

## Tratamiento del carcinoma transicional de vejiga (T2-T3)

Dres.: BELLORA, O.; COIMBRA FERRARI, F.; MONTES DE OCA, L.; ROZANEC, J.; TRIGO, M.; GOLDFARB, A.; SPARROW, C.; SCORTICATTI, C.

(Revista Argentina de Urología, Vol. 57, Pág. 127, 1992)

### INTRODUCCION

El tratamiento ofrecido a los pacientes con tumores infiltrantes de vejiga T2-T3b, tanto con radioterapia, como con cistectomía o la combinación de ambas, ya suscitado diversas controversias, ya que en ninguno de ellos se evita la diseminación tumoral a distancia, por lo tanto, es necesario recurrir a tratamientos que puedan evitarla, tratando de eliminar las micrometástasis preexistentes.

La utilización en diversos centros urológicos de nuestro medio de planes de poliquimioterapia (M-VEC o MVAC) como adyuvancia o neoadyuvancia, con resultados diversos, no han conseguido acumular experiencias que resulten significativas desde el punto de vista estadístico por la escasa casuística.

En la comprensión de la dificultad que implicaría encarar estudios randomizados, optamos por sugerir solamente la coordinación de los planes quimioterápicos a utilizar referido a dosis y esquemas y la definición con respecto a dosis radiantes y de quimioterápicos en aquellos esquemas que los combinan (Ej.: Cisplatino + Radioterapia), permitiendo a cada centro la opción en la incorporación a cada protocolo según su propia decisión y la aceptación por parte del paciente de ser incluido en ellos.

El objetivo de esta comunicación es invitar a los colegas

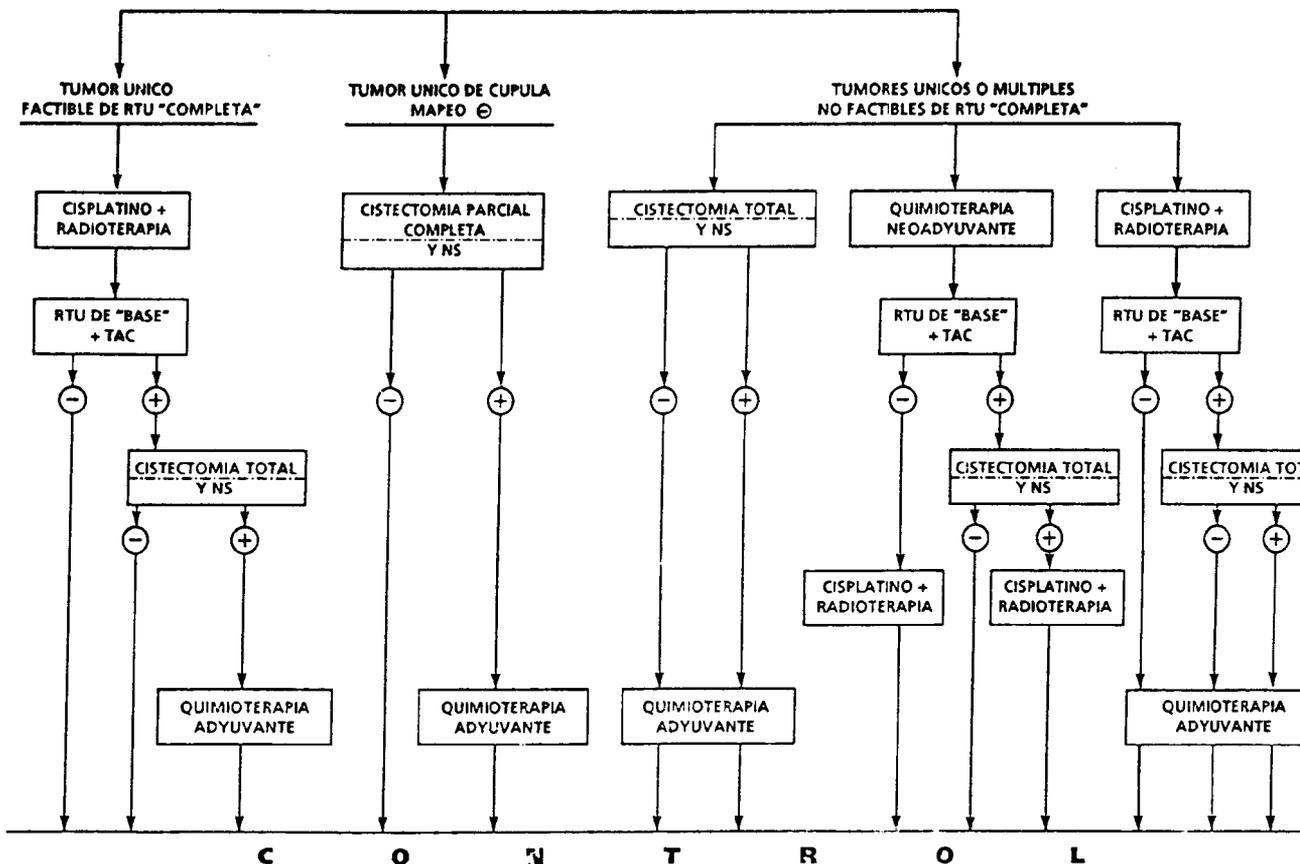
que quieran aunar experiencias, a efectuar estudios cooperativos considerando las distintas modalidades terapéuticas propuestas. Se presentan 3 posibilidades:

#### **A) Tumor T2 único factible de RTU "completa"**

Esta conducta implica la exéresis total del sector exofítico y base tumoral, que debe certificarse con el informe anatomopatológico, que evidencie la ausencia de células neoplásicas en los "bordes" y "última toma". Debe definirse como última toma aquella realizada en la zona más sospechosa, luego de una resección exhaustiva. Se complementa el tratamiento con Cisplatino y Radioterapia. Luego se reestadifica con TAC y RTU de la base de implantación y el resultado establece dos posibilidades:

- a) Si la TAC y RTU de base son negativas se hace seguimiento.
- b) Si la TAC y/o RTU de base son positivas se hace cistectomía radical (CT) con linfadenectomía ilio-obturatoria (Ns). Su resultado establece dos posibilidades:
  - Ns Negativo: Al no demostrarse metástasis ganglionares se efectúa seguimiento.
  - Ns Positivo: Si se efectúa metástasis debe realizarse quimioterapia adyuvante (QT ADY).

## CARCINOMA TRANSICIONAL DE VEJIGA T2-T3



### B) Tumor único de cúpula

En aquellos tumores ubicados en la cúpula con mapeo previo que no demuestre su multiplicidad ni asociación a CIS, es posible efectuar cistectomía parcial completa. La misma incluirá todas las capas de la pared vesical, con la prevención de certificar por congelación, ausencia de infiltración de los bordes de sección. Se complementa esta intervención con linfadenectomía ilio-obturatriz (Ns). Su resultado establece dos posibilidades:

- a) Si la linfadenectomía no demuestra metástasis (Ns negativo) se efectúa seguimiento.
- b) Si la linfadenectomía evidencia metástasis (Ns positivo) se complementa con quimioterapia adyuvante.

### C) Tumores múltiples o único no factible de RTU completa.

Proponemos tres alternativas:

- 1) Cistectomía radical + Linfadenectomía ilio-obturatriz con eventual uretrectomía total si existe invasión del cuello vesical y/o uretra posterior, complementada con quimioterapia adyuvante, ya sea en los Ns positivos como en los Ns negativos.
- 2) Quimioterapia neoadyuvante (QT. NEO ADY) a continuación se realizará la restadificación con RTU comple-

ta de la base de implantación del o los tumores preexistentes, biopsias múltiples de mucosa sana y tacto bimanual. Tras esta evaluación nos podemos encontrar con dos posibilidades:

- a) Si la TAC y RTU de base son negativas se efectuara Platino + Radioterapia 6000 rads.
- b) Si la TAC y/o RTU de base son positivas se efectuará cistectomía radical con eventual uretrectomía + linfadenectomía ilio-obturatriz. Su resultado establece dos posibilidades:
  - Ns negativo: Si no se demuestra metástasis: seguimiento.
  - Ns positivo: Si se demuestran metástasis puede realizarse Cisplatino + Radioterapia del lecho ganglionar y lumboartricos.

- 3) Cisplatino + Radioterapia 4000 rads. A continuación se realizará reestadificación con RTU de la base, se presentan dos eventualidades:

- a) Si la RTU de base es negativa se complementará con 2000 rads y luego quimioterapia adyuvante.
- b) Si la base es positiva se efectuará cistectomía radical + linfadenectomía ileo-obturatriz, completada con quimioterapia adyuvante, ya sea con ganglios positivos o ganglios negativos.