



ARTÍCULO ORIGINAL

Factores predictores, características patológicas y evolución de las recidivas vesicales después de nefroureterectomía



L. Mateu*, J. Huguet, A. Carrión, E. García-Cruz, L. Izquierdo, M. Musquera, M.J. Ribal y A. Alcaraz

Servicio de Urología, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 16 de diciembre de 2014; aceptado el 24 de febrero de 2015

Disponible en Internet el 14 de abril de 2015

PALABRAS CLAVE

Recidiva vesical;
Tumor urotelial de
tracto urinario
superior;
Nefroureterectomía

Resumen

Objetivos: Analizar las variables predictoras de recidiva vesical (RV) tras nefroureterectomía (NU) por tumor de tracto urinario superior (TTUS), así como sus características patológicas, evolución y repercusión en supervivencia.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 117 pacientes sometidos a NU laparoscópica por TTUS entre 2007-2012 en nuestro centro. Los posibles factores predictores de RV se analizaron mediante regresión de Cox y para el estudio de supervivencia se utilizaron las curvas de Kaplan-Meier.

Resultados: Fueron 85 hombres (73%) y 32 mujeres (27%) con una edad media de 70 años. Tras un seguimiento medio de 26 meses, 23 presentaron RV (19,6%). En el análisis multivariante, el género ($p=0,003$; HR mujer 3,8) y la localización del TTUS en uréter distal ($p=0,002$; HR 4,8) fueron predictores independientes de RV.

La mediana de tiempo hasta la RV fue de 8 meses. Quince pacientes presentaron una RV no músculo-invasiva (65,2%) y 8 músculo-invasiva (34,8%). Todas las RV excepto 2, aparecieron durante los primeros 2 años. Cinco casos con RV no músculo-invasiva presentaron nueva RV. Seis pacientes con RV músculo-invasiva murieron sin poderse definir si fue por tumor vesical o de vías. La aparición de RV no mostró repercusión en la supervivencia de los pacientes con TTUS. **Conclusiones:** El género (mujer) y la localización del TTUS (uréter distal) son factores predictores de RV tras NU. Pacientes con estas características podrían beneficiarse de tratamiento adyuvante intravesical y de un seguimiento más estricto. La aparición de RV no tiene impacto en la supervivencia de los pacientes con TTUS.

© 2014 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lmateu@arom@hotmail.com (L. Mateu).

KEYWORDS

Bladder recurrence;
Upper urinary tract
urothelial tumor;
Nephroureterectomy

Predictors, pathological characteristics and outcomes of bladder recurrences following nephroureterectomy

Abstract

Objectives: To analyze the predictors for bladder recurrence (BR) after nephroureterectomy (NU) for upper urinary tract tumors (UUTT), as well as its pathological characteristics, outcomes and impact on survival.

Material and methods: Retrospective study of 117 patients who underwent laparoscopic nephroureterectomy by UUTT between 2007-2012 at our center. The potential predictors for BR were analyzed using Cox regression; Kaplan-Meier curves were employed to study survival.

Results: The sample was composed of 85 men (73%) and 32 women (27%), with a mean age of 70 years. After a mean follow-up of 26 months, 23 patients presented BR (19.6%). In the multivariate analysis, sex ($p = .003$; HR [female], 3.8) and the location of the UUTT in the distal ureter ($p = .002$; HR, 4.8) were independent predictors for BR.

The median time to BR was 8 months. Fifteen patients presented a nonmuscle-invasive BR (65.2%), and 8 presented a muscle-invasive BR (34.8%). All BRs, except for 2, appeared during the first 2 years. Five cases with nonmuscle-invasive BR presented a new BR. Six patients with muscle-invasive BR died before it could be determined whether cause of death was the BR or an UUTT relapse. The onset of BR showed no repercussion on the survival of patients with UUTT.

Conclusions: Sex (female) and the location of the UUTT (distal ureter) are predictors for BR after NU. Patients with these characteristics might benefit from adjuvant intravesical treatment and closer monitoring. The onset for RV has no impact on the survival of patients with UUTT.

© 2014 AEU. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El carcinoma urotelial de tracto urinario superior (TTUS) es poco frecuente, representando el 5-8% de los tumores uroteliales¹. Su tratamiento estándar es la nefroureterectomía (NU) con desinserción del rodete vesical¹. Un 20-50% de pacientes presentará recidiva vesical (RV) después de NU²⁻⁵. Edad⁵, género⁵⁻⁷, historia previa de tumor vesical^{2,5,8,9}, estadio, grado tumoral^{5,10}, presencia de CIS^{2,3,5}, multiplicidad^{9,11}, localización tumoral^{2,4,5} y técnica quirúrgica⁵, se han descrito como predictores de la aparición de RV después de NU. Menos numerosos son los trabajos analizando las características patológicas de estas RV, su curso clínico y su repercusión en la supervivencia^{2,11-13}. La identificación de factores predictores de RV y el conocimiento de su evolución clínica podría ayudar al diseño de estrategias de seguimiento vesical después de NU, actualmente poco definidas^{1,2,4,8,9}. Igualmente, conocer las características de los pacientes con mayor riesgo de RV antes de la NU, podría seleccionar a aquellos con mayor probabilidad de beneficiarse de tratamiento adyuvante intravesical^{5,14}.

El objetivo de nuestro trabajo fue identificar variables predictoras de RV en los pacientes sometidos a NU por TTUS en nuestra serie, así como analizar las características patológicas de estas RV, su evolución clínica y repercusión en la supervivencia.

Material y métodos

Realizamos el estudio retrospectivo de las historias clínicas de 117 pacientes sometidos a NU por TTUS entre 2007-2012 en nuestro centro. El diagnóstico de TTUS se realizó

mayoritariamente con tomografía computarizada (TC), utilizando la ureteroscopia con biopsia en caso de duda diagnóstica. Todas las NU fueron laparoscópicas y transperitoneales. Se realizó linfadenectomía a pacientes con afectación ganglionar detectada en los estudios radiológicos preoperatorios o durante la cirugía. El manejo del uréter distal fue mediante desinserción endoscópica en TTUS proximales a los vasos ilíacos y vía abierta con escisión de rodete vesical en localizaciones distales. A pacientes con tumor vesical concomitante se les realizó una resección transuretral (RTU) en el mismo acto quirúrgico. Ningún paciente recibió tratamiento adyuvante intravesical. El grado de las piezas de NU se obtuvo según la clasificación de la WHO de 1973 y WHO/ISUP de 2004¹⁵, y el estadio de acuerdo a la clasificación TNM de 2002¹⁶. Se valoró de forma individualizada la administración de quimioterapia adyuvante a pacientes con TTUS en estadios $\geq$ pT3.

La mayoría de los pacientes fueron seguidos cada 3-6 meses durante 2 años con historia clínica, exploración física, estudio radiológico abdominal (preferentemente TC) y cistoscopia con citología de orina. Posteriormente el seguimiento fue anual. Se definió recidiva tumoral extraurotelial a la aparición de recidiva local, metastásica o ambas, y RV a la aparición de tumor vesical tras la NU.

Las variables analizadas para evaluar su posible relación con RV después de TTUS fueron: edad, sexo, tabaco, riesgo preoperatorio de la *American Society of Anesthesiologists* (ASA), historia de tumor vesical previo, tumor vesical concomitante, manejo del uréter distal, localización del TTUS (uréter distal vs. pelvis y resto de uréter), multiplicidad (tumor solitario vs. más de un tumor), tamaño, grado, estadio, presencia de CIS, afectación ganglionar y uso de quimioterapia adyuvante.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3843184>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3843184>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)