

Carcinoma epidermoide puro de vejiga no biliarziásico.

Tratamiento quirúrgico

Pure Epidermoid Carcinoma non-bilharzial urinary bladder.

Surgical treatment

Dres. Tejerizo J. C.;

Liyo J. C.;

García Marchiñena P. A.;

González M. I.;

Favre G.;

García Freire F. J.;

Damia O. H.

Objetivo: Evaluar la evolución oncológica de los pacientes con carcinoma epidermoide puro de vejiga no biliarziásico luego de la cistectomía radical, y analizar al estadio tumoral y compromiso ganglionar como factores pronósticos.

Material y Métodos: En el Hospital Italiano de Buenos Aires entre enero de 1999 y diciembre de 2007 se realizaron 213 cistectomías radicales (CR) con linfadenectomía bilateral por patología oncológica. En 195 pacientes (91,6 %) se halló en la pieza quirúrgica carcinoma transicional, en 16 (7,5 %) carcinomas epidermoides y en 2 (0,9 %) adenocarcinomas.

Se incluyeron sólo aquellos pacientes que presentaban carcinoma infiltrante de vejiga y carcinoma epidermoide puro en el estudio anatomopatológico.

De los 16 pacientes incluidos, 4 inicialmente se negaron al tratamiento quirúrgico radical, recibiendo 3 de ellos radioterapia pelviana, y el restante un esquema bimodal. En 3 pacientes, debido a enfermedad clínicamente avanzada, se realizó quimioterapia neoadyuvante.

Se estableció la sobrevida global, la sobrevida libre de enfermedad y la sobrevida específica del cáncer. La probabilidad de eventos en el tiempo fue estimada por el método de *Kaplan Meier*.

Resultados: La edad promedio fue de 64,8 años (49 – 83), siendo más frecuente en hombres que mujeres (H: 13/ M: 3). El 68,75 % de los pacientes presentaban enfermedad extravesical al momento de la cirugía, 7 pT3 y 4 pT4. Sólo en 5 pacientes se confirmó enfermedad órgano confinado, 3 pT2a y 2 pT2b. En 8 pacientes (50%) había compromiso ganglionar, 1 era pT2, 4 pT3 y 3 pT4.

Con un tiempo de seguimiento promedio de 22,12 meses (6 días – 68 meses), 7 pacientes (43,75%) permanecían vivos al finalizar el estudio, de los cuales 5 no manifiestan evidencia de enfermedad. Los 2 restantes presentaron progresión de la enfermedad con recurrencia local a los 48 y 62 meses de seguimiento.

De los 9 pacientes fallecidos (56,25%), 8 fueron por progresión de la enfermedad y uno por causa no relacionada con el cáncer, todos dentro de los 18 meses de seguimiento. En 4 casos la recurrencia fue local, 1 por metástasis a distancia y en 3 pacientes por ambas.

Todos aquellos con compromiso ganglionar fallecieron dentro de los 17 meses del postoperatorio por progresión de la enfermedad, independientemente del estadio tumoral.

La sobrevida global, la específica de enfermedad y la libre de enfermedad a los 5 años luego de la cirugía fueron del 41%; 50,3% y 24%, respectivamente. Se observó una sobrevida significativamente mayor ($p = 0,0004$) en los pacientes sin compromiso ganglionar comparados con aquellos de ganglios positivos. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las sobrevidas globales de los diferentes estadios patológicos. La mayor diferencia se encontró entre pT2 y pT4 ($p: 0,05$).

Conclusión: La cirugía sigue siendo el tratamiento de elección en aquellos pacientes con tumores de vejiga estadios T2.

La sobrevida global, la específica de enfermedad y la libre de enfermedad a los 5 años luego de la cirugía fueron del 41%; 50,3% y 24%, respectivamente.

El principal factor pronóstico de la sobrevida a largo plazo fue el compromiso ganglionar.

PALABRAS CLAVE: Cistectomía radical; Cáncer de vejiga; Carcinoma epidermoide.

Objetivo: To evaluate the oncologic outcome in patients with pure epidermoid carcinoma nonbilharzial after radical cystectomy and analyze the tumor stage and nodes involment as prognostic factors.

Material and Methods: At the Hospital Italiano of Buenos Aires, between January 1999 and December 2007, 213 radical cystectomies with bilateral lymphadenectomy were performed because of oncological pathology. In 195 patients (91,6%) transitional carcinoma was found in the surgical piece, epidermoid carcinoma in 16 (7,5%) and adenocarcinoma in 2 patients (0,9%).

Only those patients with infiltrative bladder carcinoma and pure epidermoid carcinoma were included in the anatomopathological study.

Of the 16 included patients, 4 initially denied the radical surgical treatment, 3 of them receiving pelvic radiotherapy and the other bimodal treatment. In 3 patients, due to clinically advanced disease neoadjuvant chemotherapy was performed.

Overall, disease-free and cancer-specific survival were established. Event probability through time was estimated with Kaplan Meier method.

Results: The average age was 64,8 years (49-83), being more frequent in men than women (13/3). At the moment of the surgery 68,75% of the patients presented extravesical disease, 7 pT3 and 4 pT4. Only in 5 patients organ confined disease was confirmed, 3pT2a and 2 pT2b. In 8 patients there was nodes involvement, 1 pT2, 4 pT3 and 3 pT4.

With an average follow up of 22, 12 months (6 days – 68 months), 7 patients (43,75%) were still alive at the end of the study, 5 of those without evidence of disease. The remaining 2, had disease progression with local recurrence at the 48 and 62 months of follow up.

Of the 9 died patients (56,25%), 8 cases were because of disease progression: 4 with local recurrence, 1 with metastases disease and 3 cases with both. The remaining dead patient was due to a cause not related to cancer.

Those patients with positive lymph nodes died within 17 months after surgery due to disease progression, independent of the tumor stage.

Overall, cancer-specific and disease-free survival after 5 years of surgery were 41%; 50,3% and 24%, respectively.

The global survival was significantly higher ($p: 0,0004$) in patients without positive lymph nodes. No statistically significant differences were found between overall survivals of the different pathological stages. The higher difference was between pT2 and pT4 ($p: 0,05$).

Conclusion: The surgery is the gold standard treatment for patients with organ confined bladder tumors. Overall, cancer-specific and disease-free survival after 5 years of surgery were 41%; 50,3% and 24%, respectively. The main prognostic factor for long term survival was nodal involvement.

KEYS WORDS: Radical cystectomy; Bladder cancer; Epidermoid carcinoma.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de vejiga es el segundo en frecuencia dentro de los genitourinarios luego del cáncer de próstata. De todas las variedades histológicas, el subtipo más frecuente es el carcinoma de células transicionales (CCT), que compromete cerca del 95 % de los casos en los países occidentales. El porcentaje restante lo conforman los carcinomas no transicionales (CNT), entre los que se encuentra el carcinoma escamoso o epidermoide (CE) con el 3 al 4 % y el adenocarcinoma con menos del 2%. Otros menos frecuentes son el carcinoma de células pequeñas, el sarcoma, el linfoma, el coriocarcinoma y el paraganglioma.¹⁻³

El CE puro debe ser distinguido del CCT con diferenciación escamosa, que se encuentra presente en el 10 al 22% de las piezas de cistectomías, ya que el comportamiento biológico es diferente.³ Algunos autores proponen a esta diferenciación escamosa como un factor pronóstico independiente en la sobrevida específica.⁴

El CE está asociado con la irritación crónica de la vejiga, ya sea por infecciones urinarias recurrentes, litiasis, el uso prolongado de catéteres, la exposición a ciclosporina o la infección por *Squitosoma haematobium*. En países del medio oriente y Egipto, donde esta parasitosis es endémica, el CE no sólo representa el tipo histológico más frecuente de los tumores de vejiga, sino también es el más prevalente de los tumores en hombres.^{2,3}

A diferencia del CE bilarziásico, el no bilarziásico se presenta en edades más avanzadas y por lo general más indiferenciado e invasor de la capa muscular propia al momento del diagnóstico. Sólo el 10 % desarrollan metástasis a distancia, pero con una alta recurrencia locoregional.⁵

Como en el resto de los subtipos histológicos, la cistectomía radical es el tratamiento estándar de los tumores epidermoides infiltrantes de la capa muscular.

Los factores pronósticos reconocidos luego de la cistectomía incluyen el estadio patológico, el compromiso ganglionar y la invasión linfovascular.^{6,7} Sin embargo, la influencia del subtipo histológico en la sobrevida luego de la cistectomía aún no está bien definida debido a la rareza de la patología en los países occidentales.

El objetivo de este trabajo es evaluar la sobrevida global, específica y libre de enfermedad, como así también estadio tumoral y compromiso ganglionar como factores pronósticos, luego de la cistectomía radical en pacientes con CE puro de vejiga.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el Hospital Italiano de Buenos Aires entre enero de 1999 y diciembre de 2007 se realizaron en 213 pacientes cistectomía radical (CR) y linfadenectomía bilateral por carcinoma infiltrante de vejiga, carcinoma de alto grado y/o carcinoma *in situ*.

Los datos fueron obtenidos de la revisión de las historias clínicas, confeccionando un estudio retrospectivo y analítico.

A todos los pacientes se les realizó previamente una resección transuretral de vejiga (RTU-V) para diagnóstico histológico y estadificación, ya sea en nuestra institución u otra. Tanto en las biopsias como la revisión de tacos las evaluaciones histológicas fueron realizadas por los mismos especialistas del Servicio de Patología del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Se completaron los estudios de extensión con laboratorio, tomografía computada abdominopelviana, torácica y centellograma óseo. Ningún paciente presentaba clínicamente enfermedad metastásica al momento de la CR.

De los 213 pacientes evaluados, 195 (91,6 %) presentaban carcinoma transicional, 16 (7,5 %) carcinoma epidermoide y 2 (0,9 %) adenocarcinoma.

Se incluyeron sólo aquellos pacientes a quienes se les realizó una cistectomía radical con linfadenectomía bilateral por carcinoma infiltrante de vejiga y que presentaron carcinoma epidermoide puro en el estudio anatomopatológico.

El motivo de consulta fue por hematuria en 13 pacientes, en 2 por insuficiencia renal aguda por invasión trigonal y un paciente consultó por síntomas irritativos.

De los 16 pacientes diagnosticados con carcinomas epidermoides infiltrantes, cuatro inicialmente se negaron al tratamiento quirúrgico radical, recibiendo 3 de ellos radioterapia pelviana, y el restante un esquema bimodal.

Del total, 3 pacientes (18,75 %) realizaron neoadyuvancia debido a enfermedad clínicamente avanzada.

Dentro de los factores de riesgos, el tabaquismo fue el más frecuente y estuvo presente en 13 pacientes (81,25 %). Sólo dos pacientes presentaban infecciones urinarias a repetición y uno se encontraba con catéter vesical a permanencia. Una asociación importante observamos entre nuestros pacientes y la diabetes, presente en el 50 % de los mismos. No se reportaron antecedentes de bilarziasis.

El equipo quirúrgico actuante fue el mismo en todos los casos. La CR en los hombres consistió en la resección de la vejiga y próstata, y en las mujeres una exenteración pelviana anterior. La linfadenectomía siempre

abarcó los ganglios íleo-obturatrices, ilíacos externos e ilíacos primitivos, y si la congelación confirmaba la presencia de metástasis ganglionar se extendió la resección hasta los ganglios látero-aórticos.

En todos los casos se envió muestras de uretra proximal y del uréter cuando éste desembocaba cerca del tumor.

La elección de la derivación urinaria se basó de acuerdo con el estado general del paciente, estadio de la enfermedad y compromiso uretral.

Los sistemas de clasificación TNM⁷ y de la Organización Mundial de la Salud⁸ fueron los utilizados para establecer el estadio y grado histopatológico, respectivamente.

El seguimiento postoperatorio consistió en examen físico, laboratorio y estudios por imágenes (radiografía de tórax, ecografía abdominal, tomografía computada o resonancia nuclear magnética). Los mismos se realizaron cada 3 meses durante el primer año, semestralmente los siguientes dos años y posteriormente entre 6-8 meses.

El período libre de enfermedad fue calculado desde la fecha de la cirugía hasta el día de la primera recurrencia y/o metástasis clínica documentada o hasta el último control si la enfermedad no reapareció. La sobrevida específica de cáncer fue estimada desde la cirugía hasta la fecha del último seguimiento o fallecimiento por la enfermedad.

Se consideró como recurrencia local y metástasis a distancia a la aparición de enfermedad en la pelvis y fuera de ésta, respectivamente.

Se estableció la sobrevida global, la sobrevida libre de enfermedad y la sobrevida específica del cáncer. La probabilidad de eventos en el tiempo fue estimada por el método de *Kaplan Meier*.

RESULTADOS

De los 16 pacientes evaluados, la edad promedio fue de 64,8 años (49 – 83), siendo más frecuente en hombres que mujeres (H: 13/ M: 3).

El resultado anatomopatológico mostró que el 68,75 % de los pacientes presentaban enfermedad extravesical al momento de la cirugía, 7 pT3 y 4 pT4. Sólo en 5 pacientes se confirmó enfermedad órgano confinado, 3 pT2a y 2 pT2b (ver Tabla 1). En 8 pacientes había compromiso ganglionar, 1 era pT2, 4 pT3 y 3 pT4.

En 6 pacientes se realizó una derivación urinaria continente ortotópica (neovejiga ileal padovana) y en los 10 restantes un conducto ileal tipo *Bricker*.

El tiempo de seguimiento promedio fue de 22,12 meses (6 días – 68 meses). Al finalizar el estudio, 7 pa-

cientes (43,75%) permanecían vivos, de los cuales 5 no presentan evidencia de enfermedad (ver características en Tabla 2). Los otros 2 presentan progresión de la enfermedad con recurrencia local a los 48 y 62 meses de seguimiento (Tabla 3), encontrándose actualmente en tratamiento bimodal.

De los 9 pacientes fallecidos (56,25%), 8 fueron por progresión de la enfermedad y uno por causa no relacionada (tromboembolismo pulmonar a los 6 días del postoperatorio), todos dentro del año y medio de seguimiento.

En 4 casos la recurrencia fue local, 1 por metástasis a distancia y en 3 pacientes por ambas.

Se destaca que todos los pacientes fallecidos presentaron ganglios con atipias intraoperatorias (N1), excepto uno con estadio pT3.

El estadio, tratamientos complementarios y seguimiento se muestran en Tabla 4.

En los tres pacientes que recibieron neoadyuvancia no se observaron cambios clínicamente significativos posteriores a la misma y la cirugía se indicó de manera paliativa. Los resultados anatomopatológicos de estos

Estadio	T2	T3	T4
Clínico	12	3	1
Anatomopatológico	5	7	4

Tabla 1. Estadios pre y postoperatorios.

Estadio (nº de pacientes)	pT2 (4)	pT3 (2)	pT4 (1)
Compromiso ganglionar	0	0	0
Neoadyuvancia	No	No	Si
Adyuvancia	No	Si	Si
Seguimiento (rango)	62-68	17-48	6

Tabla 2. Pacientes vivos.

TNM	Tratamiento previo	T libre de enfermedad
T2N0M0	No	62 meses
T3N0M0	Radioterapia	48 meses

Tabla 3. Pacientes vivos con recurrencia de enfermedad.

pacientes mostraron un estadio avanzado y comprometido ganglionar en el 100% de los casos. Todos fallecieron dentro del año de seguimiento.

Los 3 pacientes que recibieron radioterapia como tratamiento curativo inicial presentaron un estadio patológico localmente avanzado (pT3). Uno de ellos con compromiso ganglionar, quien falleció a los 14 meses de seguimiento. Los otros dos pacientes se encuentran vivos, uno de ellos presentó una recidiva local y el restante libre de enfermedad a los 48 y 30 meses respectivamente.

Estadio (n° de pacientes)	pT2 (1)	pT3 (5)	pT4 (3)
Compromiso ganglionar (n° de pacientes)	N1 (1)	(4) N1 / (1) NO	N1 (3)
Neoadyuvancia	No	No	Si
Adyuvancia	Si	Si	Si
Seguimiento	8	0-18	3-8

Tabla 4. Pacientes fallecidos.

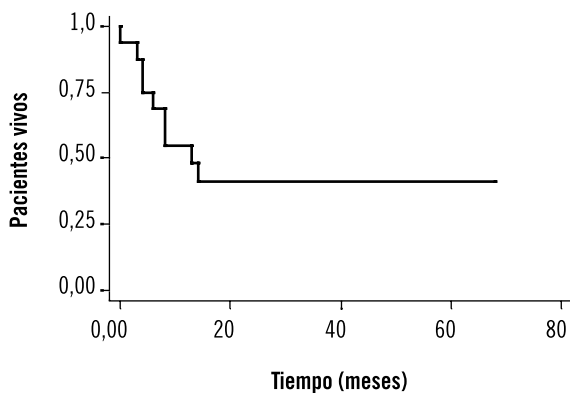


Gráfico 1. Sobrevida global.

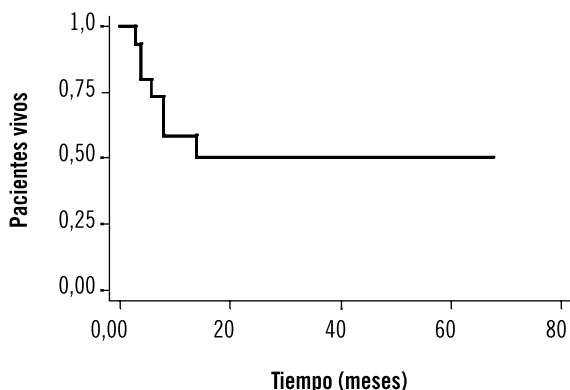


Gráfico 2. Sobrevida específica de enfermedad a los 5 años.

El paciente que realizó terapia combinada, presentó estadio pT4N0, encontrándose libre de enfermedad con 6 meses de seguimiento.

Todos los pacientes con compromiso ganglionar fallecieron dentro de los 17 meses del postoperatorio por progresión de la enfermedad, independientemente del estadio tumoral, exceptuando el fallecido por tromboembolismo pulmonar.

La sobrevida global, la específica de enfermedad y la libre de enfermedad a los 5 años luego de la cirugía fue del 41%; 50,3% y 24%, respectivamente (Ver Gráficos 1, 2 y 3).

Al comparar la sobrevida global de acuerdo con el compromiso ganglionar, se observó una diferencia significativamente mayor ($p = 0,0004$) en el grupo con ganglios negativos (Gráfico 4). Sin embargo, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas al comparar las sobrevidas globales entre los diferentes estadios patológicos. La mayor diferencia fue entre pT2 y pT4 ($p: 0,05$), ver Gráfico 5.

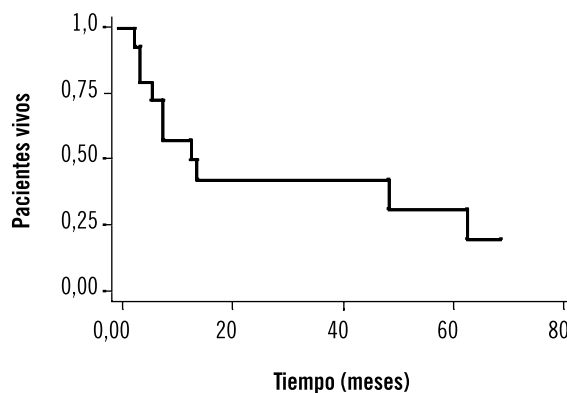


Gráfico 3. Sobrevida libre de enfermedad a 5 años.

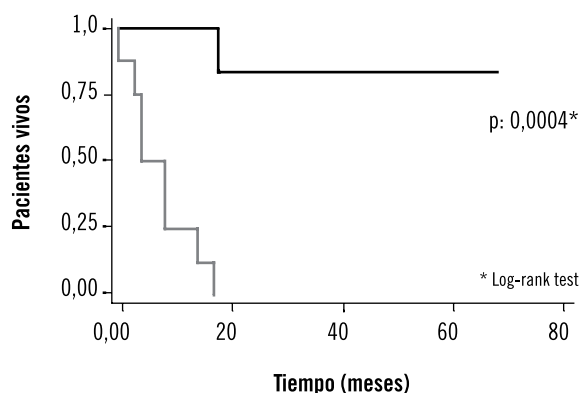


Gráfico 4. Sobrevida global según compromiso ganglionar. N -: sin compromiso ganglionar. N +: con compromiso ganglionar.

DISCUSIÓN

Debido a la rareza del CE puro de vejiga en países como el nuestro, es difícil aclarar ciertos aspectos relacionados con la enfermedad. Uno de ellos es la patogénesis. En el desarrollo del CE se han asociado ciertos factores que generan infección e irritación vesical crónica (litiasis, infecciones urinarias, cateterismo vesical, etc). Se ha publicado que los pacientes con lesiones medulares que requieren cateterismo vesical tienen mayor prevalencia de esta patología.⁹ Los primeros estudios al respecto reportaron una incidencia del 2 y 10%,^{9, 10} sin embargo, publicaciones actuales sugieren una incidencia mucho menor.^{11, 12} En un estudio europeo multicéntrico recientemente reportado, la incidencia de tumores de vejiga encontrada en pacientes con lesiones medulares sólo fue del 0,11%. Los autores atribuyen esta disminución de la prevalencia a la tendencia actual del cateterismo intermitente limpio sobre el catéter a permanencia.¹²

Sin duda, el factor de riesgo más importante ligado a la etiología del tumor vesical es el tabaquismo. El cigarrillo ha sido asociado con mutaciones en el gen p53 en pacientes con tumores escamosos de cabeza y cuello, pero no existen publicaciones relacionadas con el CE de vejiga.¹³ Aún falta dilucidar el factor que genera, en presencia de tabaco, el desarrollo del CCT y/o del CE. En nuestra serie el 81,25% de los pacientes era tabaquista y sólo dos tenían factores irritantes vesicales (infecciones urinarias recurrentes y cateterismo vesical permanente).

Hemos observado una importante relación entre nuestros pacientes y la diabetes (50% diabéticos). Se comprobó que la diabetes mellitus es un predictor de mortalidad en el cáncer de colon, páncreas, hígado y vejiga.¹⁴ Si bien

no es un factor de riesgo reconocido en el cáncer de vejiga, algunos autores como *Vairaktaris y col.*¹⁶ la proponen en la carcinogénesis de tumores escamosos de mucosa bucal en modelos animales. Esto se deberá analizar con otros estudios y con un marco mayor de pacientes tratados por carcinoma infiltrante de vejiga para ser completamente reconocida como un factor de riesgo.

Otro de los puntos controvertidos es el tratamiento. La radioterapia externa como único tratamiento definitivo mostró pobres resultados a largo plazo.^{5, 16} El rol neoadyuvante de la radioterapia es más discutido aún. Con el fin de disminuir la alta recurrencia local que presenta el CE, se realizaron estudios no controlados que emplearon radioterapia previa al tratamiento quirúrgico. Los resultados mostraron tasas de supervivencia a 5 años entre 34 y 50 %.

Los mejores resultados publicados se obtuvieron en aquellos pacientes que presentaron reducción tumoral luego de la radioterapia.^{17, 18} Sin embargo, esta reducción se observó predominantemente en pacientes con estadios pT2, donde el beneficio de las terapias preoperatorias no está claro.

En nuestra serie sólo 3 pacientes realizaron radioterapia por enfermedad clínicamente localizada como tratamiento definitivo, pero todos ellos debieron ser tratados posteriormente con cistectomía por persistencia tumoral.

Similar situación ocurre con la quimioterapia. Algunos autores no recomiendan el uso de quimioterapia debido a la baja quimiosensibilidad de los CE de vejiga. *Serretta*¹ no obtuvo respuesta en los 4 de los 19 pacientes que trató en el preoperatorio con M-VAC. *Kassouf y colaboradores*¹⁹, en su serie trataron a 7 pacientes con quimioterapia o quimiorradioterapia neoadyuvante. Los esquemas consistieron en combinaciones con cisplatino, gencitabina e ifosfamida. Al igual que en la radioterapia neoadyuvante, los mejores resultados se obtuvieron en los pacientes con estadios localizados. Aquellos con tumores quirúrgicamente irreseables no presentaron reducción tumoral y fallecieron antes de la cirugía.

Nuestros 3 pacientes tratados con quimioterapia neoadyuvante por enfermedad clínicamente avanzada (cT4) no obtuvieron reducción de estadio y todos fallecieron como consecuencia de la enfermedad. Sólo un paciente que recibió quimiorradioterapia como único tratamiento, permanece vivo con 6 meses de seguimiento.

La cistectomía radical con linfadenectomía, es el tratamiento de elección para los CE, con supervivencias específicas a 5 años que varían entre el 25-50 % según las series.^{2, 18-20} La supervivencia global, específica y la libre de enfermedad de nuestros pacientes fue del 41%; 50,3 % y 24 %, respectivamente.

La cistectomía radical fue el único factor estadísti-

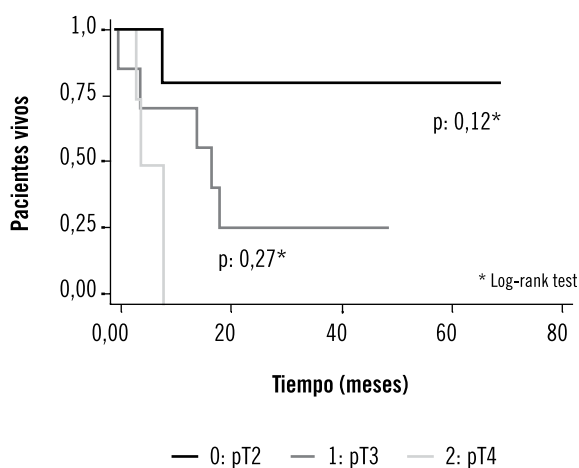


Gráfico 4. Sobrevivencia global según estadios patológicos. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre pT2/pT3 ($p: 0,12$), pT3/pT4 ($p: 0,27$) y pT2/pT4 ($p: 0,05$).

camente significativo asociado con la sobrevida libre enfermedad que observó Kassouf¹⁹ en su serie de 27 pacientes con CE puro de vejiga no biliarziásico. En nuestros pacientes el factor significativo sobre la sobrevida global fue el compromiso ganglionar.

Según las recientes publicaciones los CCT y los CNT tienen pobres tasas de sobrevida cuando la enfermedad está localmente avanzada, pero en los estadios pT2N0M0 el pronóstico de los CNT es más ominoso comparado con los CCT.^{19,20} Al igual que la literatura reportada²⁰, la mayoría de nuestros pacientes presentaba compromiso ganglionar y enfermedad localmente avanzada al momento de la cirugía.

Debido a la rareza de la patología en el hemisferio occidental, la mayoría de los estudios publicados son retrospectivos y de escasos pacientes, con lo cual resulta difícil establecer conclusiones en los beneficios de los tratamientos preoperatorios. Sin duda que aquellos pacientes con CE órgano-confinado se verán beneficiados con la cirugía, tanto por el manejo local de la enfermedad como por la sobrevida libre de recidiva.

CONCLUSIÓN

La cirugía sigue siendo el tratamiento de elección en aquellos pacientes con tumores de vejiga estadios T2.

La sobrevida global, la específica de enfermedad y la libre de enfermedad a los 5 años luego de la cirugía fueron del 41 %, 50,3 % y 24 %, respectivamente.

El principal factor pronóstico de la sobrevida a largo plazo fue el compromiso ganglionar.

Debido a la alta recurrencia local de la enfermedad, son necesarios más estudios, mayor número de casos para establecer los tratamientos neoadyuvantes necesarios para modificar el curso de la enfermedad en los estadios avanzados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Serretta V., Pomara G., Piazza F., Gange E.: Pure Squamous cell carcinoma of the bladder in western countries. Report on 19 consecutive cases. *Eur Urol* 2000; 37 (1): 85-89.
2. Manunta A., Vincendeau S., Kiriakou G., Lobel B., Guille F.: Non-transitional cell bladder carcinomas. *Br J Urol* 2005; 95: 497-502.
3. Dahm P., Gschwend J.: Malignant Non-urothelial Neoplasms of the Urinary Bladder: a review. *Eur Urol* 2003; 44: 672-681.
4. Antunes A., Nesrallah L., Dall'Oglio y col.: The Role of Squamous Differentiation in patients with transitional Cell Carcinoma of the Bladder Treated with Radical Cystectomy. *Int Braz J Urol* 2007; 33 (3): 339-346.
5. Rundle J. S., Hart A. J., McGeorge A., Smith J. S., y col.: Squamous cell carcinoma of bladder. A review of 114 patients. *Br J Urol* 1982; 54:522-526.
6. Bassi P., Ferrante G. D., Piazza N., Spinadin R., Carando R., y col.: Prognostic factors of outcome after radical cystectomy for bladder cancer: a retrospective study of a homogeneous patient cohort. *J Urol* 1999; 161: 1494.
7. Lotan Y., Gupta A., Shariat S., Palapattu G., Vazina A., Karakiewicz P., y col.: Lymphovascular invasion is independently associated with overall survival, cause-specific survival, and local and distant recurrence in patients with negative lymph nodes at radical cystectomy. *J Clin Oncol* 2005; 23: 6533.
8. Sobin L., Wittekind C.: For the International Union Against Cancer (UICC). Urinary bladder. In TNM classification of malignant tumors. *New York, Wiley-Liss* 1997; pp. 187.
9. Eble J., Sauter G., Epstein J., Sesterhenn I.: Pathology and genetics of tumors of urinary system and male genital organs. World Health Organization classification of tumors. *Iarc press, Lion*. 2004; pp. 93-109.
10. Locke J., Hill D., Walzer Y.: Incidence of squamous cell carcinoma in patients with long-term catheter drainage. *J Urol* 1985; 133(6): 1034-1035.
11. Bejany D., Lockhart J., Rhamy R.: Malignant vesical tumors following spinal cord injury. *J Urol* 1987; 138(6): 1390-1392.
12. West D., Cummings J., Longo W., Virgo K., Johnson F., Parra R.: Role of chronic catheterization in the development of bladder cancer in patients with spinal cord injury. *Urology* 1999; 53(2):292-297.
13. Pannek J.: Transitional cell carcinoma in patients with spinal cord injury: a high risk malignancy?. *Urology* 2002; 59(2):240-244.
14. Brennan J., Boyle J., Koch W., Goodman S., Hruban R., Eby Y., Couch M., Forastiere A., Sidransky D.: Association between cigarette smoking and mutation of the p53 gene in squamous-cell carcinoma of the head and neck. *N Engl J Med* 1995; 332:712-717.
15. Coughlin S., Calle E., Teras L., y col.: Diabetes Mellitus as a Predictor of Cancer Mortality in a Large Cohort of US Adults. *Am J Epidemiol* 2004; 159: 1160-1167.
16. Vairaktaris E, Kalokerinos G, Goutzaris L, y col.: Diabetes alters expression of p53 and c-myc in different stages of oral oncogenesis. *Anticancer Res* 2007; 27(3B):1465-1473.
17. Bessette P, Abell M., Herwig K.: A clinicopathologic study of squamous cell Carcinoma of the bladder. *J Urol* 1974; 112: 66-67.
18. Swanson D., Liles A., Zargas G.: Preoperative irradiation and carcinoma of the bladder. *J Urol* 1990; 143: 37-40.
19. Kassouf W., Spiess P., Siefker-Radtke A., Swanson D. y col.: Outcome and patterns of recurrence of nonbiliary pure squamous cell carcinoma of the bladder. *Cancer* 2007; 110 (4): 764-769.
20. Rogers C., Palapattu G., Shariat S., y col.: Clinical Outcomes Following Radical Cystectomy for primary Nontransitional Cell Carcinoma of the Bladder Compared to Transitional Cell Carcinoma of the bladder. *J Urol* 2006; 175: 2048-2053.
21. Girgin C., Sezer A., y col.: Outcome of the treatment of invasive non-transitional cell carcinoma. *Int J Urol* 2003; 10: 525-529.

COMENTARIO EDITORIAL

Los autores presentan su experiencia en el tratamiento del carcinoma de vejiga epidermoide en 16 pacientes a los cuales se les practicó cistectomía radical y linfadenectomía bilateral. Realizan el seguimiento de los mismos por 8 años. La sobrevida global es del 43,75%. La mortalidad total de la serie fue del 56,25%. La mayoría por progresión de la enfermedad. Es de destacar que el compromiso ganglionar es un factor predictivo importante en la sobrevida independiente de la enfermedad local. La revisión bibliográfica de los autores es importante y sostiene los resultados de esta serie, siendo la misma representativa en comparación con otras publicadas en occidente.

Resina y col. en una revisión retrospectiva de 1994 a 2004 analizan sólo once pacientes con cáncer epidemioide vesical puros y mixtos. Todos los pacientes presentaban enfermedad avanzada y sólo pudieron realizar la cistectomía radical en tres pacientes con una sobrevida media de 20 meses.¹

En una revisión de opciones de quimioterapia en cáncer de vejiga se demuestra la poca experiencia internacional y la pobre respuesta a la misma, concluyendo que la resección completa de la enfermedad es más importante que la quimioterapia.²

Coincido con los autores en que la cistectomía radical en caso de ser posible es el único tratamiento que permite una sobrevida libre de enfermedad.

Creo importante en estos raros tumores el trabajo entre múltiples instituciones para valorar la necesidad de quimioterapia neoadjudicante/adyuvante o radioterapia y ayudar a protocolizar su tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Raquel González Resina y col.: Carcinoma epidermoide vesical. Revisión de nuestra serie. *Arch. Esp. Urol* v.59 N°8 2006.
2. María de Santis, Mark Bachner: New developments in first and second line chemotherapy for transitional cell, squamous cell and adenocarcinoma of the bladder *Current Opinión in Urology* 2007, 17; 363-368.
3. Rogers Craig G. y col.: Clinical outcomes folloing radical cistectomy for primary nontransitional cell carcinoma of the bladder compared to transitional cell carcinoma of the bladder. *J Urol* vol. 175, 2048-2053, junio 2006.

DR. RICARDO NARDONE
Hospital Británico