

11246

10
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
Hospital Centro Médico Nacional Siglo XXI
Instituto Mexicano del Seguro Social

MITOMICINA C EN CANCER RECIDIVANTE
DE VEJIGA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN UROLOGIA
P R E S E N T A :

DR. LUIS ALBERTO LOBO JACOME



IMSS

México, D. F.

1992



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	<u>PAG.</u>
1.- INTRODUCCION	1
2.- ANATOMIA DE LA VEJIGA	3
3.- COMPORTAMIENTO BIOLOGICO DEL CANCER	6
4.- FACTORES PRONOSTICOS DEL CANCER DE VEJIGA	9
5.- EVALUACION INICIAL	11
6.- QUIMIOTERAPIA INTRAVESICAL	13
7.- CRITERIOS DE RESPUESTA	17
8.- OBJETIVO	19
MATERIALES Y METODOS	20
RESULTADOS	22
CONCLUSIONES	23
9.- BIBLIOGRAFIA	24

I N T R O D U C C I O N

La incidencia del cáncer vesical está aumentando gradualmente. La enfermedad es más frecuente en hombres que en mujeres con una relación de 3 a 1.

La razón para esto puede ser en parte al uso del cigarrillo y la exposición de agentes carcinógenos. Entre el 90% y el 95% de los tumores que comprometen la vejiga son de células transicionales, el porcentaje restante son de células escamosas y adenocarcinoma.

La gran mayoría de los pacientes con cáncer de vejiga se presenta con hematuria macro o microscópica, por eso a todo paciente que se presente con hematuria debe investigársele muy bien con una UEX y una cistoscopia para llegar a un DX correcto y no dejar pasar por alto un cáncer de vejiga.

Tampoco debemos olvidar que el cáncer de vejiga, especialmente en los pacientes que pasan los 50 años, también se puede presentar con síntomas irritativos.

Una vez realizado el Diagnóstico, el paso siguiente es la etapificación del tumor ya sea utilizando la clasificación de TNM o la clasificación de Marshall y Jewett, porque en base a esto se decidirá la conducta terapéutica.

Para los tumores en etapa superficial la resección endoscópica y la quimioterapia intravesical coadyuvante es el tra-

tamiento de elección, pero uno de los grandes problemas es su alta incidencia de recurrencia que puede estar en un 40-60%; algunos de los factores responsables de este problema son:

- I.- Continuación del paciente a los factores carcinógenos (nueva ocurrencia).
- II.- Dispersamiento del tumor durante la RTUV (verdadera recurrencia).
- III.- Resección incompleta del tumor (verdadera recurrencia).

Si a todos estos factores sumamos que hay un 30% de los pacientes que tiene cáncer de vejiga que progresa de una etapa superficial a una etapa profunda, debemos tener pautas muy concretas para el manejo de esta enfermedad y especialmente para su seguimiento.

Durante este trabajo presentaremos la experiencia de nuestro servicio con respecto al manejo del cáncer de vejiga recidivante tratado con Mitomicina C, veremos su seguimiento y respuesta.

ANATOMIA DE LA VEJIGA

La vejiga se encuentra localizada en el espacio de Retzius, por detrás de la sínfisis del pubis y es el principal órgano de la pelvis. En los lactantes y los niños ésta se encuentra en posición más elevada. Cuando la vejiga se encuentra llena, ésta se encuentra por encima de la pelvis.

La vejiga vacía es descrita como una estructura que posee un vértice, una cara superior, dos caras infralaterales, una base y un cuello. El vértice llega a una corta distancia por encima de la cara posterior de la pelvis y finaliza en la forma de un cordón fibroso que deriva del uraco. El cordón fibroso se extiende desde el vértice o cúpula de la vejiga hasta el ombligo, entre el peritoneo y la fascia transversalis.

REVESTIMIENTO DE LA VEJIGA

Todo el interior de la vejiga está recubierto por un epitelio de transición de varias capas de espesor. Existe un tejido conectivo laxo subyacente que permite un considerable estiramiento de la mucosa; por esa razón, el revestimiento mucoso muestra arrugas cuando la vejiga se halla vacía, pero presenta un aspecto liso y regular cuando ésta se halla llena. Esta disposición se observa en toda la vejiga menos en el trigono, en donde la mucosa se encuentra firmemente adherida a

la muscular.

MUSCULATURA DE LA VEJIGA

Pared Muscular: La pared vesical se describe frecuentemente como una estructura provista de tres capas musculares. Esto sólo es cierto alrededor del orificio interno de la uretra. El resto de la pared vesical no muestra una disposición en capas y las fibras musculares pasan de una túnica muscular a otra.

Revestimiento Muscular: La musculatura vesical propiamente dicha está organizada en haces musculares de relativo grosor, ampliamente separados y sin formar láminas. Estos haces se entrecruzan al azar y no poseen una orientación definida, con una disposición circular o longitudinal, excepto alrededor del cuello vesical, en donde es posible individualizar tres capas musculares. No obstante, si estas tres capas son seguidas cranealmente en cualquier dirección, es posible advertir que los haces musculares gradualmente se entremezclan en las diversas capas a medida que pasan de un plano a otro. Durante una parte de su trayecto pueden encontrarse en el interior de la vejiga, luego pueden alcanzar la parte media y finalmente pueden aparecer en la superficie externa, para retornar después a la parte interna, determinando de esta forma una formación reticular.

IRRIGACION SANGUINEA

La irrigación arterial de la vejiga proviene de las arterias vesicales superiores, media, inferior, las cuales son ramas de la hipogástrica. Pequeñas ramas provenientes de la arteria obturatriz y de la glútea inferior también llegan hasta la vejiga. En la mujer la arteria uterina y vaginal envían - algunas ramas hacia la base de la vejiga. La vejiga es un órgano sumamente vascularizado, bien irrigado por los vasos referidos y con ricas anastomosis entre ellos.

La irrigación venosa de la vejiga se observa que presenta un rico plexo venoso dispuesto entre la pared vesical propiamente dicha y la capa adventicia que la cubre. Estas venas finalizan en las venas hipogástricas después de unirse para - formar varios troncos principales; algunas de ellas acompañan a las arterias y otras no. El plexo venoso retropubiano o plexo de Santorini, también se comunica con el plexo vesical.

DRENAJE LINFATICO

Los linfáticos drenan en los ganglios linfáticos iliacos externos, internos e iliacos primitivos. Existe una rica red anastomótica linfática entre los órganos pélvicos y entre los linfáticos de los órganos genitales y de la vejiga y de los - linfáticos gastrointestinales inferiores.

COMPORTAMIENTO BIOLÓGICO DEL CÁNCER VESICAL

La variabilidad del curso clínico de las diferentes formas del cáncer vesical sugiere que diferencias de las características intrínsecas pueden hallar expresión de las diferentes formas de comportamiento del cáncer de vejiga. Si la proliferación celular predomina, puede dar origen a lesiones superficiales, si tiene lugar en cambio la displasia, su expresión puede ser de una lesión infiltrante.

Las diferencias entre tales tumores ya sea superficiales o invasores, pueden reflejar cambios en las características de la superficie celular o enzimática. Por ello, el desarrollo de la patología infiltrante agresiva puede involucrar modificaciones de las comunicaciones intercelulares, las cuales pueden conducir a la alteración de la cohesión intercelular - con lo cual las células podrían comenzar un crecimiento independiente de su anclaje. La producción de proteasas celulares podría permitir la degradación de la lámina basal y los elementos del tejido conectivo, con lo cual puede tener lugar la invasión. La causa última de estas diferencias puede residir en el oncogen o grupo de ellos que son activados.

De esta manera, una activación única puede resultar sólo en un proceso proliferativo; pueden requerirse activaciones adicionales para el desarrollo de un proceso neoplásico proliferativo, displásico, más agresivo.

Las mismas consideraciones pueden aplicarse en la estimación de la probabilidad de metástasis.

Estas consideraciones han llevado a la generación de un esquema del desarrollo de las diferentes formas de cáncer vesical. La hiperplasia epitelial en ausencia de displasia puede conducir a los tumores papilares de bajo grado. La recidiva tumoral puede significar la presencia de focos celulares proliferativos similares que se ponen de manifiesto en diferentes momentos luego de que el tumor inicial fue resecado.

La recidiva puede también estar representada por la implantación de células tumorales en otras áreas de la mucosa vesical durante la resección o por la siembra previa de células tumorales en el interior de la vejiga.

La aparición de hiperplasia y displasia juntas pueden indicar el desarrollo de lesiones papilares de mayor grado; aunque todavía predominantemente proliferativas, éstas pueden tener una tendencia mayor a extenderse a la lámina propia en la forma de una invasión papilar.

La aparición únicamente de displasia, en ausencia de hiperplasia, puede llevar al carcinoma plano in situ histológicamente reconocible. Este puede permanecer inclusive como enfermedad in situ, desprenderse para ser reemplazado por células normales u otras células anormales o invadir la lámina propia. En otros casos puede llevar a la protusión nodular de las células neoplásicas en la luz vesical y la concomitan-

te extensión de las células tumorales en la lámina propia y el músculo.

Es concebible que estas células puedan también penetrar en los vasos linfáticos y vasculares sin manifestaciones hacia la luz de la vejiga.

El uso de este esquema puede auxiliar en la comprensión de los diferentes patrones de comportamiento que tiene el cáncer de vejiga y en un momento dado nos da una visión más panorámica de cómo tratarlo adecuadamente.

FACTORES PRONOSTICOS DEL CANCER DE VEJIGA

En orden a un tratamiento racional del cáncer de vejiga se deben identificar los factores que en un momento dado pueden determinar el comportamiento del tumor.

Aunque muchos factores muestran influenciar sobre la sobrevivencia de los pacientes, hay pocos que se puedan correlacionar estadísticamente con la clasificación de la U.I.C.C.

Dentro de los factores que pueden influenciar se encuentra el grado de invasión del tumor: lo más importante en este tópico es determinar si el tumor se encuentra en una etapa superficial o se encuentra en una etapa invasora ya que su conducta es totalmente diferente. Para los pacientes que se encuentran con invasión a músculo la sobrevivencia cambia considerablemente ya que si a estos pacientes no se les puede ofrecer ningún tipo de tratamiento, el 92% muere en menos de 6 meses a diferencia de aquéllos en que el tratamiento radical fue posible ya que del 20-40% sobreviven a 5 años.

Para los pacientes con cáncer de vejiga en etapa superficial el tratamiento de elección es la RTUV y la quimioterapia intravesical, pero estos tumores deben tener un estrecho seguimiento ya que el 60% de estos tumores recurren, las metástasis a los ganglios linfáticos es esperada en un 10% para los pacientes en etapa clínica. T₄, T₁; las metástasis a distancia son raras.

GRADOS DE DIFERENCIACION DEL TUMOR: La presentación inicial - del tumor ha dado la impresión de estar relacionado con el - compromiso, mientras el 75% de los pacientes con tumores grado I tuvieron la probabilidad de encontrarse libres de enfermedad a los 12 meses, solamente un 55% de los pacientes grado 3 se encontraban libres de la enfermedad. En informes recientes se ha demostrado que esta correlación es estrecha ya que el 2% de tumores grado I, el 11% de tumores grado II y el 45% de tumores grado III han mostrado progresión de la enfermedad.

MULTICENTRICIDAD DEL TUMOR: El cáncer de vejiga es multicéntrico en un 30% de los casos. Además guarda relación estrecha con el estadio tumoral ya que se ha visto que el 28% de los Ta, 35% de los T1, 32% de los T2 presentaron recurrencia tumoral. La multicentricidad también se ha relacionado con el grado de progresión del tumor ya que se ha reportado recientemente que el 18% de los tumores que se presentan como solitarios invaden a diferencia de los tumores multicéntricos que invaden en el 30 al 40% de los casos.

EDAD DEL PACIENTE: El motivo de tener en cuenta la edad de los pacientes es que por análisis estadísticos se ha encontrado - que los pacientes de edad más avanzada tienen más probabilidad de tener un cáncer de vejiga que invada el músculo.

EVALUACION INICIAL

La importancia de una adecuada evaluación de las neoplasias del epitelio de células transicionales es adecuado y no puede sobrevalorarse ya que de esto depende el pronóstico. - Una vez sospechado que el paciente tiene un cáncer de vejiga, se debe realizar una cistoscopia donde se pretende hacer una evaluación de la vejiga, uretra y de la próstata, ya que hay una alta predisposición de que los pacientes con cáncer de vejiga tengan cáncer de próstata.

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

Cistoscopia y RTUV: La cistoscopia y la RTUV son los principales métodos diagnósticos para el cáncer de vejiga. El propósito de la cistoscopia es evaluar las características del tumor como si es papilar, sésil o nodular. La multiplicidad y tamaño de las lesiones pueden proporcionar también importancia diagnóstica. Además, es importante tratar de ver áreas donde haya la posibilidad diagnóstica de cáncer in situ.

La resección transuretral permite la confirmación patológica del diagnóstico. También es importante que además de resecar la lesión se deben tomar muestras profundas para determinar el grado de invasión. Además el patólogo debe analizar todas las características del tumor como grado celular, patrón de infiltración, permeabilidad vascular y linfática.

Citologías Urinarias: La confiabilidad de la citología - urinaria puede depender tanto de la extensión de una diátesis tumoral como del grado de anaplasia celular. A menudo se encuentra que los tumores de bajo grado tienen una citología - urinaria negativa porque hay tendencia al aspecto normal. En un informe, solamente el 3% de los tumores mostraron células cancerosas en la citología, mientras que el 50% de los tumores grado 2 y grado 3 fueron positivas.

Más aún, al distinguir entre tumores de bajo grado y procesos inflamatorios se pueden encontrar hasta un 15% de falsos positivos.

Citometría de flujo: Hay considerable evidencia que los patrones del DNA fotométricos proveen un DX y un pronóstico. Lo más importante cuando se analizan las citometrías de flujo es en un momento dado ubicarse en qué tipo de histograma tiene su DNA y poder correlacionarlo con la fase celular en que se encuentra.

De los diferentes patrones celulares, los que se ha visto que tienen peor pronóstico son aquellos que tienen un patrón tetraploide o aneuploide.

QUIMIOTERAPIA INTRAVESICAL

El uso de la quimioterapia intravesical ha mostrado disminuir la recurrencia tumoral de cáncer superficial de vejiga de bajo grado.

La razón fundamental para el uso rutinario de la quimioterapia intravesical es de tratar los focos residuales de la enfermedad luego de una RTUV de la lesión primitiva y prevenir el posible desarrollo de recidivas originadas en células tumorales que pueden desarrollar recidivas originadas en células tumorales que han sido esparcidas después de una RTUV.

Otras situaciones en las que la quimioterapia intravesical ha sido utilizada con éxito incluyen: presencia de tumores multifocales que no pueden controlarse solamente por la resección, contraindicaciones de anestesia repetida, carcinoma in situ multifocal localizado en la vejiga, tumores que son indóciles a la resección.

La quimioterapia intravesical puede ser utilizada con - criterio de profilaxis: aquí se utiliza una sola dosis para - la prevención de implantes tumorales, con criterio ablativo; en cursos cortos para erradicar enfermedad residual conocida, con criterio adyudante; en cursos prolongados para erradicar alteraciones neoplásicas premalignas.

Las bases principales para el uso racional son:

- la droga tiene mayor actividad directa contra el tumor
- no tiene una fase específica
- tiene un mínimo de absorción, por ende de toxicidad -
sistémica
- La toxicidad es mínima localmente.

Se han utilizado como agentes intravesicales:

TIOTEPA (TRITILENOETIPOSFORAMIDA):

La tiotepa ha sido utilizada como agente intravesical - por más de 20 años. La dosis usual para este agente alquilan-
te es de 30 a 60 mgrs en 30 a 60 mls de agua dados en dosis
semanales por 4 y dosis mensuales como sean necesarias.

Uno de los datos importantes para resaltar de este medi-
camento es que su peso molecular es de 188, por lo tanto la
cantidad de absorción es alta especialmente por RTUV que se -
calcula es del 100%; con este medicamento se han conseguido -
un 29% de RC y un 26% de RP, dentro de los efectos colatera-
les está la cistitis irritativa en un 2-4%, leucopenia sobre
un 27%; se debe tener un perfil hematológico antes de iniciar
cualquier tratamiento.

DOXORUBICINA

Este medicamento ha sido utilizado con más frecuencia en
los países europeos y en Japón, su peso molecular es de 580 y
su dosis es 50 mgrs en 50 cc de salina, la tasa de recurren-
cia es del 30 al 38%, sus efectos colaterales son cistitis -

química en un 26%, fibrosis vesical con disminución de la capacidad vesical en un 10%, la absorción y depresión medular - es muy rara.

BCG

En recientes años el único agente intravesical que ha sido introducido es la BCG, este medicamento ha demostrado ser el más efectivo agente intravesical, como también en la profilaxis de la recurrencia de la enfermedad, ha sido encontrado que también es útil en el tratamiento del cáncer in situ. La mejor respuesta a este medicamento se ha encontrado en los pacientes que convirtieron la prueba cutánea, PPD de negativo a positivo.

Mucho de los pacientes experimentan inicialmente hematuria y síntomas irritativos pero estos síntomas desaparecen - posteriormente. La dosis de este medicamento depende de la cepa que se utilice, para la cepa Pasteur la dosis es de 120 mgrs y para la cepa TICE es de 600 mgrs, éstas se utilizan semanalmente por 5 a 6 semanas y luego mensualmente hasta completar el año.

Los efectos colaterales más importantes son: La cistitis química es común e incrementa con tratamientos sucesivos.

Hematuria en un 30%

Febrículas en un 20%

Tuberculosis sistémica ha sido reportada en 4 pacientes tratados con la cepa TICE y requirieron medicamentos antitu-

berculosos.

MITOMICINA C

El uso de la Mitomicina C ha alcanzado un índice aproximado de respuestas completas del 50% y un índice de respuesta parcial del 30% en el tratamiento de los tumores vesicales su per ficia les.

Este compuesto, obtenido del streptomyces caespitosus, - debe activarse in vivo mediante la reducción NADPh dependiente de su grupo quinona antes de que pueda formar uniones cruzadas con el ADN e inhibir la síntesis de éste.

Los tumores de bajo grado parecieron ser más sensibles - que lo que fueron los tumores de alto grado.

Además, en los pacientes en los que fracasó el tratamiento de tiotepa se observó un porcentaje de respuesta del 75%, los fracasos, sin embargo, con la resultante progresión fue - más común en estos casos.

La dosis usada en la actualidad es de 40 mgrs en 40 cc - por 8 dosis semanales y luego dosis mensuales hasta completar el año, dentro de sus efectos colaterales se encuentra la cis tis qu í m i c a en un 7%, no hay episodios de mielosupresión. - Se han reportado casos de disminución de la capacidad vesical.

CRITERIOS DE RESPUESTA

Como una de las inquietudes que se han presentado cuando se evalúan los resultados sobre el tratamiento del cáncer de vejiga es la definición de las respuestas. Por eso se realizó en Antwer en el año de 1985 la primera reunión sobre las líneas de gufa en cáncer de vejiga.

Los estamentos para el seguimiento de un paciente con -
cáncer de vejiga y para evaluar su respuesta son: palpación -
bimanual bajo anestesia, medición citoscópica del tumor, -
biopsias de la vejiga para confirmar la respuesta completa, -
biopsia al azar, los criterios de respuesta fueron definidos así.

ENFERMEDAD PROGRESIVA: Es cuando el tumor aumenta un 25% más de tamaño o hay más lesiones medibles de tumor.

NO CAMBIOS: No hay cambios en las mediciones en cuanto -
al tumor y hay un incremento del 25% del tamaño del tumor.

RESPUESTA PARCIAL: Es considerado cuando hay una disminu-
ción del tumor en un 50%, incluyendo todos los exámenes pre-
tratamiento.

RESPUESTA CLINICA COMPLETA: Todos los síntomas y la biop-
sia de la mucosa han regresado a la normalidad.

RESPUESTA COMPLETA: Es la reducción de toda la sintomatología y debe ser confirmada con patología.

RESPUESTA CLINICA COMPLETA PATOLOGICA: Es el estudio de la pieza de patología con ausencia de tumor.

Posteriormente hubo otra reunión en Hakone en 1987 para concretar sobre los criterios de respuesta y se dejaron como los más importantes que en un momento dado sirven para correlacionarse con la sobrevivencia los criterios de respuesta completa (cCR), respuesta parcial (cPR), y progresión de la enfermedad (cPD).

OBJETIVO

El objetivo del presente trabajo fue el de valorar el - grado de respuesta que presentan los pacientes a la mitomicina C después de haber recibido tratamiento previo con otros - quimioterápicos intravesicales que no consiguieron una respues - ta completa.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

MATERIALES Y METODOS

Se estudiaron 23 pacientes con Idx de cáncer de células transicionales en la consulta externa del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social. Todos estos pacientes habían recibido tratamiento previo para cáncer de células transicionales en etapa superficial. La enfermedad fue más común en hombres que en mujeres con una relación de 2:1, estos pacientes habían recibido tratamiento con tiotepa, adriamicina y FU, dentro de la evaluación inicial que se le hace a estos pacientes en nuestro servicio se le solicitaron todas las pruebas necesarias para la etapificación, posteriormente fueron llevados a una revisión endoscópica, palpación bimanual y RTUV, como los 23 pacientes que se analizan su reporte de patología se encuentran en etapa clínica A. Son candidatos al estudio. A estos pacientes se les analizó el sitio de recurrencia con que se presentaron al estudio y el grado de diferenciación de ASH.

Todos los pacientes ingresan al estudio y reciben tratamiento con Mitomicina C a dosis de 40 mgrs diluidos en 40 cc de agua por 8 semanas y posteriormente la misma dosis durante 8 meses.

El seguimiento de estos pacientes se realizó con cita cada 3 meses y en ésta se les realizó una citoscopia y se le pidieron citologías urinarias, así como urocultivos (UC), exa

men general de orina (EGO), biometría hemática (BH), y se les preguntó bajo un cuestionario cuál ha sido la molestia más importante que han presentado. El promedio de seguimiento fue de 20.6 meses.

RESULTADOS

De los 23 pacientes estudiados en la consulta externa - del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social, se encontró que ellos habían recibido tratamiento con tiotepa, adriamicina 3 y un paciente había recibido 5 FU (Tabla 1).

El sitio de recurrencia tumoral más frecuente con que se presentaron los pacientes al estudio fue: paredes laterales - en 11 pacientes, fondo en 4 pacientes, techo en 3 pacientes, piso en 2 pacientes y cuello en 2 pacientes (Tabla II).

Todos los pacientes posteriormente fueron sometidos a una RTUV, palpación bimanual y se encontró que todos los 23 - estadio A según la clasificación de Marshall y Jewett, se encontró que tenían un grado de diferenciación 19 pacientes - eran grado II de ASH, 3 pacientes eran grado III y un paciente era grado I de ASH (Tabla III).

Posteriormente estos pacientes ingresan al protocolo de Mitomicina C y se encontró que el 65.7% (16 pacientes) se encuentran con respuesta completa y un 34.3% (7 pacientes) presentaron recidiva tumoral (respuesta parcial).

El promedio de seguimiento fue de 20.6 meses y tan sólo el 8.69% (2) presentaron cistitis leve.

TABLA NUMERO I

19 PACIENTES _____ GRADO II

3 PACIENTES _____ GRADO III

1 PACIENTE _____ GRADO I

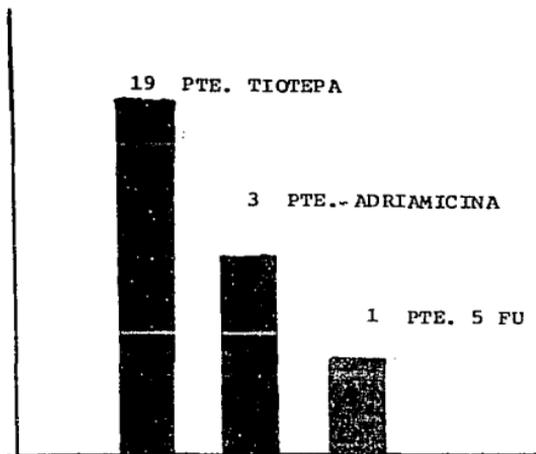
TABLA NUMERO II

SITIO DE RECURRENCIA

11 PACIENTES	_____	PAREDES LATERALES
4 PACIENTES	_____	FONDO
3 PACIENTES	_____	TECHO
2 PACIENTES	_____	PISO
2 PACIENTES	_____	CUELLO

TABLA NUMERO III

TRATAMIENTOS RECIBIDOS PREVIAMENTE



NUMERO DE PACIENTES

CONCLUSIONES

- 1.- En nuestro grupo el sitio más frecuente con que se presentaron nuestros pacientes al estudio fueron las paredes laterales y especialmente la izquierda.
- 2.- El tratamiento de cáncer de células transicionales recidivante es un problema para todos los urólogos que en un momento nos enfrentamos a este problema ya que la recidiva es de un 70%, por eso los resultados alcanzados por la mitomicina C de 65.7% de respuesta completa es satisfactoria para el manejo de este tipo de problemas.
- 3.- Todos los pacientes que presentaron respuesta parcial deben entrar en un protocolo de identificación de factores pronósticos para decidir su conducta posterior.
- 4.- La cistitis es la complicación más esperada cuando se administra tratamientos con mitomicina C y en nuestro estudio se encontró que un 8.69% la presentan, acorde a la literatura.
- 5.- Por todo lo anterior podemos enfatizar que la mitomicina C es una buena droga que nos ayuda a tratar este tipo de pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Soloway M S: Introduction and overview of intravesical - therapy for superficial bladder cancer, Supplement Urology, XXXI:5-16, 1988.
- 2.- Heney N M: Intravesical Chemotherapy: How effective is - it? Supplement Urology, XXXI:17-19, 1988.
- 3.- B C G (RIVM) versus Mitomycin Intravesical Therapy in - Superficial Bladder Cancer, Supplement Urology, XXXI:20-25, 1988.
- 4.- Treatment Schedule of Intravesical Chemotherapy with Mitomycin C in Superficial Bladder Cancer, Supplement Urology, XXXI:26-29, 1988.
- 5.- Restaging Procedures, Criteria of Response, and Relationship Between Pathological Response and Survival, Seminars in Oncology, 17:606-611, 1990.
- 6.- Soloway M S, Invasive Bladder Cancer. Selection of Primary Treatment, Seminars in Oncology, 17:551-554, 1990.
- 7.- Fradet Y: Biological Markers of Prognosis in Invasive - Bladder Cancer, Seminars in Oncology, 17:533-541, 1990.
- 8.- Herr H W, Laudone V P and Whithmore W F: An overview of Intravesical Therapy for Superficial Bladder Tumors, J Urol, 138:1363, 1987.
- 9.- Lipponen P K, Eskelinen M J, Kiviranta J and Pesonen E. Prognosis of transitional cell bladder cancer: a multivariate prognostic score for improved prediction, J Urol, 146:1535, 1991.
- 10.- Stricker P D, Grant B F, Hosken B M and Taylor J S: Topical Mitomycin C Therapy for Carcinoma In Situ of the Bladder. A followup, J Urol, 143:34, 1990.
- 11.- Parmar M K, Freedman L S, Hargreave and Folley D A: Prognostic factors for recurrence and followup policies in the treatment of superficial bladder cancer: Report from the British Medical Research Council Subgroup on Superficial Bladder Cancer (urological cancer working party). J Urol, 142, 284;1989.
- 12.- Iles R K and Chord T, Human Chorionic Gonadotropin Expression By Bladder Cancers: Biology and Clinical Potential.

- 13.- Starr A and cols, The Natural History of Papillary Transitional Cell Carcinoma of the Bladder and CTS Treatment in a Unselected Population on the Bases of Histologic - Grading, J Urol, 119, 988; 1978.
- 14.- Huland E and cols, Comparison of Different Schedules of Cytostatic Intravesical Instillations in Patient With Superficial Bladder Carcinoma: final evaluation of a prospective multicenter study with his patients, J Urol, - 149, 68; 1990.
- 15.- Soloway M S, Murphy M, Johnson D E, Farrow G M and Gar--nick M B, Initial evaluation and response criteria for - patients with superficial bladder cancer, B J, Urology, - 66, 380; 1990.
- 16.- A Eijsten, H Knoegel, Hotz E, Haurr D, Reduced Bladder - Capacity in Patients Receturing Intravesical Chemopro--phylaxis with Mitomycin C, B J Urology, 66, 386:1990.
- 17.- Lutzeyer W, Rubben H and Dahm H, Pronostic Parameters in Superficial Bladder Cancer: An analysis of 315 cases, J Urology, 127, 250;1982.
- 18.- Pryor J P Factors Influencing the Survival of Patients with Transitional cell Tumours of the urinary bladder, 45, 586; 1973.
- 19.- Hiroshi Tazaki and cols, Multivariate analysis of flow - cytometric Ocoxyribonucleic acid parameters and histological features for prognosis of Bladder Cancer Patients. J Urology, 146, 1530; 1991.
- 20.- Walsh, Gittes, Perlmusser and Stamey, Campbell's Urology, 1986, W B Saunders company, Philadelphia.
- 21.- Glenn J J, and Boyce W H, Urology Surgery, J B, Lippin--cott Company of Philadelphia, 1986.
- 22.- Skinner D G and Lieskousky G, Diagnosis and Management - of Genitourinary Cancer W B Saunders Company, 1988.
- 23.- Murphy W M, Urological Pathology W B Saunders Company, 1989.