

Valoración tomográfica y patológica del "T" y el "N" en las neoplasias infiltrantes de vejiga

DRES: MOMESSO, A.; SCORTICATI, C. (h); BERNARDO, N.; LOPEZ, M.; BELLORA, O; MONTES DE OCA, L.; ROZANEE, J. (*)

RESUMEN: Se comprobó la estadificación clínica y anatomopatológica de 32 pacientes con neoplasias infiltrantes de vejiga, utilizando el sistema TNM de la U. I. C. C..

Para la estadificación clínica se utilizaron el urograma excretor, cistoscopia bajo anestesia, palpación bimanual y biopsia. Una vez confirmado el diagnóstico se realizó una tomografía axial computada de abdomen y pelvis.

Para el análisis estadístico se utilizaron la prueba de X^2 y el test exacto de Fisher ($\alpha = 0,05$). Se halló correlación estadísticamente significativa para el estudio T3 y T4.

Con respecto al N sólo se halló correlación estadísticamente significativa para el N3.

Concluimos que los valores hallados coinciden con aquellos publicados en la literatura mundial, destacando la dificultad observada en la estadificación de aquellas neoplasias infiltrantes de bajo estadio en relación con la elevada coincidencia observada para las neoplasias más avanzadas.

(*Rev. Arg. de Urología. Vol. 59 Pag. 36, Año 1994*)s

Palabras clave: Vejiga- Tumor infiltrante de vejiga-Tomografía computada-Estadificación.

INTRODUCCION

La estadificación clínica del carcinoma de vejiga es crucial para el pronóstico de la enfermedad y para decidir una conducta terapéutica. Usualmente la estadificación clínica se realiza con el urograma excretor, cistoscopia bajo anestesia, biopsia y palpación bimanual y una vez confirmado el diagnóstico se realiza una tomografía axial computada (T. A. C.) de abdomen y de pelvis para apreciar el grado de extensión del tumor y para detectar la presencia

o no de metástasis ganglionares y/o viscerales.

La experiencia muestra dificultades en la estadificación para ciertos estadios, especialmente entre los T2 T3a con respecto a los estadios más avanzados (T3b y T4)^(2,4,5,7-9)

El objetivo de este trabajo es valorar estadísticamente la coincidencia entre hallazgos tomográficos y anatomopatológicos del T y del N en los pacientes con tumores infiltrantes de vejiga, de ambos sexos cuyas edades oscilan entre 37 y 78 años.

MATERIAL Y METODOS

Durante el período comprendido entre Junio de 1988 y Junio de 1993 fueron evaluados, en forma retrospectiva, 54 pacientes con carcinoma infiltrante de vejiga del

(*) Médicos del Servicio de Urología. Hospital de Clínicas "José de San Martín." Buenos Aires. Argentina

Servicio de Urología del Hospital de Clínicas "José de San Martín", Sección Oncología.

A todos los pacientes se les realizó urograma excretor, cistoscopia bajo anestesia, biopsia y palpación bimanual. Una vez confirmado el diagnóstico se les realizó tomografía axial computada con tomógrafo de 3º generación con contraste oral y endovenoso, realizando cortes tomográficos de 1 cm de espesor en abdomen y pelvis.

Fueron sometidos en el estudio aquellos pacientes que fueron sometidos a tratamientos quirúrgico como terapia inicial (n= 32). Fueron excluidos aquellos pacientes a los que no se realizó tratamiento quirúrgico como terapia inicial y aquellos en que el tiempo entre la tomografía y la cirugía fue superior a 30 días (n= 32).

Los pacientes fueron estadificados según el sistema TNM de la UICC⁽¹⁾.

CLASIFICACION TNM DE LA UICC

T - TUMOR PRIMARIO

TX Tumor primario no puede ser evaluado

TO Sin evidencia de tumor primario

Tis Carcinoma in situ: "tumor plano"

Ta Carcinoma papilar no invasivo

T1 Tumor invade tejido conectivo subepitelial

T2 Tumor invade músculo superficial (mitad interna)

T3 Tumor invade músculo profundo o grasa perivesical

T3a Tumor invade músculo profundo (mitad externa)

T3b Tumor invade grasa perivesical

T4 Tumor invade cualquiera de lo siguiente: próstata, útero, vagina, pared pélvica, pared abdominal

N - GANGLIOS LINFATICOS REGIONALES

NX Ganglios linfáticos regionales no pueden ser evaluados

NO Sin metástasis en ganglios linfáticos regionales

N Metástasis en un ganglio linfático único de 2 cm o menos en su dimensión mayor

N2 Metástasis en un ganglio linfático único de más de 2 cm pero no más de 5 cm en su mayor dimensión, o múltiples ganglios linfáticos, ninguno de más de 5 cm en su mayor dimensión

NT Metástasis en un ganglio linfático de más de 5 cm en su mayor dimensión

M - METASTASIS A DISTANCIA

M0 Ausencia de metástasis

M1 Metástasis a distancia

Los criterios para la estadificación del "T" por tomografía fueron: **T2**: tumor confinado a la vejiga, con bordes bien definidos, sin engrosamiento de la pared vesical con preservación de los planos grasos perivesicales. **T3a**: tumor confinado a la vejiga, con bordes bien definidos, engrosamiento del espesor parietal con preservación de los planos grasos perivesicales. **T3b**: tumor que compro-

mete la totalidad del espesor parietal, con borramiento de los planos grasos perivesicales. **T4**: tumor que invade órganos vecinos.

Los criterios para la estadificación del "N"; ganglio único de 2 a 5 cm o ganglios mayores de 2 cm bilaterales, **N3**: ganglios mayores de 5 cm uni o bilaterales⁽²⁾.

Todas las tomografías fueron revisadas por un médico del servicio (O. B.) y todas las anatomías patológicas fueron revisadas por la misma patóloga (L. C.).

De los 54 pacientes evaluados solamente 32 cumplieron con los criterios de inclusión de los cuales 26 eran del sexo masculino y 6 del sexo femenino. Las edades oscilaron entre 37 y 78 años con una media de 63 años

	N y A	Edad	TN	pTN	A.P.
1	R.M.	78	T3aNO	T4NO	Ca. Trans.G ^o III
2	O.G.	69	T2NO	T1NO	Ca. Trans.G ^o II
3	G.A.	55	T3aNO	T3aNO	Ca. Trans.G ^o III
4	N.J.	67	T3aNO	T3aNO	Ca. Trans.G ^o III
5	G.O.	65	T2NO	T3bN1	Ca. Trans.G ^o IV
6	T.O.	68	T3aNA	T4N1	Ca. Trans.G ^o III
7	S.A.	76	T3bNO	T3bNO	Ca. Trans.G ^o IV
8	C.J.	47	T3aNO	T4N3	Ca. Trans.G ^o IV
9	B.J.	53	T2NO	T3aNO	Ca. Trans.G ^o IV
10	B.L.	71	T2NO	T3aNO	Ca. Trans.G ^o II
11	V.A.	59	T4N3	T4N3	Ca. Trans.G ^o IV
12	Z.M.	63	T3bNO	T3aN1	Ca. Trans.G ^o III
13	F.O.	70	T3bNO	T2NO	Ca. Epidermoide
14	T.R.	47	T3aNO	T3aN3	Ca. Trans.G ^o II
15	S.A.	61	T3bNO	T3bNO	Ca. Trans.G ^o III
16	A.E.	68	T3aNO	T3aNO	Ca. Trans.G ^o III
17	P.C.	62	T2NO	T3aN2	Ca. Trans.G ^o IV
18	S.L.	64	T3bNO	T3bN1	Ca. Trans.G ^o III
19	B.A.	58	T4NO	T4N3	Ca. Trans.G ^o III
20	P.M.	63	T3bNO	T3bNO	Ca. Trans.G ^o III
21	L.J.	59	T3bNO	T3bNO	Ca. Trans.G ^o III
22	M.N.	64	T4N3	T4N3	Ca. Trans.G ^o IV
23	M.J.	55	T2NO	T3aNO	Ca. Trans.G ^o III
24	C.M.	75	T3bNO	T2NO	Ca. Trans.G ^o II
25	V.E.	74	T3aNO	T3bNO	Ca. Trans.G ^o III
26	A.O.	37	T4N3	T3bN3	Ca. Trans.G ^o IV
27	K.J.	56	T3aN1	T3bNO	Adenocarcinoma
28	V.R.	71	T3aNO	T4NO	Ca. Trans.G ^o IV
29	Z.O.	66	T3aNO	T3aNO	Ca. Trans.G ^o III
30	M.A.	69	T3bNO	T3aNO	Ca. Trans.G ^o III
31	P.M.	66	T3aNO	T4NO	Adenocarcinoma
32	GA	10	T3aNO	T3aN3	Ca. Trans.G ^o IV

Tres pacientes fueron sometidos a laparotomía exploratoria, biopsia y derivación urinaria, 24 pacientes a cistoprostatectomía radical y derivación urinaria, 3 pacientes a cistectomía radical y anexohistrectomía y a 2 pacientes a cistectomía parcial y linfadenectomía ilioburatríz por negarse a una cirugía radical.

Para el análisis estadístico fueron utilizadas las pruebas de χ^2 calculando con el programa Stdistix y el Test exacto de Fisher calculado con el programa Epistat. ($\alpha= 0,05$).

RESULTADOS

En el período comprendido entre Junio de 1988 y Junio de 1993 se evaluaron en el Servicio de Urología del Hospital de Clínicas José de San Martín 54 pacientes con tumores infiltrantes de vejiga, 32 de los cuales cumplieron con los criterios de inclusión, es decir, aquellos pacientes que fueron tratados inicialmente con cirugía fue menor de 30 días. de los 32 pacientes estudiados 6 fueron estadificados como T2 por tomografía siendo su estadificación patológica T1 en 1 caso, T3a en 4 casos y T3b en 1 caso. (p= NS). Trece pacientes fueron estadificados tomográficamente como T3a siendo su estadificación patológica coincidente en 6 casos, T3b en 2 casos y T4 en 5 casos. (p=NS). De los 9 pacientes estadificados tomográficamente como T3b, 5 pacientes coincidieron con la estadificación patológica, T2 en 2 casos y T3a en 2 casos (p= 0,045). Los 4 pacientes estadificados tomográficamente como T4. 3 pacientes coincidieron en la estadificación patológica y 1 paciente fue estadificado como T3b. (p= 0,039)

T	pT	p (α: 0,05)
T2 n=6	T1: 1 pac. T3a: 4 pac. T3b: 2 pac.	Nc
T3a n=13	T3a: 6 pac. T3b: 2 pac. T4: 5 pac.	NS
T3b n=9	T2: 2 pac. T3a: 2 pac. T3b: 5 pac.	0,045414
T4 n=4	T3b: 1 pac. T4: 3 pac.	0,0393

Con respecto a la valoración del N. 26 pacientes fueron estadificados tomográficamente como N0 siendo su estadificación anatomopatológica N0 en 19 pacientes, N1 en 5 pacientes, N2 en 1 paciente y N3 en 1 paciente (p= NS); 2 pacientes fueron estadificados tomográficamente como N1, siendo la estadificación anatomopatológica N0 en los 2 pacientes (p= NS); 1 paciente fue estadificado tomográficamente como N2, siendo su estadificación anatomopatológica N3 (p= NS- y 3 pacientes fueron estadificados tomográficamente como N3 siendo su

estadificación anatomopatológica como N3 en los 3 pacientes (p= 0,0070).

N	pN	p (α: 0,05)
NO n=26	NO: 19pac. N1: 5 pac. N2: 1 pac. N3: 1 pac.	NS
N1 n=2	NO: 2 pac.	NS
N2 n=1	N3: 1 pac.	NS
N3 n=3	N3: 3 pac.	0,007056

DISCUSION

La cirugía radical de vejiga, es uno de los tratamientos adecuados para los tumores infiltrantes de vejiga⁽³⁾. Esta operación en el hombre (cistoprostatectomía radical) incluye la extirpación de la vejiga, vesículas seminales, próstata, uréteres terminales con grasa perivesical en bloque además de la linfadenectomía iliobuturtriz. En la mujer se realiza cistectomía con anexohisterectomía y linfadenectomía iliobuturtriz. Estos procedimientos están contraindicados cuando existe compromiso de la pared pelviana, o de los linfáticos por encima de la bifurcación aórtica.

Las metástasis ganglionares pelvianas son contraindicaciones relativas para realizar una cistectomía o cistoprostatectomía radical⁽⁴⁾.

Los tumores infiltrantes a músculo superficial (T2) tienen pronóstico más favorable que los infiltrantes al músculo profundo (T3a) o mayores (T3b, T4)⁽⁴⁾.

La correlación de la estadificación patológica con los resultados de la estadificación clínica por T. A. C. es buena hallando una subestadificación global del 16 %⁽⁹⁾. La causa más frecuente de error ha sido la incapacidad de la T. A. C. para detectar la extensión microscópica del tumor en la pared vesical⁽⁹⁾.

Los reportes más recientes acerca de la evaluación de los ganglios pelvianos por T. A. C. muestran una superioridad del 50 % al correlacionarlos con los hallazgos histológicos⁽⁵⁾. Esta limitación se relaciona con la dificultad

que presentan aquellos ganglios de tamaño normal con invasión microscópica.

CONCLUSIONES

La T. A. C. es un método tradicional efectivo en la estadificación de los tumores infiltrantes de vejiga. El análisis estadístico de los datos que arroja la presentación de este trabajo demuestra que la coincidencia en los hallazgos se incrementa para el "T" en aquellas neoplasias de mayor estadio (T3b-T4) ⁽⁶⁾.

En contrapartida a la dificultad hallada para los tumores de menor estadio (t2-T3a) coincide con los reportes de la literatura mundial y expresa la dificultad para definir tomográficamente la infiltración de la capa muscular de mayor o menor profundidad. Con respecto a la estadificación del "N" por tomografía, se observa una utilidad creciente y directamente proporcional al incremento del estadiio. Esto pone de manifiesto la dificultad en definir la invasión microscópica ganglionar sin modificar su forma y tamaño.

BIBLIOGRAFIA

1. TNM, Clasificación de los tumores malignos, 4ta. edición, pág. 132-135, Springer Verlag, Ginebra, 1987.

2. Lee, J., Sagel, S., Stanley, R.. Computed body tomography with MRI correlation. Pag. 858-860, second edition, 1983.
3. Olsson, C. A., de Vere White, R. W. Cancer of the bladder. In: Javadapour N, ed. Principles and management of urologic cancer. Baltimore: Willams & Wilkins, 1979: 337-376/
4. Campbell's Urology, sixth edition, vpl. 2, pag. 1094-1133, 1992.
5. Lee, J. K. T., Stanley, R. J., Sagel S. S., et al: Accxuracy of C. T., in detecting intaabdnominal and pelvic lymph node metastases from pelvic cancers. AJR 131: 157-166, Oct. 1980.
6. Cummings, K. B., Shipley, W. U., Ernstein, A. B., Cutle, S. J. Current concepts in the management of patiens with deeply invasive blader carcinoma. Semin. Oncol. 1979, 6: 220-228.
7. Sager, F. M. et al. The role of C. T. in demostrating perivesical tumor growth in the preoperative staging of carcinoma of the urinary bladder. Radiology 146: 443-446, 1983.
8. Scorticati, C. H., Csabe, A. R., Bellora, O. G., y col. Pautas oncológicas del Instituto de Oncología "Angel H. Roffo", Editorial Tiempo de Comunicación, Buenos Aires, 1987.
9. Morgan Ckm Calkins, R. F., Cavalcanti, E. J. Computed tomography in the evaluyacio, staging and therapy of carcinoma of the bladder and prostate. Radiology, 140: 751-761, 1981.