

Cáncer de la vía excretora. Experiencia de 20 años en un Hospital General

Dres. CAPONI, H.O.; DE BATTISTA, N.; FRATTINI, G.; VAREA, S.; RODRIGUEZ CONSOLI, J.; BIRABEN, M.; BRASCHI, FERNANDEZ, M.;

RESUMEN: En el período comprendido entre los años 1971 y 1991 se evaluaron en el Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata 25 casos de carcinoma transicional de la vía excretora. El presente trabajo es un análisis retrospectivo de esos casos. Se encontró una edad promedio de 67,8 (+/- 9,2) y una clara supremacía del sexo masculino (88%). La mayoría de los pacientes se presentó con hematuria (n=15) y/o dolor lumbar (n=13) y el urograma excretor resultó ser la prueba diagnóstica más confiable (92% de hallazgos positivos). 18 de los casos fueron de localización derecha y en un 100% de los casos se efectuó tratamiento quirúrgico con diversas técnicas. Fue necesario un 2º tiempo en 3 pacientes. La anatomía patológica reveló un 60% de tumores estadio A y un 48% de tumores grado III. La sobrevida global fue de 48,5% a 4 años y no se encontró diferencia estadísticamente significativa en la sobrevida de los tumores estadio A vs. los estadios B, pero sí se encontró mayor probabilidad de sobrevida en los tumores grado II que en los tumores grado III.

(Revista Argentina de Urología, Vol. 58, Nº 3, Pág. 110, 1993)

Palabras Clave: Carcinoma de vía excretora.

INTRODUCCION

El carcinoma transicional de la vía excretora es una entidad patológica poco frecuente. (1,2,3,4,6,10).

Existe sin embargo abundante bibliografía concerniente a los métodos de diagnóstico, localización, tratamiento quirúrgico, tratamiento alternativo, anatomía patológica, seguimiento y sobrevida. (1,3,8,9,11).

La mayoría de las publicaciones coinciden en destacar la necesidad de un diagnóstico precóz y un rápido tratamiento quirúrgico ya que ésta es la única alternativa válida de sobrevida. Así también expresan la habitual coexistencia de tumor vesical, alentando al control del

arbol urinario bajo cuando se presenta ésta patología.

El objetivo del presente trabajo es presentar un análisis retrospectivo, de los últimos veinte años, de los carcinomas transicionales de la vía excretora urinaria diagnosticados en un hospital general.

MATERIAL Y METODOS

Se analizaron en forma retrospectiva los pacientes a quienes se les diagnosticó tumores de vía excretora urinaria en el Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata entre Octubre de 1971 y Octubre de 1991.

Se incluyeron para éste estudio todos los casos con diagnóstico anatomopatológico de carcinoma transicio-

Servicio de Urología
Hospital Privado de Comunidad
7600 Mar del Plata - Argentina.

SAU

nal de la vía excretora, independientemente de la edad, sexo, localización, grado o estadio.

Se analizaron: el sexo y edad, los síntomas de presentación, los métodos de diagnóstico utilizados, la presencia de tumor en cada caso y las complicaciones de ésta. Se constató también el estadio y grado tumoral.

Finalmente, se llevó a cabo un análisis actuarial de sobrevida global, y discriminando entre los distintos grados y estadios.

El análisis estadístico se llevó a cabo con la prueba exacta de Fisher y la prueba de t. El análisis actuarial se efectuó con la prueba de Wilcoxon y el método de Kaplan y Meyer.

COMENTARIO

En el período comprendido entre los años 1971 y 1991 se diagnosticaron en el Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata 25 casos de Cáncer Transicional de la Vía Excretora, todos los cuales cumplieron con los criterios de inclusión en el presente estudio. La edad promedio de los pacientes fue de 67,8 (+/- 9,2), con un 88% (n=22) de hombres. (Tabla 1)

TABLA 1

CA. TRANSICIONAL DE LA VIA EXCRETORA CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES

EDAD PROMEDIO	67,7 Años (d.s.=9,2)	
CARACTERISTICA	n	%
SEXO: MASCULINO	22	88
FEMENINO	3	12
LOCALIZACION: DERECHO	7	28
IZQUIERDO	18	72
GRADO HISTOL: GRADO I	2	8
GRADO II	11	44
GRADO III	12	48
ESTADIO AN-CLIN.: ESTADIO A	15	60
ESTADIO B	9	36
ESTADIO C	1	4

En cuanto a la sintomatología clínica en el momento del diagnóstico los pacientes se presentaron con: Hematuria (n=15) es decir 60%; Dolor lumbar n=13 (52%); y Pérdida de Peso en 2 pacientes (8%).

El 32% del los pacientes (n=8) había desarrollado tumor vesical previo, y, según la clasificación de Jewett (12), en todos los casos se trató de tumores Estadio A, 5 de Grado II y 3 de Grado III.

Los métodos de diagnóstico utilizados fueron: Urograma (76%), Tomografía Axial Computada en 10 pacientes (40%), Ecografía en 8 pacientes (32%), y angiografía en 2 pacientes (8%). Se encontró que 2 de las Pie-

lograffias (10,5%), 2 Ecografías (25%) y ambas Angiografías (100%) eran normales. Los hallazgos se detallan en la tabla 2.

TABLA 2

CA. TRANSICIONAL DE LA VIA EXCRETORA METODOS DE DIAGNOSTICO

METODO	HALLAZGO	n	% +
UROGRAMA EXCRETOR (n=23)	Falta de relleno	15	65
	Anulación función.	5	22
	Hidronefrosis	3	13
PIELOGRAFIA ASCENDENTE (n=19)	Falta de relleno	17	89,5
	Normal	2	10,5
T.A.C. (n=10)	Masa ocupante	8	80
	Normal	2	20
ECOGRAFIA (n=8)	Masa ocupante	5	62,5
	Hidronefrosis	1	12,5
	Normal	2	25
ANGIOGRAFIA (n=2)	Normal	2	100

La localización de los tumores fue: Izquierdo en 18 pacientes (72%) y derecho en 7 pacientes (28%). No se constató ningún caso de tumor bilateral.

El tratamiento efectuado fue quirúrgico en todos los casos (100%) y las variantes incluyeron: nefrectomía sin ureterectomía en 6 pacientes (24%), nefroureterectomía con cistectomía parcial en 3 pacientes (12%), ureterectomía parcial con uretero-neo anastomosis en 1 pacientes (4%) y en 1 paciente que había sido nefrectomizado previamente por uropionefrosis se efectuó ureterectomía del muñon con cistectomía parcial (4%). (Cuadro 3).

TABLA 3

CA. TRANSICIONAL DE LA VIA EXCRETORA TRATAMIENTO QUIRURGICO

TIPO DE CIRUGIA	n	%
• Nefroureterectomía con cuff vesical	14	56
• Nefrectomía sin ureterectomía	6	24
• Nefroureterectomía con cistectomía parcial	3	12
• Ureterectomía parcial con ureteroneo anastomosis	1	4
• Ureterectomía de muñon con cistectomía parcial	1	4

En pacientes (12%) fue necesario un segundo tiempo quirúrgico para efectuar: ureterectomía con cuff vesical en 2 pacientes a quienes se les había efectuado sólo nefrectomía en una primera intervención a raíz de su condición quirúrgica, y nefroureterectomía con cuff vesical en el pacientes a quien se le había efectuado la ureterectomía parcial con ureteroneoanastomosis que presentó recidiva tumoral en el ureter a los 25 meses de efectuada la primera cirugía.

Las complicaciones del tratamiento ocurrieron en 11

pacientes (44%), distribuyéndose como lo muestra la tabla 4. Sólo en un caso las complicaciones derivaron en la muerte del paciente.

TABLA 4

**CA. TRANSICIONAL DE LA VIA EXCRETORA
COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO**

COMPLICACIONES (n=11)	n	%
INFECCION DE LA HERIDA	6	24
FIEBRE	3	12
G. INTESTINALES (ILEO PROLONG)	1	4
PULMONARES (EPOC REAGUDIZADO)	1	4

*Solo en el último caso se produjo el fallecimiento del paciente.

La anatomía patológica reveló que todos los tumores eran carcinomas transicionales y, según la clasificación de Jewett (4.12) se constató que hubo: 15 pacientes con estadio C (4%), con respecto al grado de diferenciación celular de los tumores, 2 eran Grado I (8%), 11 eran grado II (44%) y 12 eran grado III (48%), según la clasificación de Broders (5). (Tabla 1).

Se constató antes de la finalización del estudio el fallecimiento de 12 pacientes (48%), 8 (32%) de los cuales murieron por progresión tumoral y 4 (16%) por otras causas, entre los que está incluido el fallecido por muerte perioperatoria. (Tabla 5).

TABLA 5

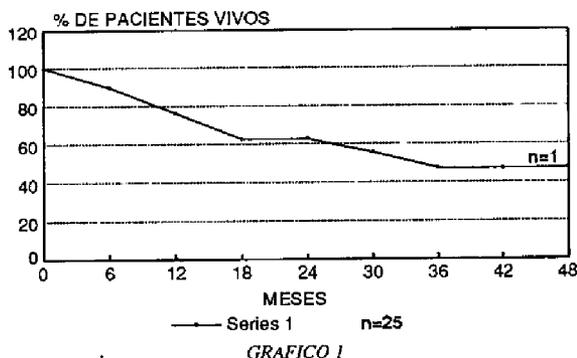
**CA. TRANSICIONAL DE LA VIA EXCRETORA
CAUSA DE MUERTE**

MUERTE POR PROGRESION DEL TUMOR	
8 PACIENTES.....	32%
MUERTE POR OTRA CAUSA (16%)	
A.C.V.	1 PACIENTE (4%)
E.P.O.C. REAGUDIZADO	1 PACIENTE (4%)
TUMOR DE LA VIA BILIAR	1 PACIENTE (4%)
HEMORRAGIA DIGESTIVA Y	
SEPSIS	1 PACIENTE (4%)

Análisis actuarial de Sobrevida:

La sobrevida global fue del 48,5 % a 4 años (Gráfico 1).

**CA. TRANSICIONAL VIA EXCRETORA
SOBREVIDA ACTUARIAL GLOBAL**



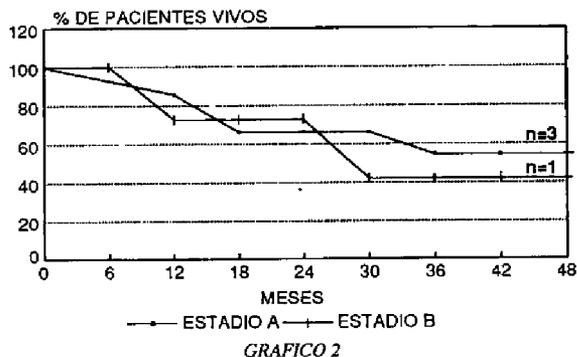
Discriminando según estadio anatómico y grado histológico los resultados fueron: 55% para el estadio A, 41% para el estadio B, 65,4% para el grado II y 45,5% para el grado III, siempre tomando en cuenta sobrevida a 48 meses. (Tabla 6). No se encontró diferencia estadísticamente significativa en la sobrevida al comparar los pacientes en estadio A con los de estadio B (Gráfico 2). Sin embargo sí se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p=0,02$) en la comparación del grupo con tumores grado 2 vs. el grupo con tumores grado 3 (Gráfico 3).

TABLA 6

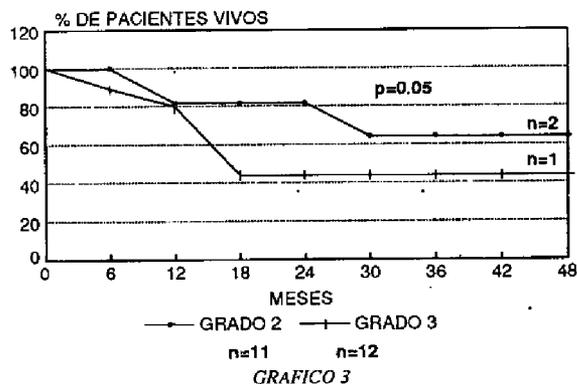
**CA. TRANSICIONAL DE LA VIA EXCRETORA
ANALISIS ACTUARIAL SOBREVIDA 4 AÑOS**

PACIENTES	n	SOBREVIDA %
GLOBAL	25	48,5
ESTADIO A	15	55
ESTADIO B	9	41
GRADO II	11	65,4
GRADO III	12	45,5

**CA. TRANSICIONAL VIA EXCRETORA
ESTADIO A VS. ESTADIO B**



**ANALISIS ACTUARIAL DE SOBREVIDA
GRADO 2 VS GRADO 3**



Cabe destacar que ni el estadio C (n=1) ni el grado I (n=2) tuvieron significación estadística como grupo por el reducido número de pacientes.

DISCUSION

El carcinoma transicional de vía excretora es una entidad patológica poco común en éste Hospital y la estadística nos habla de sólo 25 casos en 20 años de análisis. Esto concuerda con la variada bibliografía sobre el tema (1,3,5,6,7,11) si bien existen casuísticas de hasta 170 pacientes (10) en similares períodos de tiempo.

La edad promedio encontrada (67,8) concuerda con la de la bibliografía y en cuanto al sexo si bien se ha descripto siempre prevalencia para el sexo masculino (2:1 o 3:1) en nuestro trabajo dicha prevalencia fue mucho más marcada (7:1) (1,2,3,4,5,8,10,11).

La hematuria, confirmando lo hallado en la bibliografía, fue el síntoma de presentación más habitual.

La presencia de tumor vesical previo en el 32% de los pacientes es similar a la encontrada en otros trabajos sobre el tema. (2,3,10).

Se ha encontrado que el urograma excretor (100% patológico en los 23 casos en que se efectuó) y la pielografía ascendente (17 hallazgos patológicos sobre 19 efectuadas) siguen siendo los 2 métodos de diagnóstico más confiables, tal como lo confirma la bibliografía (3,5,6).

La clara supremacía de la localización de los tumores en la vía excretora izquierda (72%) sobre los del sistema colector derecho (28%) hallada en nuestro trabajo, no concuerda con lo hallado por diversos autores los cuales encontraron, o bien proporción 1:1 (2,4,5,6) o bien prevalencia de los tumores ubicados en la vía excretora derecha (7,8). Tal como se constata en la literatura (1,2,5,7,9,10,11) la cirugía es el tratamiento de elección en el carcinoma transicional de la vía excretora. Al analizar las diferentes técnicas comprobamos que según diversas publicaciones (4,5,10) la nefroureterectomía con o sin cuff vesical ha probado dar mejores resultados de sobrevida que la cirugía conservadora (nefrectomía simple o resección local del tumor).

En nuestra casuística no hemos podido hacer la comparación antes mencionada pues en casi el 80% de nuestros pacientes se practicó el procedimiento más agresivo. Si embargo sí podemos afirmar que los 3 casos (37,5%) en los que fue necesario efectuar un 2º tiempo por recidiva sobre 8 cirugías conservadoras es superior al hallado en otras publicaciones (1,6,7,10) e inferior al encontrado en otras (2).

La mortalidad perioperatoria de 1% (n=1) es similar a la hallada por Steffens y Nagel (1,9% sobre 160 cirugías) (10).

La preponderancia del estadio anatómo-patológico A so-

bre el B concuerda con algunos trabajos (1,4,11) y la paridad hallada de los grado I con los grado II no era esperable de acuerdo con varios autores que encontraron mayor porcentaje de grado II (3,4,5,7,8,11).

La sobrevida actuarial global (48,5% a 4 años) es inferior a la encontrada por otros autores (1,7,10) y similar a la hallada por otros (4,6).

El hecho de que no existiera diferencia estadísticamente significativa al comparar el estadio tumoral (A vs. B) concuerda con lo hallado por algunos autores (1,4) pero no con otros que encontraron mayor sobrevida en los estadios A (5,6,7,8).

En cambio, la diferencia estadísticamente significativa de mejor sobrevida de los tumores grado II, comparado con los tumores grado III, concuerda con lo hallado en la mayoría de las publicaciones. (1,3,4,6,7).

CONCLUSION

- Con el tratamiento quirúrgico en el carcinoma transicional de la vía excretora se obtiene un 50% de sobrevida a 4 años.

- Existe igual probabilidad de sobrevida entre los tumores estadio A que los tumores estadio B.

- Existe mayor probabilidad de sobrevida en los tumores grado II que en los tumores grado III.

BIBLIOGRAFIA

1. Mufti, J. R. y colaboradores: Transicional Cell Carcinoma of the Renal Pelvis and Ureter. *British Journal of Urology*, 63: 135-140, 1989.
2. Karizoe, T. y colaboradores: Transicional Cell Carcinoma of the Bladder in patients with Renal Pelvic and Ureteral Cancer. *The Journal of Urology*, 124: 17-19, 1980.
3. Nielsen, K. y colaboradores: Primary Tumors of the Renal Pelvis: Evaluation of clinical and Pathological Features in a consecutive series of 10 years. *The Journal of Urology*, 140: 19-21, 1988.
4. Rubenstein, M. A. y colaboradores: Transicional Cell Carcinoma of the kidney: 25 year experience. *The Journal of Urology*, 119: 594-597, 1978.
5. Murphy, D. y colaboradores: Management of High Grade Transicional Cell Cancer of the Upper Urinary Tract. *The Journal of Urology*, 125: 25-29, 1981.
6. Kirkali, Z. y colaboradores: Urothelial Tumors of the Upper Urinary Tract. *British Journal of Urology*, 64: 18-24, 1989.
7. Krogh, J. y colaboradores: Transicional Cell Carcinoma of the Upper Urinary Tract: Pronostic Variables and Postoperative Recurrences. *British Journal of Urology*, 67: 32-36, 1991.
8. Kvist, E. y colaboradores: A comparative Study of Transicional Cell Tumors of the Bladder and Upper Urinary Tract. *Cancer*, 61: 2109-2112, 1988.
9. Hatch, T. y colaboradores: Time Related Recurrence Rates

- in Patients with Upper Tract Transitional Cell Carcinoma. *The Journal of Urology*, 140: 40-41, 1988.
10. Steffens, J. y Nagel, R: Tumors of the Renal Pelvis and Ureter: Observations in 170 patients. *British Journal of Urology*, 61: 142: 280-283, 1989.
11. Anderstrom, C. y Nagel, R: Tumours of the Renal Pelvis and Ureter: Clinicopathologic Study of 49 Cases. *The Journal of Urology*, 142: 280-283, 1989.
12. Catalona, W. J. Urotelial Tumors of the Renal Pelvis and Ureter. En: Walsh PC y colaboradores. *Campbell's Urology*. Sexta Edición. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1992. Vol. 2, Cap. 28, p. 1137-1158.
-