estructuras papilares o extensión más allá de la membrana basal. Siempre se encuentra inflamación en la submucosa con infiltrado de linfocitos, células plasmáticas y monocitos. Siendo una enfermedad difusa y multifocal es difícil precisar la extensión o localización del tumor. La incidencia de Ca situ ureteral que se encuentra con cistectomía ha sido reportada entre 6 y 60% y se ha reportado del 18 al 40% de afección de ductos prostáticos y uretra.

TRATAMIENTO

El programa de tratamiento debe de individualizarse para cada paciente y en general se recomienda: 1) Electrofulguración completa seguida de instilación vesical de thiotepa por 6 meses cuando: la lesión es menor de 5 cm., está bien delimitada sin afectar la uretra prostática, cuello vesical u orificios ureterales, la citología de tractos superiores sea negativa y los síntomas no sean excesivos. Se sugiere seguir el régimen de Veeneman instilando 60 mg disueltos en 60 cc de agua estéril por dos horas con rotaciones cada 15 minutos, repetido semanalmente por 4 semanas, siempre y cuando el recuento de plaquetas y leucograma no se depriman significativamente. A los 6 meses si la lesión no responde, la citología permanece positiva o los síntomas irritativos persisten se recomienda cistectomía radical y derivación urinaria. 2) Esto último se recomienda de elección en un candidato quirúrgico razonable, cuando la lesión es multifocal o difusa, hay afeción de uretra, la citología del tracto superior es positiva y los síntomas vesicales son severos. La radioterapia no es de utilidad en el tratamiento de Ca *in situ*. En cuanto a pronóstico, si el diagnóstico es correcto y no existe Ca invasor concomitante, se debe de obtener curación con cistectomía. En las series de la Clínica Mayo, después de tratamiento inicial con electrofulguración un 73% de los pacientes desarrollaron Ca

invasor y un 57% murieron a 5 años plazo. Se usó thiotepa en 14 pacientes y en 13 de ellos no se encontró evidencia de tumor invasor con un control de 6 a 67 meses.

RESUMEN

Recientemente se ha desarrollado interés en el campo urológico por el diagnóstico de Ca *in situ* de vejiga y el concepto de que éste precede al Ca invasor ha ganado credibilidad. Debido a la severidad del pronóstico es importante tratarlo agresivamente.

BIBLIOGRAFIA

1. FARROW, G.M., UTZ, D.C. y RIFE, C.C. "Morphological and clinical observations of patients with early bladder cancer treated with Total Cystectomy", *Cancer Res.*, 36:2495-2501, 1976.
2. RIFE, C.C., "Exfoliative urinary cytology: a useful clinical tool", *Minn. Med.*, 54: 507-509, 1971.
3. UTZ, D.C., HANASH, K.A., y FARROW, G.M., "The Plight of the patient with Ca *in situ* of the bladder", *J. Urol.* 103:160-164, 1970.
4. UTZ, D.C., y ZINCKE, H., "The masquerade of bladder cancer *in situ* as interstitial cystitis", *J. Urol.*, III:160-161, 1974.