

Hipertemia Vesical, Citostáticos Intraarteriales y Embolización de la Hipogástrica, en CA de Vejiga Avanzado.*

Dres. LINARES A. C., PALACIO E.B., BAJUK, JORGE

RESUMEN: No se puede desconocer el potencial letal del Cancer de Vejiga invasor y de la extensión linfática, al segundo año de detectado. (1).

Se han intentado distintos procedimientos, diversas técnicas quirúrgicas y radiantes por separado o simultáneas; pero aún no se ha logrado mejorar el porcentaje del 40% de supervivencia a los cinco años del diagnóstico.

(Revista Argentina de Urología, Vol. 58, pág. 4, 1993)

Palabras Clave: Vejiga; Carcinoma Avanzado; Hipertermia Vesical; Citostáticos; Embolización de la Hipogástrica.

INTRODUCCION

En nuestro servicio iniciamos hace 18 meses un protocolo terapéutico inspirado en los trabajos de Bircher K.L. que utiliza Radiofrecuencia para calentar un líquido en vejiga (2,3,4,5).

El principio terapéutico de la Hipertermia se basa en aprovechar al efecto de la alta temperatura para desvitalizar las células tumorales, disminuir la oxigenación del tumor sujeto a temperatura y producir hipoxia y acidosis en las cel. neoplásicas sin afectar a las células sanas. Actuaría también como agente Radiosensitivo.

Utilizamos a la Hipertemia Vesical (HPT-V), como neoadyuvante de Citostáticos Intraarteriales (CIA) con embolización de las art. vesicales, y eventualmente Radio-terapia.

MATERIAL Y METODOS

Como carecíamos de equipo para HPT-V por Ultra-frecuencia desarrollamos un aparato de circulación extracorpórea con control electrónico de temperatura y presión, con computadora incorporada, lo que nos permitió transmitir a la pared vesical una temperatura de 44 ó 45 grados C. durante el tiempo que deseamos.

Para las embolizaciones utilizamos "spongostan" embebido en Adriblastina (50 mg) total 20 cc, que se inyectó a través de un catéter de Seldinger en la Art. Hipogástrica uni o bilateral según la localización del tumor. El mismo día de la maniobra se realizó una sesión de HPT-V, las que se continuaron a razón de dos semanales durante un mes, y luego una mensual durante seis meses.

Esquema Terapéutico: en los TU de Vejiga invasores

* Clínica del Sol Mendoza y Policlínico Ferroviario de Mendoza - Pcia. de Mendoza - Argentina

estadios T2 y T3 con o sin compromiso ganglionar y con Hematúria utilizamos la combinación de Embolización de la Art. Hipogástrica junto con la aplicación del citostático intraarterial, asociada a HPT-V., en caso de compromiso ganglionar (TAC) agregamos Terapia Radiante.

En Hematúrias importantes y persistentes utilizamos la embolización descripta sin importar el estadio.

Caso N° 1: (G.C. Historia Clínica 16666) varón de 55 años, ingresó por Hematúria intensa, dolor hipogastrio, disuria y anemia. La Hematuria no cedió con terapia convencional. Se realizó cistoscopia, biopsia del tumor vesical, urograma y TAC. Diagnóstico: CA de vejiga Transicional estadio T3b, con metástasis ganglionares. Se instituyó el tratamiento descripto, cediendo la hematuria. A los treinta días el paciente estaba recuperado de su anemia, presentaba orina clara y escasos síntomas miccionales. Se negó a realizar Terapia radiante, no así a la HPT-V. El control a los tres meses mostró ausencia de tumor exofítico. La TAC reveló engrosamiento de la pared vesical sin tumor intraluminal. A los nueve meses falleció por progresión de la enfermedad.

Caso N° 2: (L.M. Historia Clínica No. 1781) Mujer de 77 años consulta por Hematúria, disuria y anemia. Los estudios revelan Ca de Vejiga Transicional estadio T3b (B2) sin metástasis ganglionar (TAC). Se trató con HPT-V más CIA con embolización de la hipogástrica. A los tres meses asintomática el control cistoscópico no muestra lesión exofítica. Fallece a los 7 meses de un IAM.

Caso N° 3: (R.R. Historia Clínica 202151) varón de 73 años, con Ca de Vejiga Transicional invasor T3b (C) con metástasis ganglios ilíacos y aórticos (TAC). Por la hematúria profusa e incoercible se realiza embolización y CIA (a cielo abierto por la conformación vascular que impidió el paso del catéter); luego se realizaron sesiones de HPT-V. Cedió la hematúria y la disuria. Permaneció asintomático cinco meses. Se negó a realizar terapia radiante. Falleció al mes del último control luego de un acelerado deterioro del estado general por progresión de la enfermedad.

Caso N° 4: (Historia Clínica 5704) hombre de 68 años consultó por Hematúrias importantes, los últimos tres años. Se detectó un Ca de Vejiga glandular escamoso, infiltrante con adenomegalias retroperitoneales, estadio T3b (C). Se realizó el tratamiento descripto. En la actualidad cursa su tercer mes de evolución post-tratamiento, asintomático sin evidencia endoscópica de lesión vesical. Se inició terapia Radiante abdomino-pelviana.

Caso N° 5: (A.A. historia clínica 22148) varón, 67 años, con Hematúrias intensas, durante el último año. Diagnóstico: Ca de Vejiga vegetante, espinocelular, infiltrante, con compromiso de la grasa perivesical (TAC),

pero sin evidencia de agrandamiento ganglionar. Se aplicó el mismo esquema terapéutico. Es nuestro caso más reciente. Actualmente está asintomático y al control endoscópico no revela lesión.

Complicaciones: Embolia, en dos casos se produjo un reflujo de la mezcla embolizante, que provocó una trombosis pequeña en la planta del pie. Una fue cediendo lentamente en el curso de dos meses y la otra cedió a las 48 hs.

Espamos vesicales: en las primeras sesiones de HPT-V, que cedieron con Oxibutinina.

CONCLUSION

El tratamiento combinado de: embolización de la art. Hipogástrica, con una mezcla de "spongostan" embebido en Adriblastina, junto con HPT-V, produce una sinergia en la destrucción del tumor vesical.

Los resultados de este tipo de tratamiento neoadjuvante nos han permitido controlar tumores muy avanzados, mejorando la disuria en la etapa terminal de esos tumores inoperables. Asimismo logramos el control de Hematúrias profusas que ponían en riesgo la vida del enfermo. Creemos con este aporte contribuir a las terapias para mejorar el confort y la sobrevida en CA de Vejiga.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bichier, K.H. y col. "combinación de Hipertemia y Citostáticos en el tratamiento del cancer de Vejiga"; Rev. Arg. de Urología Vol. 54, pág. 41, año 1988.
- 2) Escudero Barrilero A. y col. "Carcinoma transicional infiltrante de Vejiga" actas Urológicas Españolas Vol. XV No. 5, pág 411, setiembre 1991.
- 3) Smith, P.H. "quimioterapia del Cancer invasivo de Vejiga" Rev. Arg. de Urología Vol. 54, pág. 30, año 1988.
- 4) Ueda, K.; Ikeda K. y col. "Clinical effects of Hyperthermia Treatment for recurrente Bladder Cancer" Nippon 9AN Chirxo-Bakkai-Shi; Aug. 20, pág. 24, 1989.
- 5) Ueda, K. Salagami H. Kato, F. y col. "A Combined treatment with Hyperthermia, Inmonoterapia, Radiation and sistemic Chemoterapy for invasive Bladder Carcinoma: Nippon Hinyokika-Bakkai; Setiembre 81, 1990.
- 6) Matjumura H. y col. "Intravesical Chemoterapy of Superficial Bladder tumors" Gan To Kagaku Ryoho; 1989, febrero; 16.