



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**CARCINOMA DE CÉLULAS TRANSICIONALES EN TRACTO URINARIO O  
SUPERIOR CON ANTECEDENTES DE TUMOR VESICAL PRIMARIO**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**ESPECIALISTA EN UROLOGÍA**

PRESENTA:

**SALAZAR NANDO, AYAX GILBERTO**

ASESOR: GABILONDO NAVARRO, FERNANDO

MÉXICO, D. F.

2001



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 esta 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.



LIBERTAD NACIONAL  
AUTONOMIA DE  
MEXICO

11246  
20

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACION

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACIONES  
MEDICAS

OFICIO FMED/SEM/1425/01

ASUNTO: Autorización del trabajo de investigación  
del Dr. Ajax Gilberto Salazar Nando.

DR. CESAR AUGUSTO COLINA RAMÍREZ  
SECRETARIO DE SERVICIOS ESCOLARES  
DE LA FACULTAD DE MEDICINA  
Presente.

Estimado Dr. Colina Ramírez:

Me permito informar a usted que el Dr. Ajax Gilberto Salazar Nando, alumno del curso de especialización en Urología teniendo como sede el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición "Dr. Salvador Zubirán", presenta el trabajo de investigación intitulado "Carcinoma de Celulas Transicionales en Tracto Urinario Superior con Antecedentes de Tumor Vesical Primario".

De conformidad con el artículo 21 capítulo 5º. de las Normas Operativas del Plan Unico de Especializaciones Médicas (PUEM) se considera que cumple con los requisitos para validarlo como el trabajo formal de Investigación que le otorga el derecho de la diplomación como especialista.

Sin otro particular de momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente  
"POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"  
Cd. Universitaria, D. F. a 15 de junio del 2001

JEFE DE LA SUBDIVISION

DR. LEOBARDO C. RUIZ PEREZ

c.c.p.- Dr. Alejandro Cravioto Q.- Director de la Facultad de Medicina. Presente.  
Dr. Hugo Aréchiga U.- Jefe de la División de Estudios de Posgrado e Investigación. Presente.  
Dr. Luis Federico Uscanga Domínguez.- Director de Enseñanza del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición "Dr. Salvador Zubirán". Presente.  
LCRP\*ajr.

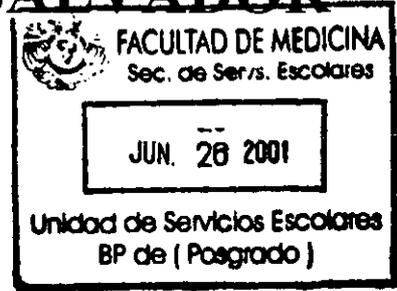
29455!  
2001

11246



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA

# INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION "SALVADOR ZUBIRAN"



## TESIS EN FORMATO DE INVESTIGACION PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD EN UROLOGIA

### CARCINOMA DE CELULAS TRANSICIONALES EN TRACTO URINARIO SUPERIOR CON ANTECEDENTES DE TUMOR VESICAL PRIMARIO

Presenta :  
DR. AYAX GILBERTO SALAZAR NANDO

Director del curso y tutor de tesis :  
DR. FERNANDO GABILONDO NAVARRO

Director de enseñanza INCMN :  
DR. LUIS F. USCANGA DOMINGUEZ



2001

# **Carcinoma de células transicionales en tracto urinario superior con antecedentes de tumor vesical primario**

**Dr. Ajax Gilberto Salazar Nando.**

**Dr. Luis Gabriel Pérez Santos.**

**Dr. Fernando Gabilondo Navarro.**

**Departamento de Urología Instituto Nacional de Ciencias  
Médicas y Nutrición " Salvador Zubirán"**

### **A ti Jaquelinne:**

Por haber pintado mi vida de colores que jamás había visto, por hacerme sentir lo que nunca hubiera sentido sin ti mi amor, por tu paciencia y también por tu impaciencia, por haberme hecho padre, por entregarme tu vida tu tiempo y tu amor. Gracias amor de mi vida, gracias por ser lo que eres para mi, Todo.

### **A Carol y Giovana:**

Pedacitos de mi vida, por las horas de espera impacientes en la puerta esperandome día a día con sus manitas abiertas la sonrisa para mi aun en momentos difíciles y por hacerme el hombre mas feliz y afortunado de la tierra, gracias.

### **A mis Padres:**

Por haber guiado mi camino desde las primeras horas de mi vida, a ti papá por ser ejemplo de integridad, inteligencia, humanismo y amor sin importar nada mas que el bienestar de todos nosotros y sobre todo por hacer de mi un hombre que te sigue fielmente en todo lo que eres y representas para mi.

A ti mamá por todo el amor con que siempre has hecho todo por mi, por tus palabras de aliento, consuelo y el valor que me das, pero sobre todo por haberme traído a este mundo que sin ti no tendría todo lo que tengo, lo que he dicho, lo que he hecho, visto y aún lo que me falta por vivir. Gracias.

### **A mis hermanos:**

Fabiana, Selene, Ivan, Odin y Mariana; por haber llenado mi infancia y mi juventud de amor y hermosos recuerdos, saben que de cada uno de ustedes tengo algo que siempre llevaré en mi corazón ya que todos venimos de la misma semilla esto también es suyo. Gracias.

### **A mis maestros:**

Dr. Ajax F. Salazar, Dr.Fernando Gabilondo N, Dr.Elias Dib, Dr. Jorge Kasep B, Dr.Guillermo Féria B, Dr.Mariano Sotomayor Z, Dr.Jorge Sánchez M, Dr.Sebastian Zepeda C;

Por enseñarme a valerme por mi mismo tanto dentro de un hospital como en la calle, por no solo enseñarme Urología sino también a devolver algo de lo que me fue legado sin dar nada a cambio más que un poco de tiempo.

### **A mis compañeros y amigos:**

Por ser eso, compañeros y amigos cada uno en su papel en las buenas y en las malas....

## RESUMEN:

**Introducción:** Los tumores del urotelio principalmente vesical y tracto superior constituyen un problema urológico frecuente. Se investigó la frecuencia de los tumores de células transicionales en tracto urinario superior, con tumor vesical primario.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de una cohorte para el analizar la prevalencia de carcinoma de células transicionales del tracto superior con antecedente de tumor vesical primario.

**Resultados:** Doscientos pacientes con dx de Ca vesical de los cuales 5 tuvieron tumor secundario al tracto superior, todos masculinos con edad promedio de 64.2 años. Tres tuvieron presencia de tumor superficial en tracto superior y dos de ellos profunda. El intervalo de desarrollo del tumor secundario fue mas rápido en los tumores superficiales y los tratados con quimioterapia sola.

**Conclusiones:** Es baja la incidencia de los tumores secundarios al tracto urinario superior, sin embargo existen factores como el estadio clínico, diferenciación histológica y el tratamiento como factores pronósticos de recidiva e influencia en la sobrevida.

**Palabras clave:** Células transicionales, recidiva, tumor.

## ABSTRACT:

**Introduction:** Tumors of urothelium mainly bladder and upper urinary tract, constitute a frequent urologic problem. We researched frequency of upper urinary tract tumors, with primary bladder tumors..

**Materials and methods:** Retrospective study about one cohorte for check prevalence of upper urinary tract recidivant tumors with primary bladder tumor.

**Results:** Two hundred patients with transicional cell carcinoma of bladder of whom, we identified five with secondary upper urinary tract tumors, everyone males, with mean age 64.2 years old. Three patients had superficial recidivant tumor in upper urinaty tract, and two of whom had deep tumor. The time range for secondary tumor development was less for superficial tumors and for those treated with chemotherapy alone.

**Conclusions:** Incidence for secondary upper urinary tract tumors is less, however there is factors like clinic stage histopathological differentiation for recidival prognosis and survival influence.

**Key words:** Transitional cell, recidive, tumor.

## INTRODUCCION

Los tumores primarios de urotelio en ureter y sistemas pielocaliceales constituyen el 5% del total de tumores de células transicionales en la vía urinaria, sin embargo aun con la tasa de recurrencia elevada que presentan los tumores vesicales, la frecuencia de recidiva es baja en el tracto superior siendo del 1.5 al 5.9% (1-2). Se conoce que el rango de recurrencia de estos tumores, en general esta relacionada al estadio y grado de diferenciacion celular, en tumores vesicales superficiales (T1-T2) la recurrencia es entre 13.5 % y 14.6%, y en tumores invasores llega a ser hasta del 30%. En Ca in-situ aun tratados con BCG intravesical y con respuesta completa la recidiva llega a ser del 29% a 35%.(1) Se han propuesto múltiples teorías en un intento por explicar el mecanismo mediante el cual los tumores recidivan en lugares diferentes al primario o si se trata de tumores multicentricos, ya que en el caso especifico de tumores transicionales primarios en vejiga que recidivan en el tracto superior, existen factores carcinogénicos y mecánicos que impiden un pensamiento lógico de acuerdo a la fisiología normal, como descartar la migración de células malignas de vejiga al uréter y pelvicilla cuando no existe reflujo vesico ureteral ya que aún descartando esto existen en algunos casos implantes tumorales en uréter y sistemas colectores.

De Torres y cols.(5) realizaron un estudio en 288 pacientes con diagnóstico de carcinoma de células transicionales de vejiga encontrando que hasta un 20% de los pacientes con reflujo vesicoureteral de diferentes grados presentó recidiva en sistemas colectores y ureter contra solo 9% de los pacientes a los cuales no se demostró reflujo. Amar y cols(8)

demonstraron que otros factores como multifocalidad y la presencia de Ca in-situ son ampliamente aceptados como contribuyentes al desarrollo de tumores en tracto superior. Por otro lado en lo que respecta a recidiva en tracto superior de pacientes con tumores vesicales superficiales tratados con BCG, Bradley, David SM y cols (3-4) demostraron la presencia de citologías positivas, aún con respuesta completa a BCG lo cual va a favor de multicentricidad de los tumores de urotelio.

La recurrencia del carcinoma de células transicionales primario de vejiga en vías urinarias superiores representa una posible persistencia de factores carcinógenos que tienen impacto en el manejo y sobrevida en estos pacientes.

## **MATERIAL Y METODOS**

Estudio comparativo de una cohorte para analizar la prevalencia de carcinoma de células transicionales en el tracto urinario superior en pacientes con diagnóstico de tumor vesical primario. Se incluyeron un total de 200 pacientes todos consecutivos de Enero 1981 a Diciembre de 1996 con diagnóstico histopatológico de carcinoma de células transicionales de vejiga (CCT) , en diferente estadio clínico o patológico. A todos los pacientes se les había realizado diagnóstico de ca vesical con urografía excretora, citologías urinarias o cistoscopia con o sin resección transuretral de vejiga (RTUV), sin evidencia de otros tumores del urotelio al momento del diagnóstico del carcinoma vesical específicamente en tracto urinario superior. En aquellos pacientes que en el proceso de seguimiento se demostró la presencia de tumor en tracto superior, se recavaron los

siguientes datos; grado, estadio histopatológico, sintomatología y tiempo de seguimiento, forma de vigilancia postratamiento, tiempo de evolución desde el diagnóstico primario y el diagnóstico de la recidiva además de la morbilidad.

El sistema de estadificación utilizado fue el propuesto por AJCC (American Joint Committee on Cancer) (cuadro 1). El grado de diferenciación celular utilizado en este estudio fue como sigue; bien diferenciado (grado-I) moderadamente diferenciado (grado-II) y pobremente diferenciado (grado-III). De los datos analizados se realizaron curvas de frecuencia y porcentajes y se realizó análisis descriptivo.

## RESULTADOS

De un total de 200 pacientes con diagnóstico de carcinoma de células transicionales de vejiga, se identificaron seis casos con tumor en tracto urinario superior. Todos los pacientes con tumor en el tracto urinario superior fueron del sexo masculino con un rango (r) de edad entre 53-72 años (tabla 1) con una media de 64.2 años. Los tumores en tracto superior tuvieron diferentes grados de diferenciación celular y estadios patológicos encontrándose un Ca in-situ vesical que recurrió en T3a en uréter izquierdo tercio distal, dos estadio T1 uno de los cuales recurrió como T2 en pelvis renal izquierda y otro que una vez realizado el diagnóstico de masa en pelvis renal derecha no acudió a consultas subsecuentes por lo que ignoramos el grado de diferenciación celular y el estadio patológico, se encontró un T2 que recurrió en colectores del riñón izquierdo de nuevo como T2 , dos T3 un a y b mismos que recurrieron en T3b y T4 respectivamente (tabla 2).

Los grados de diferenciación celular correspondieron a grado III en el Ca in-situ y ambos T3 a y b, y grado II en los T1 y T2.(Tabla 2) El signo pivote de todos los pacientes fue hematuria macroscópica, además de infecciones de vías urinarias (IVUs) aunadas al tumor, dolor y pérdida de peso entre otras. Los tratamientos que habían recibido para el carcinoma vesical se resumen en la (tabla 3). Todas la recidivas fueron tumores infiltrantes de T-2 hasta T-3, a excepción del Ca in-situ que por definición es de alto grado aunque no infiltrante.

La vigilancia postratamiento incluyó citologías urinarias, cistoscopia en los pacientes no sometidos a cistoprostatectomía radical, además de placa PA de tórax, urografía excretora, tomografía axial computada (TAC) abdominal y asografía en los pacientes con noevejigas o conducto ileal.

En lo que respecta al tiempo de evolución desde el diagnóstico del tumor vesical y la aparición en el tracto urinario superior fue de 11 a 145 meses con una media de 81.6 meses (tabla 4) .El seguimiento postratamiento de recidiva fue de 7.2 a 13 años con una media de 9 años (tabla 5). Todos los pacientes con excepción de uno fallecieron en un promedio de 84 a 156 meses con media de 110 meses (tabla 5), tres de los cuales fallecieron por causa enfermedad específica. Actualmente sobrevive un paciente el cual presentó el tumor primario T1 en vejiga y recidivó tempranamente a lo 11 meses siendo llevado a nefroureterectomía por el tumor grado I y estadio T1.

La morbilidad asociada (tabla 6) se presentó en 2 pacientes, uno con neumonía lobar y absceso retroperitoneal drenado percutáneamente y guiado por TAC además de antibióticos sistémicos; y la segunda morbilidad se presentó en un paciente con ileo post quirúrgico después de la nefroureterectomía radical.

## CONCLUSIONES

La prevalencia de los tumores recurrentes en tracto urinario superior de pacientes con carcinoma de células transicionales primarios en vejiga es baja, en este estudio encontramos un 2.5% del total de pacientes con recidiva mismo que corresponde a lo reportado en la literatura que va de un 1.5% hasta 5.9% 1-2.

Los pacientes No.1 y 4 con tumores superficiales (T1), presentaron tumor en tracto urinario superior en un tiempo diferente entre si, llamando la atención que el paciente No. 1 presentó tumor a los 11 meses del diagnóstico del tumor vesical en comparación con el paciente No.4 a quien se le diagnosticó el tumor en tracto urinario superior a los 12 años posteriores al primario por lo que probablemente en el paciente No.1 el tumor fue multicéntrico y en el paciente No.4 una recidiva o tumor metacrónico. El paciente No.3 presento un tumor en el tracto superior hasta los 6 años y el paciente No.5 hasta los diez años posteriores aún cuando el tumor vesical fue el de mayor estadio y grado de diferenciación celular. El Ca in-situ presentó la recidiva hasta los 4.2 años.

Dado lo anterior podemos proponer que con la diferencia marcada en tiempo entre la aparición de tumores secundarios en pacientes con un primario no infiltrante, (T1) en nuestro caso pacientes No.1 y No.3, podíamos apoyar la teoría de la multicentricidad del carcinoma de células transicionales y/o la presencia de tumores sincrónicos de diferente grado y estadio que por razones obvias evolucionan con una conducta diferente ya que el paciente No.1 presentó un tumor primario T1 grado II, y el secundario fue T2 grado I en comparación con el paciente No.3 que tuvo primario T2 grado III y un secundario T2 grado I.

Por otro lado el paciente No.5 con tumor primario T3a grado III recidivó en 10 años con una masa estadio T3b y grado II siendo similares ambos tumores en cuanto a grado y estadio por lo que podría explicar también el probable papel de la migración celular y reimplantes en el urotelio de un mismo tumor El carcinoma in-situ por su misma naturaleza agresiva recidivó en una estadio mas avanzado T3a.

Toshiaki y cols. (6) informan un intervalo entre el diagnóstico del tumor primario y el desarrollo del tumor secundario de 07 a 170 meses con una medio de 70 meses, en nuestro estudio reportamos un intervalo de 11 a 144 meses con una media de 70 meses para los tumores superficiales y para los profundos de 72 a 125 meses con una media de 99 meses que en general concuerdan con los datos de Toshiaki.

En la comparación realizada entre los tumores primario y secundario no se encontró correlación al estadio y grado a excepción del tumor T3 ya comentado anteriormente. Fueron evidentes diferencias en cuanto al tiempo de evolución a la recidiva entre pacientes tratados con quimioterapia adyuvante como monoterapia (pacientes No.2 y 3), y los tratados con cirugía mas terapia adyuvante (quimio o radio), ya que los tratados únicamente con quimioterapia presentaron recidiva a los 61 meses (5 años) en promedio comparado contra 137 meses (11.4 años) de los tratados con quimo radio y cirugía.

El seguimiento de nuestros pacientes fue de 7.2 a 13 años, actualmente solo sobrevive un paciente que presentó un tumor primario superficial y recidiva curiosamente temprana (11 meses) también superficial y de bajo grado tratado con nefroureterectomía.

## DISCUSIÓN

El carcinoma de células transicionales de vejiga recidivante al tracto urinario superior se presenta en un porcentaje bajo, sin embargo existen situaciones en las cuales el porcentaje de recidiva aumenta por factores bien conocidos y descritos como son; reflujo vesicoureteral (5), exposición continua a agentes biológicos identificados como factores de alto riesgo para desarrollo de neoplasias uroteliales entre otras (anilinas y tinturas, insecticidas, café, tabaco, etc)(6), además de otros factores como la probable multicentricidad del tumor y/o implante de células tumorales así como la historia natural de la enfermedad que por su naturaleza los tumores ya sean superficiales o profundos tratados con resección con o sin terapia adyuvante aún con bordes sin tumor recidivan con una tasa alta hasta en un 35 a 40 %(7).en cancer vesical

Existen teorías sobre el desarrollo de recidivas, DeTorres y cols(5) reportaron un estudio realizado en 288 pacientes con diagnóstico de carcinoma de células transicionales de vejiga, reportando una prevalencia de hasta 20 % de recidivas en tracto urinario superior en pacientes con reflujo vesicoureteral demostrado contra un 0.9% de recidivas en tracto superior en pacientes sin reflujo, datos similares a los reportados por Amar AD y cols (8), sin embargo existen otros factores también demostrados como multifocalidad del tumor y la presencia de Ca in-situ que también son aceptados (9) . El involucro de la uretra prostática o uréter distal aún son de controversia en cuanto a su relación con el desarrollo de tumor secundario en el tracto urinario superior, sin embargo como se mencionó anteriormente la migración y/o reflujo son factores que contribuyen cuando

existe tumor remanente ya sea en uréter o uretra prostática, se han reportado tumor en ureter remanente o uretra prostática hasta en un 23% a 30% (10-11). La nefroureterectomia sigue siendo el estándar de oro en el tratamiento de tumores de células transicionales del tracto superior (12) , sin embargo el manejo percutáneo o mínimamente invasivo ha sido aceptado en casos seleccionados en que las condiciones lo ameriten como en el caso de pacientes con alto riesgo quirúrgico, monorrenos o por otro lado pacientes con tumores pequeños pediculados no invasivos que se puede tener un acceso por vía endoscópica o percutánea(13). La quimioterapia así como la inmunoterapia han sido utilizadas como terapias neoadyuvantes o adyuvantes en este tipo de tumores, sin embargo la recidiva post tratamiento es hasta de un 47%, y en pacientes con resección endoscópica y quimioterapia es de un 44% 14 . En lo que respecta a la radioterapia adyuvante no ha demostrado impacto en la sobrevida de estos pacientes, sin embargo algunos informes citan un bajo rango de recurrencia en pacientes manejados con radioterapia adyuvante siendo reportados en tan solo 10%. Se hace imprescindible el seguimiento con urografía excretora cada 6 meses el primer año y subsecuente solo en presencia de sintomatología o signos que sugieran problemas en vía urinaria como hematuria hidronefrosis etc. y como escrutinio diagnóstico en pacientes con carcinoma de células transicionales tanto en tracto urinario superior con implantes tumorales en vejiga y aunque en menor grado también de primario vesical y probable secundario en tracto superior, ya que a pesar de los tiempos relativamente largos de recidiva en tumores del tracto superior esto mismo podría favorecer el que pasara desapercibido un tumor potencialmente mortal.

**TABLA 1- EDAD**

---

<b>PACIENTE</b>	<b>EDAD</b>
1 -	65 años
2 -	63 años
3 -	72 años
4 -	53 años
5 -	68 años
6 -	64 años
Promedio de edad	64.2 años

**TABLA 2- DE ESTADIO Y GRADOS**

---

<b>PACIENTE</b>	<b>TUMOR PRIMARIO</b>	<b>TUMOR SECUNDARIO</b>
1 -	T1/II	T2/I
2 -	Tis/III	T3a/III
3 -	T2/II	T2/I
4 -	T1/II	Dx sin seguimiento
5 -	T3a/III	T3b/III
6 -	T3b/III	T4/III

**Tis : Ca in-situ / AJCC: American Joint Commitee on Cancer**

**TABLA 3- TRATAMIENTOS**

<b>PACIENTE</b>	<b>TRATAMIENTO TUMOR PRIMARIO</b>	<b>TUMOR SECUNDARIO</b>
1 -	RTU+M-VAC+RxTx	Nefroureterctomía
2 -	Ad+RxTx	Uretrectomía parcial
3 -	M <sup>aa</sup>	Nefroureterctomía
4 -	CPRVI	Sin seguimiento
5 -	CPVR+RxTx+C	Nefroureterctomía
6-	CPVI+CISCA	Nefroureterectomía

RTU: Resección trans uretral, CPVI: Cistoprostatectomía + reservorio ileal, VAC: Vinblastina, Adriamicina, Carboplatino, AD: Adriamicina, M<sup>aa</sup>: Metrotexate+ VAC, C: Cisplatino, RxTx: Radioterapia, CISCA

**TABLA 4- DE EVOLUCIÓN**

---

<b>PACIENTE</b>	<b>DX TUMOR PRIMARIO</b>	<b>DX TUMOR SECUNDARIO</b>
<b>1-</b>	<b>1 mes</b>	<b>11 meses</b>
<b>2-</b>	<b>9 meses</b>	<b>51 meses</b>
<b>3-</b>	<b>8 meses</b>	<b>72 meses</b>
<b>4-</b>	<b>12 meses</b>	<b>149 meses</b>
<b>5-</b>	<b>2 meses</b>	<b>125 meses</b>
<b>6-</b>	<b>2 meses</b>	<b>51 meses</b>
<b>Promedio</b>	<b>5.6 meses</b>	<b>76.5 meses</b>

**TABLA 5- DE SEGUIMIENTO**

---

<b>PACIENTE</b>	<b>TIEMPO MORTALIDAD AL ESTUDIO</b>
1-	a 92 meses vivo
2-	falleció a 88 meses
3-	falleció a 84 meses **
4-	sin seguimiento post. a 156 meses
5-	falleció a 132 meses **
6-	falleció a 63 meses**

**++: Muerte enfermedad especifica**

**TABLA 6- COMPLICACIONES**

---

<b>PACIENTE</b>	<b>MORBILIDAD ASOCIADA</b>
1-	Neumonia+ absceso retroperitoneal
2-	No morbilidad
3-	No morbilidad
4 -	No morbilidad
5-	Ileo post quirùrgico <sup>12</sup>
6-	No morbilidad

## **CUADRO 1-CLASIFICACIÓN CANCER VESICAL (AJCC)**

**Ta Papilar no invasor**

**Tis In situ- tumor plano**

**T2 Capa muscular superficial (mitad interna)**

**T3 Capa muscular profunda o grasa perivesical**

**T3a Muscular profunda (mitad externa)**

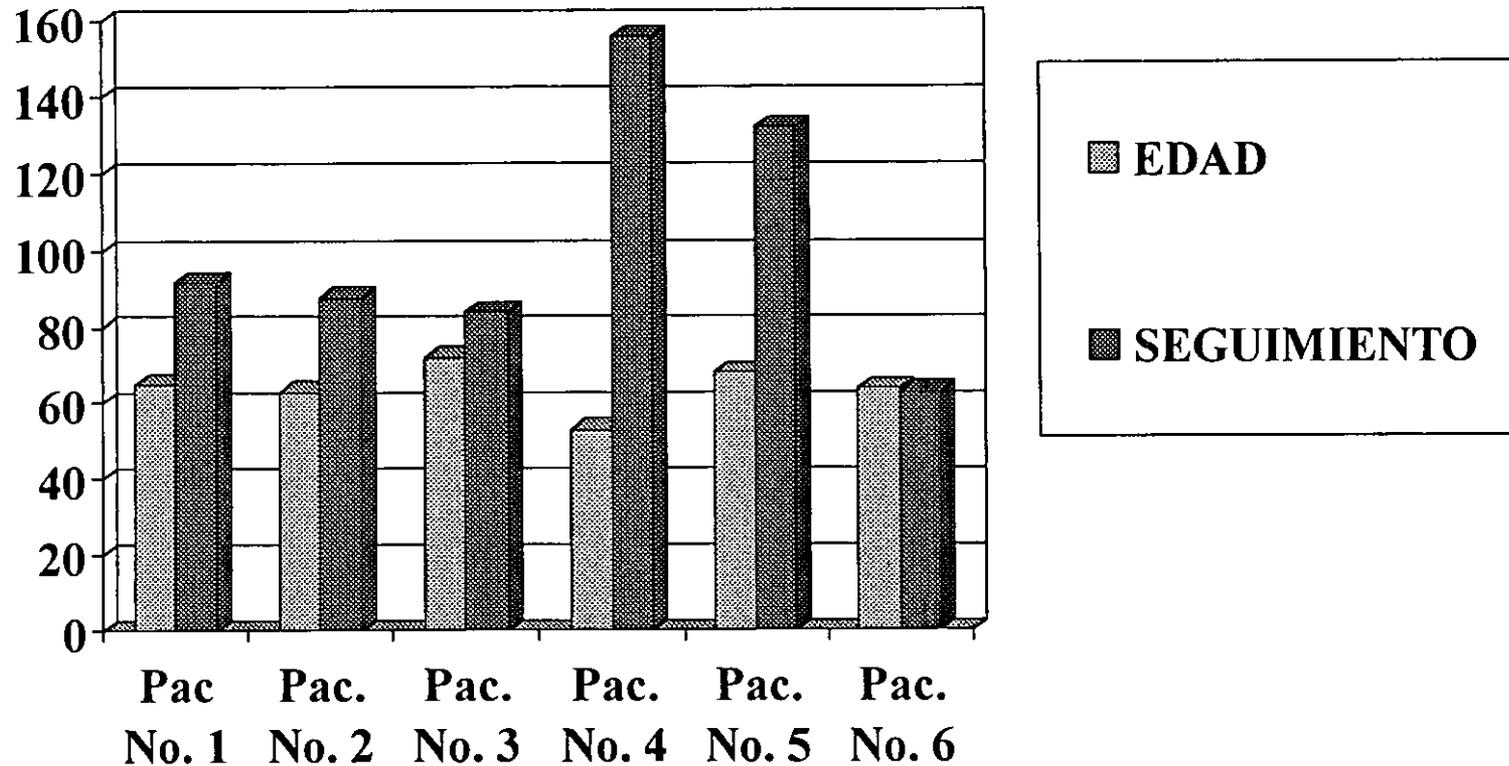
**T3b Grasa perivesical**

**T4 Invasión próstata, vagina utero pared abdominal o pélvica**

**AJCC: American Joint Comitee on Cancer**

# GRAFICA 1: EDAD Y SEGUIMIENTO

(MESES)



## **BIBLIOGRAFIA**

- 1-Solsona E, Iborra Y, Ricòs J. Upper urinary tract involvement in patient with bladder carcinoma in-situ; its impact on management *Urology* 1997;49:347
- 2-Curtis B, Schwart, Bekirob H, Memman. Urothelial tumors of the upper tract following treatment of primary bladder transitional cell carcinoma. *Urology* 1992;40:509
- 3-Bradley ME, Eure GR, Schellhammer PF. Upper tract transitional carcinoma following treatment of superficial bladder transitional carcinoma. *Urology* 1993; 42:26.
- 4-David SM, Herr H, Sogani PC, Russo P. Positive urinary cytology following a complete response to intravesical bacillus Calmette Guerin therapy. pattern of recurrence. *Journal of Urology* 1994; 152:382.
- 5-De Torres MJA, GassolJMB, Redotra. Vesicourethral reflux and upper tract transitional carcinoma after transurethral resection of recurrent superficial bladder carcinoma. *Journal of Urology* 1987;138:49.
- 6-Shinka T, Uekado Y, Aoshi H. Occurrence of uroepithelial tumors of upper urinary tract after the initial diagnosis of bladder cancer. *Journal of Urology* 1988;140:745.
- 7-Williams JL, Hammonds JC, Saunders. T1 bladder tumors *British Journal of Urology* 1977;49:663
- 8-Amar AD, Das S. Upper urinary tract transitional cell carcinoma in patients with bladder carcinoma and vesicourethral reflux. *Journal of Urology* 1985;133: 468.
- 9-Oldbring J, Glifberg Y, Hellsten. Carcinoma of renal pelvis and uréter following of bladder carcinoma. Frequency, risk factors and clinicopathological findings. *Journal of Urology* 1980;140:745.
- 10-Kenworthy P, Tanguay S, Dinney. The risk of upper urinary tract recurrence following cystectomy in patients with transitional cell carcinoma involving distal uréter. *Journal of Urology* 1996;155:501.
- 11-Solsona E, Iborra , Ricòs, Extravesical involvement in patients with bladder carcinoma in-situ: Biological and therapy implications. *Journal of Urology* 1996;155:895.

12-Bloom NA, Vidone RA, Lytton. Primary carcinoma of uréter report of 102 new cases. Journal of Urology 1970;103:590.

13-Elliot D, Blute M, Patterson D. Long term follow-up of endoscopic treated upper tract transitional cell carcinoma. Urology 1996;47:819.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA