



ARTÍCULO ORIGINAL

Preservación vesical electiva en tumor vesical músculo invasivo

G. Lendínez-Cano^{a,*}, J. Rico-López^a, S. Moreno^a, E. Fernández Parra^b,
C. González-Almeida^c y E. Camacho Martínez^a

^a Servicio de Urología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme, Sevilla, España

^b Servicio de Oncología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme, Sevilla, España

^c Unidad de Estadística, Metodología y Evaluación de la investigación, Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme, Sevilla, España

Recibido el 9 de enero de 2013; aceptado el 6 de marzo de 2013

Disponible en Internet el 20 de junio de 2013

PALABRAS CLAVE

Conservación vesical;
Cáncer vesical;
Radioterapia;
Quimioterapia;
Resección
transuretral

KEYWORDS

Bladder-sparing;
Bladder cancer;
Radiotherapy;
Chemotherapy;

Resumen

Objetivos: La cistoprostatectomía radical es el tratamiento de elección en el carcinoma vesical músculo invasivo localizado. Planteamos la posibilidad de ofrecer a pacientes estrictamente seleccionados la preservación vesical con RTU ± quimioterapia (QMT) y radioterapia (RDT) como tratamiento alternativo.

Material y métodos: Analizamos retrospectivamente 30 pacientes diagnosticados de carcinoma vesical músculo invasivo entre marzo de 1991 y octubre de 2010. La media de edad es de 62,7 años (51-74). Todos ellos eran candidatos a tratamiento curativo y han seguido estrictos criterios de selección: estadio T2, primario, único y menor de 5 cm, con impresión macroscópica de RTU completa en profundidad, sin repercusión en tracto urinario superior y BMN negativa. La TAC de extensión fue siempre negativa y la re-RTU o biopsia de lecho negativa para tumor o con infiltración muscular microscópica. Catorce de estos pacientes fueron tratados con RTU monoterapia, 13 con RTU + QMT y 3 RTU + QMT + RDT.

Resultados: El seguimiento medio ha sido de 88,7 meses (19-220). Catorce han permanecido libres de recidiva (46,66%) y 10 han presentado recidiva superficial (33,33%). Conseguimos un 81,3% de respuestas completas y un 71% de conservación vesical a los 5 años. La supervivencia global a los 5 años fue de 79%, siendo la cáncer específica del 85%.

Conclusiones: Aunque la cistoprostatectomía radical continúa siendo el tratamiento de elección ante el tumor vesical infiltrante localizado, en casos estrictamente seleccionados, la conservación vesical ofrece una alternativa válida con buenos resultados a largo plazo.

© 2013 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Elective Bladder-Sparing Treatment for Muscle Invasive Bladder Cancer

Abstract

Objetivos: Radical cystectomy is the standard treatment for localised muscle invasive bladder cancer (MIBC). We offer a bladder-sparing treatment with TURB +/- Chemotherapy + Radiotherapy to selected patients as an alternative.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: glendinez@gmail.com (G. Lendínez-Cano).

Transurethral resection

Material and methods: We analyze, retrospectively, 30 patients diagnosed with MIBC from March 1991 to October 2010. The mean age was 62.7 years (51-74). All patients were candidates for a curative treatment, and underwent strict selection criteria: T2 stage, primary tumor, solitary lesion smaller than 5 cm with a macroscopic disease-free status after TURB, negative random biopsy without hydronephrosis. Staging CT evaluation was normal. Restaging TURB or tumor bed biopsy showed a disease-free status or microscopic muscle invasion. 14 patients underwent TURB alone, 13 TURB + Chemotherapy and 3 TURB + Chemotherapy + Radiotherapy.

Results: The mean follow up was 88.7 months (19-220). 14 patients remained disease free (46.6%), 10 had recurrent non-muscle invasive bladder cancer (33%). 81.3% complete clinical response. 71% bladder preserved at 5-years. Overall, 5-years survival rate was 79% and 85% cancer-specific survival rate.

Conclusions: Although radical cystectomy is the standard treatment for localised MIBC, in strictly selected cases, bladder-sparing treatment offers an alternative with good long term results.

© 2013 AEU. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La cistoprostatectomía radical es en la actualidad el tratamiento de elección en el carcinoma vesical músculo invasivo localizado, ofreciendo las mayores tasas de supervivencia a largo plazo¹. En enfermedad organoconfinada (\leq T3a) la supervivencia global a los 5 años estaría en torno a 65-71%, mientras que la cáncer específica sería de entre el 76-81%². Las técnicas de preservación neurovascular y las neovejigas intestinales de baja presión han incrementado la calidad de vida de estos pacientes. No obstante, continúa siendo una cirugía mutilante con una tasa de complicaciones precoces y tardías no despreciables^{3,4}.

Planteamos la posibilidad de ofrecer a pacientes estrictamente seleccionados la preservación vesical con RTU \pm QMT y RDT como tratamiento alternativo y eficaz para el control de la enfermedad. Presentamos nuestra experiencia con 30 pacientes. En este trabajo no pretendemos defender una modalidad determinada de conservación vesical ni establecer comparativas con la cistectomía radical, sino analizar los resultados de nuestra serie con un aceptable seguimiento a largo plazo a fin de determinar la eficacia y seguridad de la preservación vesical como opción terapéutica alternativa en nuestro entorno.

Material y métodos

En nuestro protocolo de conservación vesical incluimos de forma electiva aquellos pacientes con tumor vesical músculo invasivo y resección macroscópica completa que previa información detallada, y siempre bajo estrictos criterios de selección, optan por una modalidad conservadora como alternativa a la cistectomía radical. Los criterios de selección son: estadio clínico T2, tumor primario, único y menor de 5 cm, con impresión macroscópica de RTU completa en profundidad, sin repercusión en el tracto urinario superior, biopsia múltiple vesical negativa sin afectación uretral y capacidad vesical normal. Todos los casos deben presentar estudio de extensión negativo con TAC toracoabdominopélvica negativa. Es obligado poseer una muestra de RTU-biopsia de lecho macroscópicamente sano obtenida bien en la RTU inicial, bien de manera diferida mediante

re-RTU a las 4-6 semanas, cuyo resultado determinará la modalidad de preservación en función de que sea negativa para tumor (R0) o con infiltración muscular microscópica (R1) (fig. 1).

En caso de tumores únicos menores de 3 cm consideramos suficiente la RTU monoterapia como modalidad de conservación vesical. En estos pacientes realizamos re-RTU + BMN a los 3 meses, encontrándonos ante 3 posibilidades: el seguimiento, en caso de re-RTU negativa (R0), la conservación vesical trimodal (QMT + RDT) si la re-RTU fuese positiva sobre un lecho de aspecto sano (infiltración microscópica R1) y finalmente cistectomía en el caso de que la re-RTU demostrase tumor infiltrante sobre un lecho macroscópicamente infiltrado (R2).

En tumores de entre 3 y 5 cm con resección macroscópica completa y en todos aquellos casos con biopsia positiva sobre lecho de aspecto sano (infiltración microscópica R1) nos planteamos conservación vesical trimodal con QMT + RDT. No incluimos nunca en el protocolo de conservación vesical tumores mayores de 5 cm por el alto riesgo de tumor residual. El esquema de preservación trimodal en nuestro hospital se basa en la administración de 64 Gy de RDT con cisplatino semanal concomitante a dosis de 50 mg/m². En nuestro servicio, y pese a que no ha demostrado beneficio en la supervivencia en el ensayo fase II de la EORTC⁵ (carecía de la potencia suficiente para demostrar supervivencia), tratamos a nuestros pacientes con 2 ciclos de QMT previa a la RDT para evitar periodos sin tratamiento. No realizamos reevaluación del paciente a mitad de dosis. En todos los pacientes en protocolo de conservación trimodal se realizó posteriormente una nueva RTU tras tratamiento con QMT/RDT para confirmar la respuesta completa (RC), indicando cirugía radical en aquellos con persistencia de tumor infiltrante.

El seguimiento consiste en controles estrictos con citología y cistoscopia cada 3 meses durante 2 años, semestrales hasta los 5 años y anuales posteriormente de manera indefinida. Solicitamos además TAC toracoabdominal cada 6 meses los primeros 2 años y anualmente hasta el quinto año. No se ha descrito afectación metastásica pasado este tiempo, sin evidencia de progresión vesical⁶. Realizamos además control del tracto urinario superior con UIV o TAC en caso de hematuria o citología positiva con cistoscopia normal. La

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3843212>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3843212>

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