

Cáncer de Vejiga no musculo invasor

AUTOR: *Dr. Alvaro Despaux*

La vejiga es un órgano hueco ubicado a nivel de la pelvis, que presenta como función el almacenamiento de orina generada en los riñones, la cual luego se eliminará hacia el exterior. Su pared esta compuesta de distintas capas, la más interna, en contacto con la orina, es la mucosa. Luego se encuentra el músculo de la vejiga (denominado detrusor), cuya contracción genera la eliminación de la orina hacia el exterior. La última capa y más superficial es la serosa, por donde llegan los vasos sanguíneos y nervios hacia la vejiga.

El cáncer de vejiga se origina a partir de un crecimiento anómalo de células a nivel de la mucosa vesical. Es el 9º tumor mas frecuente y presenta una mayor frecuencia en hombres, con una edad promedio de diagnóstico en torno a los 70 años. Es importante tener presente su división en dos tipos:

1. Cáncer de vejiga no musculo invasor
2. Cáncer de vejiga musculo invasor

Esta diferencia es crucial al momento de definir tratamientos así como pronósticos. La diferencia entre ambos es la invasión del músculo vesical (detrusor) lo cual marca la diferencia entre procedimientos de preservación de la vejiga y de extirpación de la misma, con el consiguiente impacto para la calidad de vida de las personas.

La invasión del musculo, determina una mayor probabilidad de diseminación de células cancerosas al resto del organismo, ya sea a ganglios locales como a órganos en otros sectores del cuerpo (pulmón, hígado, huesos)

Afortunadamente la mayoría de los tumores vesicales se encuentran dentro del grupo de cáncer de vejiga no musculo invasor al momento del diagnostico (70%), con un protocolo de tratamiento estipulado así como de un seguimiento de capital importancia para el control y el mejor resultado de esta patología.

Factores de riesgo

La principal causa conocida del cáncer de vejiga es el tabaco, al que se atribuyen en torno al 50% de todos los casos diagnosticados, y la primera medida para iniciar el tratamiento con el cese del mismo. El tabaco no sólo afecta la vía respiratoria a través del humo. Múltiples productos carcinógenos contenidos en los cigarrillos son absorbidos y eliminados por la orina, tomando contacto con las células de la mucosa vesical.

Existen otros factores de riesgo, pero la mayoría de ellos no son habituales en nuestro medio. Entre estos factores se incluye la exposición a algunas sustancias químicas de uso industrial (ciertos metales, tintes y gomas); la exposición a ciertos fármacos como la ciclofosfamida.

El riesgo de desarrollar cáncer de vejiga es ligeramente superior en los familiares de primer grado de pacientes con cáncer de vejiga, especialmente en familiares diagnosticados antes de los 60 años.

Prevención

La mejor manera de prevenir el cáncer de vejiga es evitar el consumo de tabaco ya que como se ha comentado es el factor de riesgo más importante para desarrollar la enfermedad.

No se realizan estudios de forma rutinaria en personas sanas para diagnosticar el cáncer de vejiga de forma precoz porque no existe evidencia de que esto sea realmente beneficioso. Sin embargo, en pacientes que han tenido un tumor de vejiga previamente, se debe realizar exámenes de control como detallaremos más adelante.

Síntomas

El principal síntoma de sospecha para el cáncer de vejiga es la aparición de sangre en la orina. Esta puede ser detectada a simple vista (hematuria macroscópica) o en un análisis de orina (hematuria microscópica). Existen otras causas más frecuentes no tumorales por las que puede aparecer sangre en la orina, incluyendo los cálculos en la vía urinaria, las infecciones urinarias, así como el crecimiento prostático en hombres. De todas maneras la hematuria es un síntoma importante por el que siempre se debe consultar con un urólogo.

Estudios diagnósticos

- Examen de orina / Urocultivo

Es el estudio en el cual se analiza las características de la orina, permitiendo confirmar la hematuria, o detectar una hematuria microscópica. El urocultivo nos permite descartar elementos infecciosos como causa.

- Ecografía de aparato urinario

Es un estudio imagenológico no invasivo que permite observar con detalle los riñones, uréteres y la vejiga siempre que se encuentre con una correcta preparación (hidratación previa con orina presente en toda la vía urinaria y una correcta distensión vesical). Es capaz de detectar los tumores vesicales, y evaluar su alcance sobre la vía urinaria. Permite evaluar otras causas de sangrado urinario (cálculos, tumores renales, aumento del tamaño prostático). Es importante tener en cuenta que no es un estudio exacto, pudiendo ser normal y existir oculto un tumor vesical ya sea porque presente un tamaño no detectable por este método, o por una mal preparación de la misma (vejiga con escasa orina).

- Cistoscopia

Es el principal método diagnóstico para el cáncer de vejiga, lo que se llama habitualmente como *''gold standar''*. Consiste en introducir a través de la uretra (sector por donde se elimina la orina) un instrumento que puede ser flexible o rígido, equipado con una pequeña cámara de vídeo. Esto nos permite observar directamente el interior de la vejiga, y por la misma vía se pueden realizar la resección de los tumores detectados como detallaremos mas adelante, fundamental para el diagnóstico definitivo por análisis microscópico del tipo de células. A través del mismos se puede confirmar la presencia de tumores vesicales, evaluar el tamaño y el número de los mismos.

Es un procedimiento invasivo que se puede realizar en el consultorio o en block quirúrgico si ya se plantea una posible resección del tumor.

Es el estudio principal para el seguimiento posterior de los tumores vesicales no musculo invasores, con una periodicidad con el objetivo de detectar nuevos tumores como analizaremos más adelante.

-Tomografía axial computarizada (TAC):

No se encuentra como primera línea para el diagnóstico de cáncer de vejiga no músculo invasor, se puede realizar en casos especiales en el que la cistoscopia sea de difícil realización o conlleve un riesgo mayor (pacientes con prótesis de cadera, añosos, anticoagulados).

Su uso principal es para tumores de vejiga músculo invasor en vistas a su estadificación y evaluar diseminación a ganglios o a otros órganos.

Tratamiento

El tratamiento de los tumores de vejiga depende de varios factores siendo el principal la invasión del músculo detrusor como fue nombrado inicialmente.

El primer paso en el tratamiento es la resección inicial de la lesión para luego mediante estudio anatomopatológico (microscopia) determinar el compromiso del musculo vesical y el tipo de células que lo componen.

En los tumores no músculo invasores el principal factor para determinar las líneas de tratamiento dependen del tipo de células y la agresividad de las mismas, lo que implica el riesgo potencial de invasión del músculo así como el riesgo de nuevos focos tumorales en la vejiga.

A continuación detallaremos los distintos pasos de tratamientos, siendo los mismos quirúrgicos y no quirúrgicos complementarios.

- Tratamiento Quirúrgico

Resección transuretral de vejiga (RTU vejiga)

Es la primer línea de tratamiento y en donde se definirá los pasos siguientes. Por lo general se realiza en el mismo momento de la cistoscopia, como parte de la confirmación diagnóstica y se evalúan las características de las lesiones, tamaño y número de lesiones.

Se realiza la resección por vía endourológica (mediante un instrumento de trabajo a través de la uretra, similar a la cistoscopia, que presenta un anza de resección que es como una espátula).

Se procede a resecar la o las lesiones con una muestra del musculo vesical y se envía a estudio anatomopatológico.

Es importante realizar varias apreciaciones en esta instancia:

- 1.** A modo de protocolo, puede ser necesaria una nueva resección, esto dependerá del tipo de células (a mayor agresividad, necesidad de una segunda resección) así como la ausencia en la muestra analizada de músculo (por dificultades en la técnica o por no contar con suficiente material). Esto último puede suceder en lesiones muy pequeñas o en vejigas de paredes muy finas (como en el caso de las mujeres) lo cuál hace que la resección sea muy cuidadosa para no generar una perforación de la vejiga.

2. Los tumores de vejiga cuentan con protocolos de resecciones reiteradas, así como de cistoscopías de control como parte del tratamiento y seguimiento, y esto no implica un mal tratamiento inicial, sino parte de un correcto tratamiento y seguridad para el control de la enfermedad.

El procedimiento requiere luego de la cirugía al menos 24-48 hs de internación en las cuales los pacientes quedan con una sonda vesical con un lavado permanente con suero a través de la sonda, a modo de seguridad frente a cualquier sangrado residual para evitar la formación de coágulos y la obstrucción de la vía urinaria.

Luego de pasado este período de control, se suspenderá el lavado y se retirará la sonda vesical con el alta posterior del paciente.

Es importante tener presente que en los días posteriores puede existir algún sangrado, que puede aparecer o estar presente hasta los 30 días luego del procedimiento, siendo esto parte normal de la cicatrización de la vejiga.

Es importante prestar atención a que no sea un sangrado importante con dificultades en la micción y posible retención de orina lo cuál es necesario consultar en emergencia para el correcto tratamiento.

-Tratamiento No quirúrgico

Tratamientos farmacológicos intravesicales

Luego de realizar el tratamiento quirúrgico y contar con el estudio microscópico se podrán definir los tratamientos complementarios posteriores.

Esto dependerá como analizamos previamente del tipo de células que conforman el tumor siendo los tipos mas agresivos los que necesiten de tratamientos complementarios mas intensos, y a la inversa los tumores de muy baja agresividad pueden prescindir de estos tratamientos.

Los tratamientos complementarios consisten en la aplicación sobre la vejiga (a través de una sonda vesical) de fármacos que potencian la respuesta inmunitaria (mecanismos de defensa propios) para detectar nuevas células malignas y eliminarlas.

Existen varios fármacos utilizados, fármacos inmunológicos, quimioterápicos, tratamientos combinados, siendo el que actualmente presenta mas evidencia de respuesta el uso de la vacuna de BCG (bacilo de Calmette-Guérin), utilizada habitualmente como vacuna para prevenir la tuberculosis.

Se ha comprobado que el contacto de los componentes de la vacuna sobre la mucosa vesical genera un respuesta inmunológica que aumentan las defensas locales y de esta forma la eliminación de posibles focos microscópicos de células cancerosas no detectadas.

Es un tratamiento fundamental como complemento de la cirugía y el mismo presenta un protocolo de instilaciones reiteradas en el tiempo. La duración del mismo dependerá de la agresividad del tumor pudiendo llegar hasta 36 meses de tratamientos espaciados.

Básicamente consiste en protocolos de instilaciones, comenzando inicialmente un período que se denomina de inducción (estimulación intensa) que consiste en 6 aplicaciones separadas por una semana cada una.

Luego de esto se sigue un protocolo de ‘ ‘mantenimiento’ ’ con instilaciones periódicas cada 3 meses de 3 aplicaciones, que luego pasaran cada 6 meses.

El procedimiento en si consiste en la colocación de una sonda vesical por un enfermero entrenado, y la instilación de la medicación a través de la misma generando así el contacto con la mucosa vesical.

El procedimiento dura aproximadamente 45-60 minutos, en el cual luego se evacua la medicación y se retira la sonda vesical

Los posibles efectos adversos, son vinculados a la respuesta inmunológica y pueden ser desde síntomas leves como ardor, o molestias al orinar, hasta ardor intenso, dolor, sangrados urinarios y fiebre.

Seguimiento

Es de capital importancia para obtener los mejores resultados el correcto seguimiento y la adherencia a los controles y tratamientos complementarios que se deben realizar.

Lo primero a tener en cuenta es que los tumores de vejiga representan una enfermedad de toda la vejiga con riesgo de que surjan nuevos focos tumorales con necesidad de nuevas resecciones. Esto puede suceder durante el tratamiento o en los años posteriores a finalizados los mismos, no debiéndose considerar esto una falla del tratamiento sino parte del riesgo de la enfermedad.

Para minimizar estos riesgos es de capital importancia varios puntos a tener en cuenta:

- 1.** El cese del hábito del tabaco, ya que de esta forma evitaremos el contacto de los tóxicos sobre una vejiga que ya presenta la enfermedad.
- 2.** La adherencia a los tratamientos complementarios, ya que el propósito de los mismos es combatir los posibles focos de células tumorales no detectadas o que aparezcan en la evolución

3. El correcto seguimiento con el urólogo tratante

El seguimiento en si, es llevado a cabo según los síntomas de alarma (principalmente hematuria) así como un protocolo reglado de cistoscopías periódicas.

Las mismas se realizaran con frecuencia de cada 3 meses inicialmente, previo a los tratamientos con BCG y luego se podrán espaciar cada 6 meses hasta un año.

Es importante tener presente que los controles son de por vida, no implicando esto la realización de cistoscopías infinitas, pero si de estudios imagenológicos como la ecografía de aparato urinario así como de exámenes de orina para la detección de microsangrados.