



ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

Terapia trimodal en cáncer urotelial de vejiga



Luis Eduardo Pino Villarreal

Médico Internista – Hematólogo y Oncólogo Clínico – Master en Oncología Molecular. Oncólogo Institucional. Fundación Santafé de Bogotá. Instituto de Oncología Carlos Ardila Lülle, Bogotá, Colombia

Recibido el 28 de septiembre de 2015; aceptado el 4 de octubre de 2015
Disponible en Internet el 15 de noviembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Cáncer urotelial de vejiga;
Enfermedad músculo invasiva;
Quimioterapia;
Radioterapia;
Radioterapia de intensidad modulada;
Radioterapia guiada por imágenes;
Resección transuretral de tumor vesical

KEYWORDS

Invasive bladder cancer;
Muscle invasive disease;
Chemotherapy;
Radiotherapy;

Resumen El cáncer urotelial de vejiga con invasión al músculo es una enfermedad heterogénea y agresiva, con altas tasas de recurrencia a pesar del tratamiento estandarizado que es la cistectomía radical. El perfil de pacientes con esta enfermedad limita en muchos casos la posibilidad de ofrecer terapias quirúrgicas radicales debido a la alta tasa de complicaciones y al impacto en calidad de vida. Es por eso que se han intentado terapias con intención de conservación de la vejiga, las cuales han ido desde la radioterapia sola hasta la terapia bimodal con quimioterapia y radioterapia, y en los últimos años con el uso de terapia trimodal que incluye citorreducción quirúrgica máxima mediante resección transuretral (TURBT) y quimiorradiación concomitante, estrategia que ha logrado desenlaces similares a la cistectomía radical con toxicidad manejable y al parecer mejor impacto en indicadores de calidad de vida. El presente artículo hace una revisión de la evidencia actual de la terapia trimodal en cáncer urotelial de vejiga, las técnicas y el esquema de radioterapia a utilizar, los potenciales candidatos al tratamiento y la importancia del seguimiento a estos pacientes en el tiempo. De igual forma resalta la subutilización de este tratamiento multimodal en la práctica clínica actual.

© 2015 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Colombiana de Urología.

Trimodality therapy for urothelial bladder cancer

Abstract Urothelial bladder cancer with muscle invasion is a heterogeneous and aggressive disease, with higher rates of recurrence, despite standard treatment that is radical cystectomy. The profile of patients with this disease often limits the possibility of offering radical surgical therapies due to the high rate of complications and the impact on quality of life, that is the rationale to try therapies with the intention of bladder preservation. These therapies have ranged from radiotherapy alone to bimodal therapy with chemotherapy and radiotherapy and in recent

Intensity modulated radiotherapy;
Image-guided radiation therapy;
Transurethral resection of bladder tumor

years with the use of trimodal therapy that includes: Maximal surgical cytoreduction by transurethral resection (TURBT) and concomitant chemoradiation. Trimodal therapy in urothelial bladder cancer has achieved similar outcomes to radical cystectomy with a manageable toxicity profile and apparently better impact on quality of life indicators. This article reviews the current evidence of trimodal therapy in urothelial bladder cancer, techniques and radiation scheme to use, potential candidates for this treatment and the importance of the follow up for these patients over time. Similarly highlights the underuse of multimodal treatment in current clinical practice.

© 2015 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Sociedad Colombiana de Urología.

Introducción

El cáncer urotelial de vejiga, el subtipo más frecuente de esta enfermedad, genera anualmente 450.000 nuevos casos, con un impacto de 165.000 muertes en el mundo¹. En Colombia, de acuerdo con los datos reportados en *Globocan 2012*, el cáncer de vejiga ocupa el decimosexto lugar en frecuencia, con una incidencia anual de 1.252 casos, pero con una mortalidad del 40% (501 casos)².

La cistectomía radical con linfadenectomía pélvica continúa siendo el tratamiento de elección para la enfermedad invasiva al músculo y los estadios no invasivos pero con características de alto riesgo, pero a pesar de ello las tasas de supervivencia para los pacientes tratados solamente con cirugía varían del 50 al 60% a 5 años³, con altas tasas de recurrencia locorregional y metastásica a 2 años⁴. Lo anterior ha llevado a considerar el uso de quimioterapia perioperatoria en los años recientes con el objetivo de disminuir las tasas de recurrencia de la enfermedad y, en algunos casos seleccionados, llevar a estrategias conservadoras de vejiga.

La evolución en el tiempo de las técnicas conservadoras de vejiga se inició en el año 1993, y desde entonces se han intentado diferentes modalidades, que van desde radioterapia con o sin quimioterapia asociada a resecciones transuretrales del tumor vesical (TURBT). El paso del tiempo demostró que estrategias como la quimioterapia o la radioterapia aisladas tenían menor control local que la concomitancia⁵.

Si se tiene en cuenta que las técnicas de radioterapia han mejorado en los últimos 10 años, al igual que los esquemas de quimioterapia, y además que la morbilidad de la cistectomía radical es alta para un importante número de pacientes, la utilización de técnicas de preservación de vejiga que permitan lograr una buena tasa de control local del cáncer mientras se mantiene la funcionalidad vesical definitivamente deben tener un impacto en la calidad de vida de estos pacientes. En oncología la tendencia actual es realizar estrategias de tratamiento multimodal que permitan optimizar los desenlaces y minimizar los riesgos de recurrencia con mejor impacto en calidad de vida, lo que ha sido claramente demostrado en cáncer de cabeza y cuello, cáncer de mama, cáncer gastrointestinal, etc.

Bajo este objetivo se desarrolló en el cáncer urotelial de vejiga la terapia trimodal, que incluye una TURBT asociada a quimiorradioterapia. Esta estrategia ha permitido ampliar

el número de pacientes candidatos a tratamiento oncológico con preservación de vejiga, con unos resultados que han mejorado ostensiblemente a través de los años.

El presente artículo pretende hacer una revisión de la literatura actual respecto a la terapia trimodal en cáncer urotelial de vejiga, su evidencia científica, los mejores candidatos a la utilización de esta estrategia, sus potenciales complicaciones y las modificaciones que pudieran verse en el futuro para optimizar los desenlaces oncológicos.

Qué es la terapia trimodal

La terapia trimodal en cáncer urotelial de vejiga incluye básicamente los siguientes 2 componentes:

- Citorreducción quirúrgica máxima mediante TURBT asociada a mapeo vesical.
- Quimiorradiación concomitante con protocolos basados en cisplatino hasta 40-45 Gy (fase de inducción).

Después de esta fase se hace evaluación de respuesta con citología urinaria y cistoscopia con biopsia. Si se ha logrado una respuesta completa o casi completa se realiza la fase final de quimiorradiación con dosis adicional de 20 a 25 Gy.

En caso de no lograr dicha respuesta, se plantea la posibilidad de realizar cistectomía radical⁶.

Al finalizar la terapia trimodal el paciente debe continuar seguimiento activo estricto con cistoscopia y citología urinaria.

Esta es una terapia aun subutilizada, y se estima que menos de 10% de pacientes con cáncer urotelial de vejiga musculoinvasivo reciben esta opción^{7,8}. Esta alternativa de tratamiento es una alternativa a tener en cuenta especialmente en pacientes ancianos. En una reciente revisión de Turgeon y Souhami la tasa de respuesta completa basada en 8 estudios fue del 72%, con tasas de sobrevida específica por cáncer a 5 años similares a las de cistectomía radical (52%). Estos resultados se dieron aún con la inclusión de pacientes cuyas características tumorales no completaban los criterios óptimos para terapia trimodal. Adicionalmente, otros estudios, como los del grupo RTOG, muestran que no hay diferencias en desenlaces en los pacientes mayores de 75 años^{9,10}.

En nuestro país no tenemos datos recopilados de pacientes con terapia trimodal, pero la experiencia de centros ubicados en países en vías de desarrollo muestra tasas de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4274829>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4274829>

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