

Evolución y seguimiento del carcinoma transicional de vejiga TaG1-G2(*)

DRES. MONTES DE OCA, L.F., MOMMESO, A., ROZANEC J., DE LA TORRE, A., ELSNER, B., SCORTICATI, C.

RESUMEN: Se evaluaron 35 pacientes con diagnóstico de carcinoma transicional de vejiga estadio Ta, grado celular 1-2, ausencia de CIS, y menos de tres papilomas en la evaluación cistoscópica, ausencia de compromiso del tracto urinario alto y de uretra prostática. Recidivaron 7 (20%), 2 antes de los 12 meses (6%), 4 entre los 12 y 24 meses (11%), y uno luego de los 36 meses (3%). Todas las recidivas fueron Ta, G1-G2. No existió progresión ni positividad del PAP. El reconocimiento de la evolución de este grupo de pacientes disminuye la necesidad de realizar estudios frecuentes sin aumentar el riesgo de progresión de la enfermedad.

(Rev. Arg. de Urología. Vol. 59. Pag.27. Año 1994).

Palabras clave: Carcinoma Transicional de vejiga. Evolución y seguimiento.

INTRODUCCION

El carcinoma de vejiga constituye la segunda neoplasia del tracto urinario y aproximadamente el 70-80% se presentan en forma superficial (Ta-T1)(1-3).

Dentro de este grupo no todos evolucionan de la misma manera. El punto principal es evaluar los factores de riesgo que distinguen la diferente evolución de estos carcinomas. Estos factores incluyen: historia previa de carcinoma transicional superficial, multicentricidad, grado celular, presencia de carcinoma in situ (CIS), grado de profundidad y compromiso de uretra postática (4-5). Es imprescindible conocer estos datos al iniciar el tratamiento y seguimiento de esta enfermedad.

Existe un grupo de pacientes portadores de tumores superficiales no infiltrantes al corion (Ta), de bajo grado celular (G1-G2), con ausencia de CIS y menos de 3 papilomas en su evaluación inicial, cuyas probabilidades de

recurrencia y progresión son bajas, por lo que este grupo de pacientes puede ser seguido en forma más espaciada que el tradicional seguimiento trimestral durante el primer año, semestral los dos años subsiguientes y luego anualmente (Cuadro 1).

CUADRO 1

CARACTERISTICAS DE GRUPO

1. Sin historia previa de carcinoma de vejiga.
2. Ausencia de infiltración al corion.
3. Grado celular 1-2.
4. Menos de tres papilomas.
5. Ausencia de CIS.
6. Sin compromiso de uretra.
7. Tracto urinario superior normal.

MATERIAL Y METODOS

Se evaluaron 35 pacientes con diagnóstico histológico de carcinoma transicional de vejiga sin infiltración al corion,

(*) Servicio de Urología y Departamento de Patología, Hospital de Clínicas José de San Martín. Buenos Aires - Argentina.

grado celular 1-2, ausencia de CIS y menos de tres papilomas en la evaluación cistoscópica (Ta,G1-G2). Ningún paciente presentaba compromiso del árbol urinario superior ni de uretra prostática. La evaluación preoperatoria incluyó PAP miccional seriado y por lavado, uretrofibrocistoscopia, ecografía renal y/o urograma excretor. Luego de la resección endoscópica completa se los controló con PAP y cistoscopia trimestralmente durante el primer año, semestralmente durante los dos años siguientes y luego en forma anual.

RESULTADOS

De los 35 pacientes controlados con seguimiento de 12 a 64 meses recidivaron 7 (20%), de los cuales 2 recidivaron antes de los 12 meses (6%), 4 (11%) entre los 12 y 24 meses y uno sólo (3%) recidivó dentro de los 36 meses. Todas las recidivas se presentaron como carcinoma transicional Ta, G1-G2, es decir no existió progresión ni aumento de la celularidad. Tampoco existió compromiso del árbol urinario superior ni positividad del PAP. (Cuadro 2). Once pacientes tienen seguimiento de 36 a 64 meses sin presentar recidiva.

CUADRO 2

Seguimiento:	12-64m	12m	12-24m	24-36 m	36-64m
Libre de enfermedad:	28(80%)	33(94%)	29(80%)	28(80%)	28(80%)
Recidivas:	7(20%)	2(6%)	4(11%)	1(3%)	0
Total de pacientes:	35(100%)	35	35	35	11(31%)

DISCUSION

Se considera en general que el índice de recidiva y progresión del carcinoma superficial de vejiga dependerá de los factores de riesgo evaluados en el momento de presentación de la enfermedad ya que no todos los tumores se comportan de la misma manera. Los pacientes con tumores Ta,G1 tienen bajo riesgo de recidiva con progresión (4%) mientras que aquellos que se presentan con infiltración de corion tienen un riesgo de recidiva con progresión del 30% (6). Estos riesgos aumentan cuando se asocian con CIS o severa displasia (7). La recurrencia durante el primer año de seguimiento entre tumores grado 1 y 2 no muestra diferencias significativas (6). Fitzpatrick demuestra que aquellos carcinomas estadios Ta grado 1-2 que no desarrollan otro tumor en un periodo de tres meses tienen un 80% de probabilidades de no presentar otra formación tumoral, mientras que aquellos que si lo hacen en ese mismo periodo tienen un 70% de desarrollar un tumor adicional (8). La evaluación del seguimiento de los 35 pacientes evaluados en este reporte demuestra que el carcinoma transicional no infiltrante al

corion, grado celular bajo, menos de tres papilomas en la evaluación inicial y ausencia de CIS, constituye un tumor de bajo grado de malignidad, con un índice de recidiva a los tres años del 20%, siendo la recidiva durante el primer año baja (6%). No existió progresión ni aumento de la celularidad ya que todas las recidivas fueron del mismo tipo histológico. Esto demuestra que los tumores con estas características pueden ser controlados en forma más espaciada. El primer control cistoscópico debe ser realizado al tercer mes del postoperatorio para tener la seguridad que la resección ha sido completa. El segundo control puede realizarse al noveno mes (primer año postoperatorio) y luego anualmente, pudiendo espaciarse los controles a medida que los mismos fueran normales. Todos los pacientes deben ser seguidos con PAP por la rara eventualidad de una recidiva de alto grado celular. A pesar de realizar controles más espaciados, retrasar el diagnóstico de la recidiva, no altera el pronóstico de la enfermedad ya que todas las recidivas fueron siempre Ta, G1-G2.

CONCLUSIONES

El reconocimiento de la evolución de este grupo de pacientes disminuye la necesidad de realizar estudios frecuentes sin aumentar el riesgo de progresión de la enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

1. Cutler, S., Heney, N. M., Friedel, N. M.: Longitudinal study of patients with bladder cancer. In Bonney, W. W., and Prout, AUA Monograph Bladder cancer, Baltimore, Williams & Williams Co 1982.
2. Lerman, R. I., Hulter, R., Whitmore, W.: Papiloma of the urinary bladder cancer. *Cancer* 25, 333-334, 1970.
3. Lutze, W., Rublen, H., Daham, H.: Prognostic parameters in superficial bladder cancer. *J. Urol.* 127, 250-252, 1982.
4. Dalesio, O., Selhulman, C.C., Sylvesteer, R., De Pauw, M., Robinson, M., Denis, L., Smith, P., Viggiano, G.: Prognostic factors in superficial bladder tumors. A study of the European Organization for Research on Treatment of Cancer Genitourinary Tract Cancer Cooperative Group. *J. Urol.*, 129:730, 1983.
5. Parmar, M. K. B., Freedman, L.S., Hargreave, T. B., Tolley 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. *J. Urol.*, 142: 284, 1989.
6. Heney, N., Ahmed, S., Flanagan, M.: Superficial bladder cancer: Progression and recurrence. *J. Urol.* 130:1083, 1983.
7. Althausen, A.F., Prout, G. R., Dally J. J.: Non-invasive papillary carcinoma of the bladder associated with carcinoma in situ. *J. Urol.* 116:575, 1976.
8. Fitzpatrick, J. M., West A.B., Butler, M. R.: The importance of recurrence pattern following initial resection. *J. Urol.* 135:920, 1986.