



ELSEVIER

MEDICINA CLINICA

www.elsevier.es/medicinaclinica



Revisión

Tumor vesical: presente y futuro

Roberto Hugo Martínez Rodríguez*, Oscar Buisan Rueda y Luis Ibarz

Servicio de Urología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 26 de abril de 2017

Aceptado el 8 de junio de 2017

On-line el xxx

Palabras clave:

Tumor vesical

Urotelio

Bacilo Calmette-Guérin

Inmunoterapia

Hematuria

Cistectomía

R E S U M E N

El tumor vesical presenta una elevada incidencia en nuestro medio y comporta una alta morbimortalidad asociada. Desde su sospecha clínica inicial, la confirmación diagnóstica precoz y el tratamiento multimodal involucran a diferentes especialidades médicas. Por ello consideramos importante difundir el consenso actual para su manejo. Los recientes avances en inmunología y quimioterapia hacen necesario exponer y reflexionar sobre las perspectivas futuras.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Bladder cancer: Present and future

A B S T R A C T

Bladder cancer has a high incidence and involves high associated morbidity and mortality. Since its initial clinical suspicion, early diagnostic confirmation and multimodal treatment involve different medical specialties. For this reason, we consider it important to spread the current consensus for its management. Recent advances in immunology and Chemotherapy make it necessary to expose and reflect on future perspectives.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Bladder cancer

Urothelial

Calmette-Guérin bacillus

Immunotherapy

Haematuria

Cystectomy

Introducción

El cáncer de vejiga, con más de 357.000 nuevos casos y más de 130.000 muertes anuales en todo el mundo, es una de las principales causas de mortalidad en hombres. En Europa, en 2012, se diagnosticaron 151.297 nuevos casos de cáncer de vejiga con una tasa estandarizada de incidencia (por cada 100.000 personas) de 17,7 para los hombres y de 3,5 para las mujeres. En general, la tasa bruta de incidencia anual es de 20,4/100.000. En 2012 se registraron 52.395 muertes por cáncer de vejiga con una tasa bruta de mortalidad anual de 7,1/100.000¹.

España presenta una de las tasas de incidencia y mortalidad más altas de Europa con un promedio de 12.200 nuevos casos por año,

siendo el 4.º cáncer más frecuente en varones y el 5.º en ambos sexos. Aproximadamente el 70% de los pacientes con cáncer de vejiga son mayores de 65 años de edad. El consumo de tabaco es el factor de riesgo mejor establecido, aunque también se ha descrito que la exposición ocupacional, agentes quimioterápicos y la radioterapia pélvica son factores causales del desarrollo de cáncer de vejiga.

Con objeto de promover y mejorar el manejo de estos pacientes, presentamos esta revisión sobre la actualidad del tratamiento del tumor vesical y sus perspectivas futuras.

Manifestaciones clínicas

La hematuria, la clínica miccional de llenado (urgencia e imperiosidad) y las infecciones urinarias de repetición son los síntomas más repetidos en pacientes con tumor vesical. La mayoría de los pacientes son diagnosticados mediante exploraciones

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dr.rmartinez@yahoo.es (R.H. Martínez Rodríguez).

complementarias (ecografía/cistoscopia) solicitadas tras presentar un primer episodio de hematuria². La hematuria macroscópica es el síntoma más fuertemente correlacionado con el diagnóstico de tumor vesical; el valor predictivo positivo a 3 años es del 7,4% (IC 95%: 6,8-8,1) en varones y del 3,4% (2,9-4) en mujeres³. Por tanto, ante un paciente con hematuria macroscópica se aconseja completar estudio con ecografía y remitirlo a la consulta urológica. La ecografía permite detectar lesiones endovesicales mayores de 0,5 cm. Si persiste la sospecha clínica de tumor vesical pese a un estudio ecográfico normal, la siguiente prueba diagnóstica consistirá en una cistoscopia.

Cribado

El tumor vesical presenta una incidencia y prevalencia altas, constituye un problema de salud importante y tiene un tratamiento fiable y eficiente. Pese a lo anteriormente descrito no existe evidencia científica que apoye un cribado de tumor vesical en la población general. Ni siquiera en fumadores importantes ni en individuos con exposición ambiental a carcinógenos vesicales⁴. Inicialmente se propuso como método de cribado la tira reactiva de orina, en búsqueda de microhematuria (> 3 hematíes/campo), pero su valor predictivo positivo es bajo. En 2015, un análisis de la *Cochrane Library* concluyó que la calidad de los métodos de cribado era demasiado baja como para apoyar ninguna recomendación⁵.

Diagnóstico

En aquellos pacientes en los que se sospecha tumor urotelial, la cistoscopia confirmará la afectación del tracto urinario inferior y la tomografía computarizada con urografía la del tramo urinario superior. Para la detección de tumor vesical, la tomografía computarizada con urografía y la cistoscopia tienen unas sensibilidades de 0,87 y 0,87 respectivamente, especificidades de 0,99 y 1, valor predictivo positivo de 0,91 y 0,98, y valor predictivo negativo de 0,98 y 0,98⁶.

Para mejorar la detección de lesiones endovesicales se han introducido nuevas tecnologías, aunque su uso aún no se ha extendido:

La cistoscopia con luz azul previa administración endovesical de hexaminolevulinato (Hexvix[®]) permite mejorar las tasas de detección de carcinoma *in situ* (lesiones planas).

La imagen de banda estrecha (*narrow-band imaging*) permite mejorar la visión de vasos sanguíneos y detectar lesiones endovesicales con mayor facilidad.

El incremento de costes y la prolongación de tiempos requeridos para su uso han impedido su generalización en la práctica clínica.

Marcadores urinarios

Hasta la fecha, el papel de los marcadores moleculares urinarios o de la citología en el diagnóstico inicial del tumor vesical es muy limitado. En la pasada década se propuso la determinación conjunta de NMP22 y un marcador de citoqueratinas (CYFRA 21-1 o UBC) como alternativa a la citología urinaria⁷. En una revisión⁸ diseñada para comparar la citología urinaria y los marcadores moleculares urinarios, se evidenció una baja sensibilidad (34-55%) de la citología, sobre todo en tumores de bajo grado, pero una alta especificidad (> 90%), además de presentar una pobre reproducibilidad inter- e intraobservacional. La sensibilidad agrupada de la mayoría de los marcadores moleculares varía entre el 50 y el 80%, más alta que la de la citología urinaria, y la especificidad de la mayoría de dichos marcadores oscila entre el 70 y el 90%, más baja que la de la citología urinaria.

No existe hasta la fecha ningún marcador molecular que presente una sensibilidad y una especificidad suficientemente altas

Tabla 1
Estadificación TNM según la Asociación Europea de Urología

Categoría T: Tumor primario (T)
<i>Tx: No se puede evaluar tumor primario</i>
<i>T0: No hay evidencia de tumor primario</i>
<i>Tis: Carcinoma in situ: «tumor plano»</i>
<i>Ta: Carcinoma papilar no invasivo</i>
<i>T1: Tumor que invade el tejido conjuntivo subepitelial</i>
<i>T2: Tumor que invade la capa muscular</i>
<i>T2a: Tumor que invade la capa muscular superficial</i>
<i>T2b: Tumor que invade la capa muscular profunda</i>
<i>T3: Tumor que invade la grasa perivesical</i>
<i>T3a: Microscópicamente</i>
<i>T3b: Macroscópicamente</i>
<i>T4: Tumor que invade cualquiera de las siguientes estructuras: próstata, útero, vagina, pared pélvica o pared abdominal</i>
<i>T4a: Tumor que invade próstata, útero o vagina</i>
<i>T4b: Tumor que invade pared pélvica o abdominal</i>
Categoría N: Afectación ganglionar (N)
<i>Nx: No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales</i>
<i>N0: No se demuestran metástasis ganglionares regionales</i>
<i>N1: Metástasis en un único ganglio linfático, de diámetro máximo ≤ 2 cm</i>
<i>N2: Metástasis en un único ganglio linfático, de diámetro máximo > 2 cm, pero ≤ 5 cm o en varios ganglios linfáticos, ninguno de ellos > 5 cm de diámetro máximo</i>
<i>N3: Metástasis en un único ganglio linfático de diámetro máximo > 5 cm</i>
Categoría M: Metástasis (M)
<i>Mx: No se pueden evaluar las metástasis a distancia</i>
<i>M0: No hay metástasis a distancia</i>
<i>M1: Metástasis a distancia</i>

como para sustituir a la cistoscopia. La combinación de cistoscopia y citología es el método más fiable.

Grado y estadificación del tumor vesical

La mayoría de los tumores vesicales son uroteliales, presentándose en el momento del diagnóstico como no musculoinvasivos (75%) frente a musculoinvasivos o diseminados (25%). En torno a la mitad de los no musculoinvasivos son tumores de bajo grado, mientras que los musculoinvasivos o diseminados son de alto grado. El grado celular es el factor pronóstico más importante.

La primera clasificación anatomopatológica introducida por la OMS data de 1973 y los clasifica numéricamente en 1, 2 o 3 según la anaplasia celular.

La clasificación de alto o bajo grado viene dada por la arquitectura celular y las atipias citológicas. La clasificación de la OMS⁹ del 2004 incluye otra tercera categoría, la de tumores papilares uroteliales de bajo potencial de malignidad. La clasificación OMS 2004 es la actualmente más utilizada. La reciente actualización de la clasificación de la OMS en 2016¹⁰ no presenta grandes variaciones respecto a la previa.

Tradicionalmente los tumores vesicales se habían estadificado según la escala T: Ta, T1, T2, T3 o T4 (tabla 1), considerándose tumor musculoinfiltrante aquel que alcanzaba o superaba el estadio T2. La nomenclatura actual los divide en no musculoinvasivo o musculoinvasivo, lo que implica grandes diferencias en cuanto a opciones terapéuticas y pronóstico vital. Dentro de los tumores no musculoinvasivos requieren mención especial los clasificados como T1 (afectación de la lámina propia), ya que se considera dicha afectación como una muestra de la naturaleza invasiva del tumor vesical. Como la variabilidad interobservacional es considerable¹¹, deben manejarse otros datos que ayuden a tomar decisiones terapéuticas.

Factores pronósticos para los T1: invasión vascular y patrón de crecimiento (sólido frente a papilar)¹²; profundidad de invasión¹³, la superior a 1,5 mm, se relacionó con un mayor estadificación en la pieza de cistectomía (sensibilidad del 81% y especificidad del 83%) y con la supervivencia a los 5 años.

Si aun así existen dudas puede plantearse una reestadificación. La reestadificación mediante re-resección transuretral (RTU) de los

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8762661>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8762661>

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