

112402
4



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



I.S.S.S.T.E.
CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

**"EXPERIENCIA EN EL MANEJO QUIRURGICO DEL
CANCER DE VEJIGA EN EL C.M.N. "20 DE NOVIEMBRE"**

Para obtener la especialidad en:
Cirugía Oncológica

Asesores

Dr. Generoso De Obaldía Castillo
Dra. Beatriz A. Ortega Meza

Presenta

Dr. Jorge Galindo Orduñez

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**





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.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

Dr. Mauricio Disilvio López
Subdirector de Enseñanza e Investigación

Dr. Jorge Ramírez Heredia
Profesor titular del curso de Cirugía Oncológica

Dra. Beatriz A. Ortega Meza
Asesor

Dr. Generoso De Obaldia
Asesor

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



COMISION DE TESIS DE GRADO
DIVISION DE ESTUDIOS DE GRADO
ESCUELA DE MEDICINA
U. N. A. M.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE.

I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	2
III. METODOLOGÍA	11
IV. RESULTADOS	12
V. ANÁLISIS	19
VI. CONCLUSIONES	20
VII. BIBLIOGRAFÍA	21

TESIS CEN
FALLA EN CEN

INTRODUCCIÓN.

El objetivo de la revisión que realizamos es establecer la tasa de mortalidad, morbilidad y sobrevida en los pacientes del Servicio de Oncología del CMN 20 de Noviembre, con diagnóstico de cáncer de vejiga, sometidos a los diversos procedimientos quirúrgicos para su etapificación, diagnóstico y tratamiento. Así mismo normar los procedimientos diagnósticos para adecuada etapificación de los pacientes y poder proporcionar tratamientos neoadyuvantes y adyuvantes con radioterapia o quimioterapia para mejorar el control de la enfermedad y/o la calidad de sobrevida de estos pacientes.

TESIS CMN
FALLA EN EN

ANTECEDENTES.

El cáncer de vejiga urinaria puede agruparse en tres categorías generales: superficial, invasivo y metastático. Cada uno difiere en su comportamiento clínico, pronóstico y tratamiento inicial.

En los tumores superficiales, el objetivo del tratamiento es evitar las recurrencias y la progresión a una fase incurable considerándose que la extirpación quirúrgica de la vejiga (tratamiento de la mayoría de los tumores) es curativa en algunos casos. En enfermedad invasiva el problema consiste en determinar que tumores pueden ser curados con tratamientos de una sola modalidad como la cirugía, cuales pueden ser tratados sin extirpación quirúrgica de la vejiga, y los que por su alto potencial metastásico, requieran de tratamiento sistémico para alcanzar curación. En la enfermedad metastásica el tratamiento es con quimioterapia, con respuesta en más del 50 % de los casos, sin embargo el índice de curación total es bajo y el progreso para mejorar las respuestas a sido mínimo.

De los tumores malignos en general, al cáncer de vejiga corresponde el 2% y de los tumores malignos de las vías urinarias el 7 %, siendo el cuarto cáncer más común en hombres y el noveno en mujeres la mayoría de los cánceres de vejiga ocurren entre la quinta y la séptima década de la vida siendo la edad media al diagnóstico de 65 años, raramente se presenta antes de los 40 años, la relación hombre- mujer es de 3:1 y es mucho más frecuente en personas de raza blanca que en las de raza negra en proporción de 2:1.

De los factores de riesgo para el desarrollo del cáncer se vejiga, se cree que los carcinógenos o sus metabolitos son expulsados en la orina donde pueden actuar directamente sobre el revestimiento mucoso del urotelio, el periodo de latencia desde la exposición inicial hasta el desarrollo de un tumor urotelial es en promedio de 18 años.

Fumar cigarrillos es el factor de riesgo más importante y se considera que contribuye hasta en un 50% al cáncer de vejiga en hombres y un 33% en mujeres. La dieta asociada con mayor riesgo, incluye el consumo en grandes cantidades de alimentos fritos y grasas. La ciclofosfamida aumenta el riesgo hasta 9 veces, la exposición a Schistosoma haematobium se asocia al cáncer de células escamosas hasta en un 45 %. antecedente de otros tumores del tracto urinario también se asocian a un aumento en la frecuencia de cáncer de vejiga así como haber recibido radiación pélvica por alguna otra neoplasia maligna ,se han citado además infecciones por virus especialmente el papilomavirus.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La frecuencia de los distintos síntomas en el momento del diagnóstico son paratetas a la manifestación de los tres subtipos clínicos: el 75% de los tumores son superficiales, el 20 al 25% son invasores y del 5 al 20% presentan metástasis. La hematuria indolora es el síntoma más frecuente, se presenta en el 80 a 90% de los casos.

Para el diagnóstico de requiere de una historia clínica y exploración física completa, de exámenes de laboratorio, como el análisis de orina que demostrará hematuria microscópica, con o sin leucocituria y bacteriuria. La citología urinaria es útil en el diagnóstico y seguimiento la cual tiene una sensibilidad del 90% en lesiones grado III y 50% en lesiones grado I y II. La urografía excretora permite evaluar la morfología de las vías urinarias altas y detectar tumores sincrónicos no raros en pelvis renal y uréter.

La cistoscopia es esencial para el diagnóstico ya que se puede establecer la localización del tumor extensión de la enfermedad intravesical y permite la toma de biopsia para establecer el diagnóstico histológico, en algunos casos es necesario realizar mapeo vesical bajo efectos de anestesia para poder establecer la profundidad de invasión del tumor.

La tomografía axial computada esta indicada en tumores que infiltran músculo vesical con el fin de evaluar el estado de los ganglios pélvicos y órganos intra abdominales. La Resonancia Magnética puede estar indicada cuando no se puede aplicar medio de contraste al paciente. El ultrasonido transuretral ofrece una mayor sensibilidad y especificidad para evaluar la penetración de la pared vesical.(20)

Anatomía Patológica.

La mayor parte de los tumores se originan en el piso de la vejiga y es más probable que las recurrencias y los adenocarcinomas se localicen en la cúpula., el cáncer de vejiga suele manifestarse por lesiones múltiples o en asociación con un carcinoma in situ.

La gran mayoría de los tumores de vejiga corresponden a carcinomas de células transicionales en 92 % de los casos, a carcinomas epidermoides en el 6 a 7 %, a adenocarcinomas en el 2% y a tumores indiferenciados en el 1 %.

Se han utilizado diversas clasificaciones a través de los años siendo las mas empeladas la de Jawett y Strong modificada por Marshal y la UICC y AJCC en 1978 adoptaron la estadificación TNM con el objeto de aportar un sistema para unificar información de los investigadores.

A continuación transcribimos la clasificación TNM la cual consideramos la más adecuada para etapificar los casos de cáncer de vejiga.

Los casos de la presente revisión fueron clasificados de acuerdo al sistema de Marshal.

TNM.

TX. El tumor primario no puede evaluarse.

TO. No hay evidencia de tumor primario.

Ta. Carcinoma papilar no invasivo.

Tis. Carcinoma in situ tumor plano.

T1. El tumor invade tejido conectivo sub epitelial.

T2. El tumor que invade al músculo.

T2a-El tumor invade músculo superficial (mitad interior).

T2b-El tumor invade el músculo profundo (mitad exterior).

T3. Tumor invade el tejido perivesical.

T3a-Microscopicamente.

T3b-Macrosópicamente (masa extravesical).

T4. El tumor invade cualquiera de los siguientes sitios: próstata, útero, vagina, pared pelviana o pared abdominal.

T4a-El tumor invade próstata, útero o la vagina.

T4b-El tumor invade la pared pélvica o pared abdominal.

GANGLIOS.

NX. No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales.

N0. No hay metástasis de ganglios linfáticos regionales.

N1. Metástasis en un solo ganglio linfático, de 2 cm o menos en su diámetro mayor.

N2. Metástasis en un solo ganglio linfático, mas de 2 cm pero menor de 5 cm en su diámetro mayor, ó varios ganglios linfáticos, ninguno mayor de 5 cm en su diámetro mayor.

N3 Metástasis en un ganglio linfático de más de 5 cm en su diámetro mayor.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

METASTASIS (M).

MX. No se puede evaluar metástasis distante.

M0. No hay metástasis distante.

M1. Metástasis distante.

ETAPAS CLINICAS.

Etapa 0a.

Ta, N0, M0.

Etapa 0 Is

Tis N0 M0.

Etapa I.

T1 N0 M0.

Etapa II.

T2a, N0, M0

T2b, N0, N0.

Etapa III.

T3a, N0, M0.

T3b, N0, M0.

T4a, N0, MVO.

Etapa IV.

T4b, N0, M0.

Cualquier T, N1, M0.

Cualquier T, N2, M0.

Cualquier T, N3, M0.

Cualquier T, Cualquier N, M1. (3-4).

Sistema de evaluación del estadio tumoral en el cáncer de vejiga urinario.

Correlación UICC - Marshal

Profundidad de invasión	Sistema de Marshal	Sistema UICC
Limitado a la superficie de la Mucosa	0	Ta
	0	Tis
Invasión de la lámina propia	A	T1
Invasión del músculo menor del 50% de profundidad	B1	T2
Invasión del músculo mayor del 50% de profundidad	B2	T3a
Grasa perivesical	C	T3b
Crecimiento hacia estructuras adyacentes móviles	C	T4a
Tumor fijado a la pared pélvica	C	T4b
Metástasis nodal	D1	N+
Metástasis distante	D2	M+

TRATAMIENTO POR ETAPAS.

Una vez que el paciente ha sido valorado clínicamente y se han realizado estudios de laboratorio, gabinete, endoscópicos y se han descartado metástasis a distancia, se somete a RTUV del tumor vesical con palpación bimanual, el reporte de patología definirá la estirpe histológica, la profundidad de la invasión y el grado de diferenciación celular elementos que son indispensables para establecer la etapa clínica y así definir el tratamiento.

EC 0

Tis o Ta, No, Mo

Los tumores de vejiga en EC 0 se tratan con resección transuretral o fulguración son las formas más comunes y conservadoras de manejo de esta enfermedad. Una serie retrospectiva hizo hincapié en el valor de llevar a cabo una segunda RTUV entre 2 y 6 semanas de haberse llevado a cabo la primera (2).

Una segunda RTU V practicada en 38 pacientes con enfermedad Tis o Ta determinó que 9 pacientes (24%) presentaron invasión de la lamina propia (T1) y 3 pacientes (8%) invasión muscular (T2) . esta información puede cambiar las opciones de manejo de estos pacientes. La terapia intravesical con tiotepa, mitomicina C, doxorubicina o bacilo de Calmette- Guerin (BCG) se emplea con mayor frecuencia en pacientes con tumores múltiples o recurrentes, o como medida profiláctica en pacientes con mayor riesgo después de RTUV. La administración de BCG intravesical más BCG subcutánea tras RTU se comparó con RTUV solo en pacientes con lesiones Ta y T1 el tratamiento con BCG retardó la progresión a enfermedad invasora de músculo y/o metastásica, mejorando la conservación de la vejiga y disminuyendo el riesgo de muerte por cáncer vesical (5).

ETAPA I. T1, NO, MO.

El cáncer de vejiga en etapa clínica I puede curarse mediante varias formas de tratamiento. En esta etapa la tendencia a la formación de tumores nuevos es más alta. En una serie de pacientes con tumores Ta o T1 que fueron seguidos por un mínimo de 20 años o hasta la muerte el riesgo de recurrencia en la vejiga después de la resección inicial fue del 80% (6).

La resección transuretral y la fulguración son las formas más comunes y conservadoras del manejo de esta enfermedad.

OPCIONES DE TRATAMIENTO.

- Reseccion trasnuretral con fulguración.
- Reseccion trasnuretral con fulguración seguida por BCG intravesical.
- Reseccion transuretral con fulguración seguida por quimioterapia intravesical.
- Cistectomia por segmentos.(rara vez indicada).
- Cistectomia radical en pacientes seleccionados con tumor superficial extenso o refractario

- Implante intersticial de radioisotopos con o sin irradiación de haz externo.(7)

ETAPA II.

T2a, N0, M0.- T2b, N0, M0.

El cáncer de vejiga en etapa II puede ser controlado en algunos casos por RTUV pero a menudo se requieren tratamientos más agresivos por tumores recurrentes, por tumor extenso, focos múltiples, o grado de diferenciación de la neoplasia. La cistectomía por segmentos es apropiada solo en pacientes muy seleccionados. A la cistectomía radical se le considera un tratamiento estándar.

En algunos informes la radioterapia preservadora de la vejiga con cistectomía parcial cuando está indicada da un efecto terapéutico similar al de la cistectomía radical y se puede aplicar en aquellos pacientes que no son candidatos a cirugía radical.

La elección del tratamiento se ve afectada por la condición médica general del paciente y la consideración de los efectos adversos de la terapia. La cistectomía radical incluye la resección de la vejiga, tejidos peri vesicales, próstata, vesículas seminales en los hombres y el útero, trompas, ovarios, pared vaginal anterior y uretra en las mujeres, y disección de los ganglios linfáticos pélvicos.

OPCIONES DE TRATAMIENTO.

- Cistectomía radical .
- Irradiación de haz externo (candidatos no quirúrgicos y casos seleccionados).
- Implantación intersticial de radioisotopos antes o después de haz externo
- Resección transuretral con fulguración (en pacientes seleccionados).
- Cistectomía por segmentos.(en pacientes seleccionados). (8,9,10,11,12).

ETAPA III.

T3a, N0, M0.-T3b, N0, M0.-T4a, N0, M0.

Pocos pacientes bien seleccionados con cáncer de vejiga en etapa III pueden ser candidatos a una cistectomía por segmentos o irradiación intersticial. La frecuencia relativamente alta de propagación intra mural extensa del tumor y la infiltración de los ganglios linfáticos hacen que la

cistectomía radical o irradiación de haz externo sean las formas más lógicas de tratamiento para la mayoría de los pacientes, la irradiación preoperatoria seguida por cistectomía radical ha sido ampliamente utilizada en la década pasada esta modalidad de tratamiento combinado parece reducir las tasas de recurrencia local y esta asociada con resultados especialmente favorables en pacientes cuyas vejigas reseca­das no contienen ninguna evidencia patológica de cáncer. La única prueba aleatoria prospectiva reportada hasta la fecha no mostró ninguna ventaja de supervivencia para radioterapia preoperatoria y cistectomía radical comparada con cistectomía radical sola.(13,14,15,16)

OPCIONES DE TRATAMIENTO.

- Cistectomía radical.
- Irradiación de haz externo.
- Irradiación de haz externo con implantación intersticial de radioisótopos.
- Cistectomía por segmentos (pacientes seleccionados).
- Irradiación de haz externo combinada con quimioterapia.

ETAPA IV.

T4b, N0, M0.-Cualquier T, N1-N3, M0.-Cualquier T, Cualquier N, M1.

Solo un pequeño porcentaje de los pacientes con cáncer de vejiga en etapa IV se cura, el potencial curativo se limita a pacientes con enfermedad de poco volumen de los órganos pélvicos adyacentes por extensión directa o metástasis a los ganglios linfáticos regionales no voluminosos, a estos pacientes puede realizarse cistectomía radical con o sin irradiación preoperatoria. El pronóstico para los pacientes con tumores T4 es generalmente malo con cualquier modalidad de tratamiento.

OPCIONES DE TRATAMIENTO.

T4b, NO, MO o Cualquier T, N1-N3, M0.

- Irradiación de haz externo.
- Desviación urinaria o cistectomía con fines paliativos.

- **Quimioterapia como complemento del tratamiento local.**

Cualquier T. Cualquier N. M1.

- **Quimioterapia sola o como complemento de tratamiento local.**
- **Irradiación de haz externo paliativo.**
- **Desviación urinaria o cistectomía para paliación.(17,18,19,20)**

METODOLOGÍA.

Realizamos un estudio observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo y analítico. Del período comprendido del 1 enero de 1996 al 31 de diciembre del 2001. Se revisaron expedientes de pacientes con diagnóstico de cáncer de vejiga, incluyéndose pacientes manejados en el Servicio de Oncología del CMN 20 noviembre, de ambos sexos, cualquier edad, raza, nivel socioeconómico, ocupación. Con corroboración histológica de cáncer de vejiga, cualquier tipo histológico, todas las etapas clínicas y que se les haya practicado algún procedimiento quirúrgico como: Resección Transuretral de vejiga, Cistectomía Radical, Cistectomía simple con fines paliativos o Laparotomía exploradora en pacientes que por los hallazgos quirúrgicos se considero irreseccable y no se realizó ningún otro procedimiento..

Se excluyeron pacientes con diagnóstico de cáncer de vejiga manejados quirúrgicamente en otro hospital, eliminándose del estudio pacientes con de cáncer de próstata metastásico a vejiga. Dentro del manejo estadístico se utilizaron medidas de tendencia central y pruebas estadísticas NOVA, BARTLETT'S, KRUSKAL - WALLS, así como curvas de sobrevida de Kaplan- Meyer.

RESULTADOS.

Se realizó la revisión de 87 expedientes, de los cuales 50 cumplieron con los criterios de selección.

De los 50 pacientes 14 (28%) al sexo femenino y 36 (72%) al sexo masculino (grafico 1). En cuanto a la edad obtuvimos que el promedio de edad al momento de la presentación del cáncer de vejiga fue de 67.28, con una mediana de 69, una moda 69, desviación estándar de 12.58, con un rango de 92 a 43 años.

El síntoma más frecuente de presentación de la enfermedad fue la hematuria que se presentó en 46 (96%) pacientes, disuria en 3 (6%) y obstrucción 1 (2%). Enfermedades concomitantes se detectaron en : 27 (54%) en 11 pacientes (22%) hipertensión arterial, en 4 (8%) cardiopatía, en 3 (6%) diabetes tipo II, en 3 (6%) insuficiencia renal crónica, en 4 (8%) otras neoplasias malignas, un paciente asmático y otro con parkinson. La relación alcohol- tabaco se presentó en 34 pacientes (68%).

De los 50 pacientes a todos se les realizo cistoscopia con toma de biopsia, citología urinaria en 21 resultado positivo en 6 a Cáncer de células transicionales (12%). La urografía excretora fue realizada en 14 pacientes (28%).TAC a 28 pacientes.

El mapeo biopsia fue realizado en 8 pacientes de 50 (16%) siendo positivo, en un paciente (2%). El tipo histológico en 45(90%) pacientes fue carcinoma de células transicionales, en 2(4%) carcinoma papilar, en 1(2%) adenocarcinoma, en 1(2%) carcinoma de células en anillo de sello y en 1 (2%) carcinoma urotelial.

El grado de diferenciación fue : I de ASH 17 pacientes (34%), II de ASH 18 pacientes (36%), III de ASH 15 pacientes (30%).

Por etapa clínica según el sistema TNM correspondieron a: EC I 22 pacientes, EC II 17. EC III 6 y EC IV 5.

De los 50 pacientes, 14(28%) recibieron tratamiento neoadyuvante con RT externa 20 Gy. Los procedimientos quirúrgicos realizados fueron: a 22(44%) pacientes RTU V, a 17 (34 %) cistectomía radical con reconstrucción tipo conducto ileal (Bricker) en 8 pacientes, reservorio continente tipo Miami en 4, tipo Indiana en 2 y conducto colónico en 3 . A 6 se les realizó cistectomía simple (12%) con reconstrucción conducto ileal en 2 y conducto colónico en 4 pacientes. A 5 pacientes se les realizo laparatomía exploradora (10%) que por los hallazgos quirúrgicos se les considero tumores irresecables.

TESIS CON FALLA DE ORDEN

Las complicaciones postquirúrgicas se presentaron en 3 pacientes (6%) la cuales fueron en un paciente dehiscencia de herida quirúrgica, en otro necrosis de mucosa de conducto ileal y otro neumonía..

El promedio de sobrevida global después del tratamiento fue de 29.8 meses, con una media de 19 meses una moda de 12, con una desviación estándar de 28.5 meses una varianza de 813.3 con un rango 136 a 4 meses.

El promedio de mortalidad global fue de 7.7 con una mediana de 4, una moda de 1 con una desviación estándar de 10.3 una varianza de 107.0 un valor máximo de 36 así como un valor mínimo de 1.

Siendo la sobrevida según el tipo de cirugía para la resección trans uretral un promedio de 33.04, una mediana de 16 una moda de 12, con una desviación estándar de 35.8, una varianza de 1286.6, con un valor máximo de 136 meses y un valor mínimo de 6 meses.

Para la cistectomía radical el promedio de sobrevida fue de 26.6 así como una mediana de 23.5, una moda de 41, una desviación estándar de 16.2, una varianza de 264.9 con un valor máximo de 55 meses y un mínimo de 4 meses.

Para el grupo que fue manejado mediante cistectomía simple y LAPE el promedio de sobrevida fue de 24.7, con una mediana de 25.5 una desviación estándar de 10.7 una varianza de 114.9 un valor máximo de 37 meses y un mínimo de 11 meses.

A continuación se analizan las curvas de sobre vida utilizando el método de Kaplan Meier.

POBLACIÓN EN ESTUDIO

SEXO

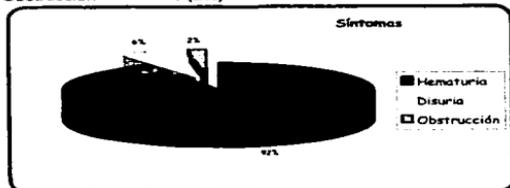
Femenino	14 (28%)
Masculino	36 (72%)

EDAD

promedio	67.28
mediana	69
moda	69
Desvest	12.5812299
Val. Max	92
Val. Min	43
Varianza	158.287347

SINTOMA

Hematuria	46 (96%)
Disuria	3 (6%)
Obstrucción	1 (2%)



ENFERMEDAD CONCOMITANTE

Total	27 (54%)
HAS	22 (22%)
Cardiopatías	4 (8%)
DM2 - IRC	3 (6%)

Alcohol	34 (68%)
Tabaco	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TIPO HISTOLOGICO

Ca. Cel.	
Trasculares	43 (86%)
Papilar	2 (4%)
Adenocarcinoma	1(2%)
Cel. Anillo de sello	1(2%)
Urotelial	1(2%)
No corroborado	2(4%)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRADO DE INVASIÓN

I ASH	17 (34%)
II ASH	18 (36%)
III ASH	15 (30%)

EDAD DE PRESENTACIÓN PARA CADA GRUPO QUIRÚRGICO

Grupos Qx	Observados	Media	Varianza	Desv Est	Mediana
Cirug. Radical	22	62.36	152.052	12.331	65
Otros	5	57.60	31.300	5.595	58
RTU	23	68.304	187.312	13.686	71

La edad de presentación por grupo quirúrgico para cirugía radical 17 pacientes con una media de 62.3 con desviación estándar 12.331, una mediana de 65. Para el grupo de otras cirugías fueron 11 pacientes, con una media de 57.60, desviación estándar 5.595 y mediana de 58. Para el grupo de RTUV con 22 pacientes, media de 68.304, varianza 187.312, desviación estándar de 13.686 y mediana de 71; con una $p = 0.125992$, no significativa en cuanto a edad de presentación y grupo quirúrgico, utilizando análisis de varianza de Kruskal-Wallis.

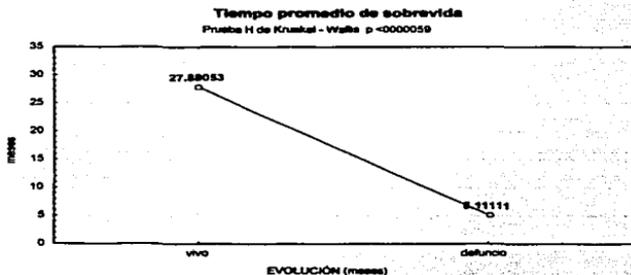
TIPO DE CIRUGÍA Y SEXO

Grupo Qx	Femenino	Masculino	Total
Cirugía Radical	5 22.7%	17 77.3%	22 44%
Otros	2 40.0%	3 60%	5 10%

RTU	6	26.1%	17	73.9%	23	46%
Total	13	26%	37	74.0%	50	

En cuanto al tipo de procedimiento quirúrgico a 22 pacientes diagnosticados con cáncer de vejiga se les realizó RTUV (46%) a 5 (10%) laparotomías exploradoras agrupados como en otros y a 23 pacientes se les realizó cirugía I (cistectomía radical con cualquier tipo de reconstrucción) que correspondió al 44%.

En cuanto al sexo y tipo de cirugía nuestros resultados son 17 pacientes sometidos a cirugía radical, 5 del sexo femenino , 12 del sexo masculino . Para el grupo de otras cirugías fueron 2 del sexo femenino y 3 del sexo masculino . con un total de 5 pacientes que corresponde a u 10% y para RTUV 5 del Sexo femenino y 17 masculino con un total de 22 pacientes correspondiendo al 44% del total de pacientes; obteniéndose una $p = 0.729$.



Gráfica 1

El tiempo promedio de sobrevida global fue de 27.8 meses hasta la fecha del corte en nuestro estudio como máximo, y de 5.11 como mínimo. Los pacientes con menor sobrevida, después de cualquier tipo de procedimiento fue 5.11 meses. Utilizando las curvas de sobrevida de Kaplan-Meier y la prueba de H. De Kruskal-Wallis obteniendo una $p < 0.000059$.

(Gráfica 1)

SOBREVIDA PARA CADA CATEGORÍA DE GRUPO QUIRÚRGICO

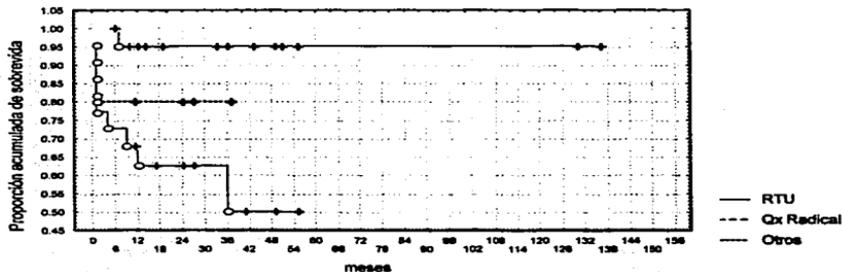
Grupo Qx	Observados	Media	Varianza	Desv.est.	Mediana
Cirugía Rad.	22	18.273	280	16.762	14
Otros	5	20	199	14.107	24
RTU	23	31.913	1257.628	35.463	14

Proporción acumulada de supervivencia (Kaplan-Meier)

Contraste de las curvas de supervivencia

○ Fallecimiento + Supervivencia

$p < 0.0208$



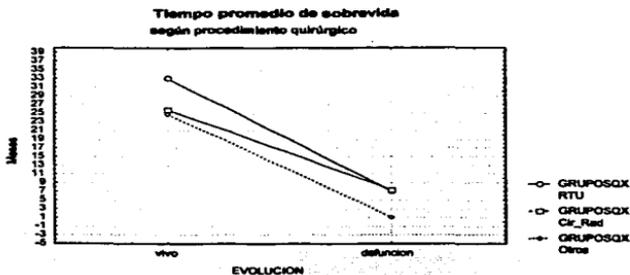
Gráfica2

En cuanto al tiempo de supervivencia por grupos quirúrgicos encontramos que para 23 pacientes sometidos a cirugía radical la media fue de 18.2 con una desviación estándar de 16.7. Para el grupo de laparotomía exploradora que fueron 5 pacientes la media fue de 20, desviación estándar de 14.1 y mediana de 24. Para el grupo de RTUV 22 pacientes, la media fue de 31.9, la desviación estándar de 35.4 y mediana de 14. Para los pacientes sometidos a cirugía radical el máximo de supervivencia fue de 55 meses, para otros 37 meses y para el grupo de RTU de 136 meses (95%). Con una $p < 0.0206$ ilustrado en la gráfica utilizando las curvas de supervivencia de Kaplan-Meier. (Gráfica2)

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Tabla Sobrevida promedio (meses) y desviaciones estándar para los grupos de estudio de acuerdo a la evolución (Sobrevida o fallecimiento)

Grupo/Sobrevida	N	Promedio	Desv. Est.
RTU vivo	22	33.05	35.87
RTU defunción	1	7.00	0.00
Cir. Rad vivo	13	25.85	15.86
Cir. Rad defunción	9	7.33	11.50
Otros vivo	4	24.75	10.72
Otros defunción	1	1.00	0.00
Todos	50	24.72	27.32



Gráfica 3

Pacientes vivos sometidos a cirugía radical 13 con una mediana de 25.84, desviación estándar de 15.8, media de 23, otros 4 pacientes con media de 24, desviación estándar 10.7, mediana 25. RTU con 22 pacientes, media de 33, desviación estándar 35 y mediana de 16. Con valor de $p=0.964213$

Las defunciones por grupo quirúrgico para cirugía radical 9 con media 7.3, desviación estándar de 11 y mediana de 1 para el grupo 1 paciente con media de 1, desviación estándar 0 y mediana 1. Para RTU 1 paciente con media de 7, desviación estándar de 0 y mediana 7 con $p=0.5737$ (Gráfica 3)

ANÁLISIS.

De los 50 pacientes estudiados 36 fueron hombres (72%) y 14 mujeres (28 %) dato que se corrobora en la literatura con una relación hombre - mujer de 3 a 1 (22). El rango de edad fue de 43 a 92 años con una media de 67.2 años. Se refiere en la literatura que la mayoría de estos cánceres ocurren entre la quinta y séptima década de la vida.(21) . La etiología de los cánceres uroteliales , de los cuales el de vejiga es el más frecuente, esta bien establecida la relación con el tabaquismo en el 30% al 40% de todos los cánceres de vejiga . agentes químicos como la 1-laftinamina, 2- naftilamina,benzidina, y 4- aminodifenilo han demostrado promover la carcinogénesis urotelial en los trabajadores de la industria textil, cuero refinado, caucho, aluminio, plástico, quienes presentan una incidencia mas elevada de cáncer de vejiga. La ciclofosfámda, infecciones recidivantes de vejiga, así como las producidas por schistosoma haematobium son implicadas en la etiología del cáncer de vejiga en nuestro estudio solo se pudo comparar con la literatura mundial la asociación de tabaco y alcohol presentándose en 34 paciente (38%)(21).

Dentro de nuestra revisión no encontramos la relación de otros factores de riesgo como podrían ser la inflamación crónica, la presencia de infecciones, la extrofia vesical así como radiación pélvica previa.

Dentro de las manifestaciones clínicas encontramos en nuestro estudio que el 96% de los pacientes presentaron hematuria, disuria en un 6%, obstrucción en un 2% . En la literatura se refiere que el 80% de los pacientes con cáncer de vejiga presentan micro o macro hematuria en el momento de la presentación, generalmente indolora e intermitente. El 20% de los pacientes se quejan de síntomas sugestivos de irritabilidad vesical, aumento de la frecuencia miccional, urgencia miccional y disuria, otros síntomas son dolor pélvico, en flancos y edema de extremidades inferiores. Los pacientes con enfermedad avanzada pueden presentar anemia, pérdida de peso y dolor óseo.(20,21,22)

Dentro de los estudios para diagnóstico encontramos que la citología urinaria solo se realizó en el 42% de los pacientes. La literatura indica que está es útil en el diagnóstico y seguimiento ya que tiene una sensibilidad del 90% en lesiones grado III y de 50% en lesiones grado I y II. La cistoscopia como método diagnóstico fue realizada en el 100% de nuestros pacientes dato que concuerda con el de la literatura mundial ya que de todos los procedimientos diagnósticos el más adecuado es la exploración de la vejiga con cistoscopia rígido o flexible.(21)

El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma de células transicionales en el 86% de los casos , dato que se corrobora en la literatura que refiere que hasta el 95% de los tumores malignos vesicales corresponden a carcinomas de células transicionales, 3% a carcinoma epidermoides y el 1% a adenocarcinomas.(20,22)

En nuestro estudio se obtuvo una mejor sobrevida en los pacientes que fueron manejados con Resecion trasuretral ya sea sola o con aplicación de BCG intravesical. Comparando las curvas de sobrevida por grupo quirúrgico se obtuvo sobrevida más prolongada en este grupo, dato que es similar a los reportado en la literatura mundial (20), seguida de la cistectomia radical con cualquier tipo de reconstrucción, siendo en esta última en donde encontramos menor porcentaje de sobrevida y mayor mortalidad, datos que concuerda con la literatura mundial ya que el

tratamiento se basa de acuerdo a la etapa clínica siendo la sobrevida en etapas avanzadas menor del 50%.(22)

CONCLUSIÓN.

En nuestro estudio concluimos que los paciente en etapas tempranas EC I (Tis . TA) manejados con RTU tuvieron una mejor sobrevida en comparación con los pacientes de etapas más avanzadas que se sometieron a cirugía radical los cuales presentaron un porcentaje mayor de mortalidad.

No se tienen en el servicio normas de diagnóstico y tratamiento para pacientes con diagnóstico de cáncer de vejiga por lo que considero que el seguimientos de estos pacientes no es del todo adecuado. En cuanto a los estudios diagnósticos corroboramos que en todos nuestros pacientes estudiados o en la mayoría, como protocolo de estudio se solicitaron los mas específicos o sensibles, como la cistoscopia o citología urinaria, TAC. En cuanto al empleo de radioterapia neoadyuvante o adyuvante no se logro obtener una comparación significativa en cuanto a la literatura ,en el servicio no se ha implementado protocolos que combinen RT-QT con el fin de preservación de órgano.

Podemos establecer que el estudio de nuestros pacientes antes de someterse a cualquier tipo de tratamiento deberá ser completo incluyendo todos los estudios diagnósticos ya mencionados , una adecuada etapificación así como la elección del tratamiento individualizado para cada paciente. esto con el fin de mejorar tanto la sobrevida como la calidad de atención al paciente. También se deberá valorar el empleo de tratamientos adyuvantes que en nuestro estudio fue limitado. El fin de brindar un manejo multidisciplinario es proporcionar mejor calidad de vida, un aumento de la sobrevida de nuestros pacientes que son sometidos a tratamiento por cáncer vesical.

TESIS CON
FALLA DE CIEGEN

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.-Efficacy of radiochemotherapy with platin derivatives compared to radioteraphy alone treatment of bladder cancer.
International journal of radiation oncology 40 (1) 121-127 1998.
- 2.-The value of second transurethral resection in evaluating patients with bladder tumors .
Journal of urology 162 (1) : 74-76 1999.
- 3.-Current estate of classification and staging of bladder cancer.
Cancer research 37 (8) 714-723 1997
- 4.-urinary bladder in AJCC cancer 5th ed. 1997 pp. 241-246
- 5.-5 year followup of a randomized prospective study comparing mitomycin C and bacillus Calmete - Guerin .in patients with superficial bladder carcinoma .
Journal of urology 161 (4) : 1124-1127 1999.
- 6.-Microstaging of pT1 transitional cell carcinoma of de bladder.
Urology 52(6): 1009-1014 1998.
- 7.-The value of second trasnurethral resection in evaluating patients with bladder tumors.
Journal of urology 162 (1): 74-76 1999.
- 8.-Bladder preservation by combined modality therapy for invasive bladder cancer.
Journal of clinical oncology. 15(3)1022-1029 1997
- 9.-inital results of radiation therapy oncology group.
Journal of clinical oncology 11(11):2150-2157 1997
- 10.-Radical cystectomy for erderly patients with bladder carcinoma.
Cancer 83 (1):141-147 1998.
- 11.-Advancet transitional cell carcinoma of the bladder .
clinical trial, closed 07/01 1998.
- 12.-neoadyvat cisplatin metrotrexate, and vinblastine chemotherapya for muscle invasive bladder cancer.
Lancet 354(9178):533-540 1999.
- 13.-Phase III trial of neoadyvant chemoteraphy in invasive bladder cancer treated with selective bladder preservation by combined radiation therapy and chemoteraphy.
Journal of clinical oncology 16(11):3576-3583 1998
- 14.-Phase III randomized comparison of cystectomy alone vs QT neadyvant plus cystectomy with locally avanced carcinoma of the bladder.
Clinica trial , closed, 0701 1998.

TESIS
FALLA DE CALLEN

- 15-16.-neoadyuvat cisplating metotrexate and vinblastine chemotherapy for muscle invasive bladder cancer.
Lancet 354(9178):533-540 1999.
- 17.-The impact of primary stage on survival in patients with lymph node positive bladder cancer.
Journal of urology 161(1):72-76 1999.
- 18.-chemoteraphy neoadyuvant for muscle invasive bladder cancer.
Lancet 354(9178) 533-540 1999.
- 19.Paclitaxel plus carboplatin invanced carcinoma of the urothelium
journal of clinical oncology 16(1)255-260 1998
- 20.-Principios y practica de oncología .5ta edición 1999.
Vicent de Vita.
21. Barry W. David H, Berger. M.D Anderson Oncología.2° edición, Marban, España 2000.
22. Ángel Herrera Gómez. INCAN Manual de Oncología Procedimientos Médicos-Quirúrgicos.
1° edición. McGraw-Hill Interamericana. México 2000.

