TRABAJOS ORIGINALES

Cáncer de vejiga: ¿estamos llegando a músculo?

Bladder cancer: are we reaching muscle?

Vicente García L.[1], Cristián Garrido S.[2], [3], Ignacio Morales D.[4], Pedro Donetch U.[3], Paulina Ibañez A.[5], Luis López N.[4], Christian Morales D[4].

1. Interno 7° año Medicina Universidad de los Andes. 2. Magister© Epidemiología Clínica Universidad de los Andes. 3. Médico cirujano adjunto a servicio urología HPSB. 4. Médico-urólogo servicio urología HPSB. 5. Jefe Servicio anatomía patológica HPSB, Hospital Parroquial de San Bernardo, Universidad de los Andes.

RESUMEN

Introducción: El cáncer vesical es el noveno cáncer más común a nivel mundial. La finalidad de la RTUv en los tumores Ta y T1 es hacer un diagnóstico completo y correcto, y una resección terapéutica.
Objetivo: Determinar el porcentaje de muestras con tejido muscular de las RTUv.
Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo. Incluidos todos los informes del Servicio de Anatomía Patológica del HPSB desde el 2001 hasta Julio de 2012, informados como muestra de vejiga o cáncer vesical.
Resultados: 122 casos cumplieron todos los criterios. 87.7% presentaban tejido muscular. De las muestras con diagnóstico de cáncer, 28.6% presentaban infiltración, 32.4% eran de alto grado y 67.6% de bajo grado. Conclusión: cerca del 88% de las RTUv que se han realizado en los últimos 10 años en nuestra unidad y que están indicadas por el diagnóstico o sospecha de cáncer vesical, tienen tejido muscular y por lo tanto están correctamente realizadas.

Palabras clave: Resección transuretral, cáncer vesical superficial.

ABSTRACT

Introduction: Bladder cancer is the ninth most common cancer worldwide. The purpose of TURB in Ta and T1 stage tumors is to make a complete and accurate diagnosis, and therapeutic resection. Objective: To determine the percentage of samples with muscle tissue of TURB. Materials and Methods: Retrospective, longitudinal and descriptive study. Including all Service reports HPSB Pathology from 2001 until July 2012, reported as a bladder sample or bladder cancer. Results: 122 cases met all the criteria. 87.7% had muscle tissue. Of the samples with cancer diagnosis, 28.6% had infiltration, 32.4% were high grade and 67.6% low grade. Conclusion: About 88% of the TURB that have been made in the last 10 years in our unit and are indicated by the diagnosis or suspected bladder cancer have muscle tissue and therefore were made correctly.

Palabras clave: Resección transuretral, cáncer vesical superficial.

INTRODUCCIÓN

El cáncer vesical es el noveno cáncer más común a nivel mundial, con más de 330.000 casos nuevos cada año y más de 130.000 muertes por año, siendo la razón hombre: mujer de 3.8: 1.0 (1). Al momento del diagnóstico, 70% de los casos son diagnosticados como cáncer vesical no infiltrante del músculo, o bien superficial, y el restante 30% aproximadamente como enfermedad invasora (2).
El diagnóstico del cáncer vesical se realiza a través de la biopsia de la lesión obtenida a través de la resección transuretral de la misma (RTUv). De acuerdo a la clasificación TNM, un tumor papilar confinado a la mucosa es clasificado como un estadio Ta, mientras que los tumores que han invadido la lámina propia son clasificados como T1 (3).
La finalidad de la RTUv en los tumores de vejiga Ta y T1 es hacer un diagnóstico completo y correcto, removiendo todas las lesiones visibles, con lo cual también presenta una acción terapéutica. La estrategia de la resección depende del tamaño de la lesión. Tumores pequeños (<1cm) pueden ser resecados en bloc, es decir que la muestra contenga completamente al tumor sumado una parte de la pared vesical. Tumores de mayor tamaño deben ser resecados en fracciones separadas, que incluirían la parte exofítica del tumor, la pared vesical con músculo detrusor que se encuentra inmediatamente profundo, y los bordes del área resecada (4). Ergo, una RTUv completa y correcta es esencial para alcanzar un buen pronóstico (5). Se ha confirmado que la ausencia de músculo detrusor en

las muestras está asociada a un significativo mayor riesgo de tener enfermedad residual y recurrencia precoz (6).
Un estudio inglés (6) muestra que la presencia de tejido muscular en sus procedimientos es cercana al 68%, y que esto dependería del tamaño, grado y experiencia del cirujano. En el ámbito nacional, existe un estudio (7) que muestra que en este caso la presencia de músculo es cercana al 60%, donde, al contrario del estudio anterior, los cirujanos con menos experiencia son los que tenían mejores resultados.

OBJETIVO

Determinar el porcentaje de muestras con tejido muscular de las RTU vesicales que se han realizado en la Unidad de Urología del Hospital Parroquial San Bernardo.
Materiales y métodos
El modelo de estudio es retrospectivo, longitudinal y descriptivo. Se incluyeron todos los informes del Servicio de Anatomía Patológica del HPSB desde el año 2001 hasta el último registrado (Julio 2012), que estuvieran informados como muestra de vejiga o cáncer vesical de cualquier tipo. Se excluyeron los informes que tuvieran muestra de vejiga pero que no tenían el diagnóstico clínico o sospecha de cáncer; como también aquellos informes en los que la muestra era el órgano completo, es decir cistectomía, y aquellos que eran biopsias frías.

RESULTADOS

Se obtuvo un total de 178 informes correspondientes a muestras de tejido vesical. Veintiséis casos fueron excluidos por no corresponder a muestras por RTUv; 4 casos fueron excluidos por tener un informe anatomopatólogico incompleto y que no se pudo completar por extravío de la ficha clínica o del protocolo quirúrgico. En 32 informes, no quedó clara la presencia o ausencia de tejido muscular, por lo que se planteó la revisión de las placas, lográndose solo en 6 casos, los cuales fueron incluidos finalmente. Los 26 casos restantes no se lograron revisar debido al extravío o deterioro de las muestras originales.
En definitiva, 122 casos cumplieron todos los criterios, 54 (34,1%) de los cuales estaban ubicados entre el año 2001 y el 2007, y los 68 (65,9%) restantes del 2008 hasta el último registrado. Del total, 26 correspondían a pacientes mujeres y 96 a hombres, lo que da una relación hombre: mujer de 3.7: 1. El promedio de edad del total de pacientes fue de 67.7 años. Del total de casos, 107 (87.7%) contaban con la presencia de tejido muscular en la muestra. Los restantes 15 (12.3%), carecían de este tejido (Tabla 1).

Cáncer	n (%)
M	107 (87,7)
no M	15 (12,3)
Total	122 (100)

Tabla 1. Presencia o ausencia de tejido muscular en las muestras vesicales por RTUv.

Además, del total de muestras con tejido muscular y diagnóstico histológico de cáncer (n=98), 28 (28.6%) presentaban infiltración (Tabla 2). De todas las muestras con cáncer (n=111), ya sea con o sin músculo, y con o sin infiltración, 36 (32.4%) eran de alto grado y 75 (67.6%) de bajo grado (Tabla 3).

Cáncer	n (%)
Infiltrante	28 (28,6)
No infiltrante	70 (71,4)
Total	98 (100)

Tabla 2. Prevalencia de infiltración en las muestras con diagnóstico histológico de cáncer y presencia de músculo.

Cáncer	n (%)
Alto grado	36 (32,4)
Bajo grado	75 (67,6)
Total	111 (100)

Tabla 3. Grado histológico en todas las muestras con diagnóstico de cáncer.

CONCLUSIÓN

Cerca del 88% de las RTU vesicales que se han realizado en los últimos 10 años en nuestra unidad, y que están indicadas por el diagnóstico o sospecha de cáncer vesical, están correctamente realizadas; es decir, cuentan con la presencia de tejido muscular vesical en la muestra y por lo tanto se puede hacer el diagnóstico correcto y completo.
La relación hombre: mujer del cáncer vesical superficial que existe en la población de San Bernardo es similar a la descrita en la literatura, asimismo como la prevalencia de enfermedad infiltrante al momento de hacer una RTU con diagnóstico o sospecha de enfermedad superficial.

DISCUSIÓN

Los resultados encontrados en este estudio indican que la técnica que se está utilizando para la RTU en el cáncer vesical superficial es de una calidad superior a lo publicado. La gran mayoría de las muestras vesicales contaban con tejido muscular. Esto podría explicarse porque el número de cirujanos que se encargan de hacerlas no es muy grande, con lo que la cantidad de procedimientos por cada uno debe ser importante así como su experiencia; con esto, sería interesante ver el número de RTU por cirujano cada año y estudiar la relación que existe con el desempeño. También, por supuesto, observar y estudiar otras posibles causas de este buen resultado, con el propósito de darlas a conocer para tener mejor desempeño tanto en nuestra unidad como

en otras unidades.

Este estudio da pie para nuevos estudios. Con los datos y resultados obtenidos se tiene la intención de aprovecharlos lo mejor posible, avanzar más en la investigación y aportar mayor información sobre el cáncer vesical superficial en la población chilena. Asimismo se está poniendo énfasis en la optimización del manejo y almacenamiento de la información, aprovechando el sistema computarizado y ordenado del Servicio de Anatomía Patológica, con la intención de hacer nuevos estudios con un universo que tenga una pérdida de datos mínima y, nuevamente, mejorar la información respecto de nuestra población.

BIBLIOGRAFÍA

1. The present and future burden of urinary bladder cancer in the world. Ploeg M, Aben KK, Kiemeney LA. 2009, World J Urol, Vol. 27, págs. 289-293.

2. De novo muscle invasive bladder cancer: is there a change in trend? Vaidya A, Soloway MS, Hawke C, et al. 2001, J Urol, Vol. 165(1), págs. 47-50.

3. Sobin LH, Gospodariwicz M, Wittekind C (eds). TNM classification of malignant tumors. UICC International Union Against Cancer. 7th. Oxford : Wiley-Blackwell, 2009. págs. 262-265.

4. JU, Hohenfellner R. Stolzenburg. Manual Endourology. IX. Berlin : Springer, 2005. págs. 55-70.

5. Variability in the recurrence rate at first follow-up cystoscopy after TUR in stage Ta T1 transitional cell carcinoma of the bladder: a combined analysis of seven EORTC studies. Brausi M, Collette L, Kurth K, et al y Group., EORTC Genito-Urinary Tract Cancer Collaborative. 2002, Eur Urol, Vol. 41(5), págs. 523-31.

6. Detrusor muscle in the first, apparently complete transurethral resection of bladder tumour specimen is a surrogate marker of resection quality, predicts risk of early recurrence, and is dependent on operator experience. Mariappan P, Zachou A, Grigor KM. 2010, Eur Urol, Vol. 57(5), págs. 843-9.

7. Presencia de músculo detrusor en la resección transuretral de cáncer vesical superficial y su relación con la experiencia quirúrgica. Rojas F, Zúñiga A, Rodríguez C, et al. 2011, Rev. Chil. Urol., Vol. 76 nº3, pág. 210.