

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

Cáncer vesical

* P. Martínez S.

RESUMEN

Se analiza la frecuencia creciente con la edad del cáncer vesical. El gran síntoma es la hematuria que en ausencia de infección obliga a estudio endoscópico y a biopsia vesical múltiple sistematizada. La citología es positiva en forma creciente mientras más indiferenciado es el tumor. La Radiología y Ecografía contribuyen al diagnóstico de lesiones vesicales y detectan lesiones altas. La resección del tumor y biopsia de mapeo permiten etapificar cada caso. En los tumores superficiales la R.T.U., será el procedimiento de elección, asociada a Quimioterapia o Inmunoterapia con B.C.9 que controlan el Carcinoma *in situ* en un 70% a 2 años. El Carcinoma *in situ* es un factor de mal pronóstico. Los cánceres invasores deben ser tratados con cistectomía total si las condiciones del paciente lo permiten. La sobrevida es de 60% a 5 años para T1 + T2 y de 33% para T3a + T3B.

Existen posibilidades de mejorar esta sobrevida con quimioterapia preoperatoria. La Radioterapia ha sido progresivamente abandonada como tratamiento coadyuvante.

INTRODUCCION

El cáncer vesical se presenta en una frecuencia de 20 por 100.000 a la edad de 40 años, ascendiendo a 200 por 100.000 para el hombre y 50 por 100.000 en la mujer entre los 70 y 80 años. En el 70% de los casos se trata de tumores papilares superficiales, de ellos 5 a 10% carcinoma *in situ*, y en el 90% el tipo histológico es de células transicionales.

CLINICA Y ESTUDIO

Al menos un 75% de los cánceres superficiales presenta hematuria macro o microscópica como primer síntoma, sin que haya relación con el tamaño o capacidad invasora del tumor. La persistencia de hematuria microscópica y síntomas de irritación vesical en presencia de Sedimento de Orina y cultivos negativos, obliga a evaluación urológica. En un 30% hay infección aso-

ciada, predominando los síntomas de irritación vesical. El estudio cistoscópico tiene el más alto rendimiento. La citología es un complemento al estudio endoscópico y su rendimiento es mayor mientras más indiferenciado es el tumor: 25% positividad para grados I; 50% grados II, 80% grados III de Broders. La Urografía intravenosa puede demostrar defectos de llenamiento y lesiones en el aparato alto. También permite descartar la presencia de un tumor sincrónico alto. La existencia de retracción vesical e hidronefrosis revelan la infiltración de tumores invasores.

La Ecografía puede visualizar tumores de hasta 5 mm en un 60% de los casos y sobre 5 mm en el 100% de los casos. La TAC cumple más bien en ayudar en la etapificación de cada caso. La biopsia vesical múltiple sistematizada establece un mapa que permite descubrir displasia, carcinoma *in situ* y otras áreas tumorales, lo que cambia el pronóstico y enfoque terapéutico. Este procedimiento deberá ser hecho con el paciente bajo anestesia y usando la pinza de biopsia fría. Además se puede efectuar una buena palpación bimanual de la vejiga. En nuestra práctica efectuamos simultánea-

* Departamento de Nefrourología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

BIBLIOGRAFIA

1. Cole, P.; Mouson, R.R.; Hamming, H.: "Annual incidence of bladder cancer per 100.000 population, according to sex". *N.Eng. J. Urol.* 284: 129, 1971.
2. Maldazys, J.; Dekermion, J.: "Management of superficial bladder Tumors and carcinoma *in situ*". *Genitourinary Cancer Management. Lea & Febiger.* Philadelphia, 1987.
3. Brum, B.; Gammalgard, J.; Christoffersen, J.: "Transabdominal dynamic ultrasonography in detection of bladder tumors". *J. Urol.* 132: 19, 1984.
4. Martínez, L.; Mery, J.; Martínez, P.: "Tratamiento de tumores vesicales superficiales con Adriamicina". *Rev. Ch. Urol.* 64: 33, 1983.
5. Morales, A.; Eidenger, D.; Brice, A.V.: "Intercavitary bacillus Calmetteguerin in the treatment of superficial bladder tumors". *J. Urol.* 116: 810, 1976.
6. Rivere, P.; Gorene, M.; Hinojosa, J.: "5 años de manejo BCG en cáncer vesical". *Rev. Ch. Urol.* 49: 41, 1986.
7. Herr, H.W.: "Carcinoma *in situ* of the bladder. *Semin. Urol.* 1: 15, 1983.
8. Benson, M.C.; Olsson, C.A.: "Surgery of the bladder. *Urologic Surgery Churchill Livingstone.* New York, 1984.
9. Boms, R.W.; Dick, A. L.; Hadley, H.L.; Johnston, Q. L.: "Survival following transurethral resection of bladder carcinoma". *Cancer Res.* 37: 2895, 1977.
10. Martínez, S. P.; Paz, P.B.; Martínez, V.L.: "Cistectomía subtotal y enterocistoplastia en el tratamiento del cáncer vesical". *Rev. Ch. Urol.* 48: 79, 1985.
11. Alsson, C.: "Management of invasive carcinoma of the Bladder". *Genitourinary cancer management. Lea & Febiger.* Philadelphia 1987.
12. Martínez, L.; Martínez, P.; González, P.; Mery, J.; Thenot, J.; Dell'Oro, R.: "Nuestra experiencia con la cistectomía total en el tratamiento vesical". *Rev. Ch. Urol.* 29: 46, 1983.
13. Srougi, M.; Simon, S.; Menezes de Goes: "Nova perspectiva no tratamento do câncer infiltrativo de bexiga". *J. Bras. Urol.* 11: 87, 1985.



TERUMO [◇]

PRODUCTOS MEDICOS DESCARTABLES

Banco de Sangre – Laboratorio
Equipos para infusión – Diálisis

APARATOS ELECTROMEDICOS



SALYMED LTDA.

Huérfanos 979 Of. 815 Fonos 6987072-335662 Santiago