



Archivos Españoles de Urología

ISSN: 0004-0614

urologia@arch-espanoles-de-urologia.es

Editorial Iniestares S.A.

España

Calleja Escudero, Jesús; Müller Arteaga, Carlos; Torrecilla García- Ripoll, Juan Ramón; Pascual

Samaniego, Miguel; Fernández del Busto, Ernesto

RECIDIVA PELVIANA DESPUES DE CISTECTOMIA RADICAL POR CANCER VESICAL

Archivos Españoles de Urología, vol. 58, núm. 3, 2005, pp. 258-261

Editorial Iniestares S.A.

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181013920015>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Se han descrito técnicas endoscópicas como la ureterorenoscopia para visualizar y manejar otros tumores mesenquimatosos como los hemangiomas que cursan con hematuria persistente (5), pero en la actualidad están por encontrarse métodos diagnósticos más efectivos para este tipo de tumores benignos del riñón.

**BIBLIOGRAFIA y LECTURAS  
RECOMENDADAS (\*lectura de interés y  
\*\*lectura fundamental)**

- \*1. NAKAY, Y.; NAMBA, Y.; SUGAO, H.: "Renal lymphangioma". J. Urol., 162: 484, 1999.
2. ZAPALKA, D.; KRISHNAMURTI, L.; MANIVEL, C. y cols.: "Lymphangioma of the renal capsule". J. Urol., 168: 220, 2002.
- \*3. JOOST, J.; SCHAFER, R.; ALTWEIN, E.: "Renal lymphangioma". J. Urol., 118: 22, 1977.
- \*\*4. MURPHY, W.M.; BECKWITH, J.B.; FARROW, G.M.: "Atlas of tumor pathology". Armed Forces Institute of Pathology Ed; Washington DC. p. 153-180. 1993.
5. DANESHMAND, S.; HUFFMAN, J.: "Endoscopic management of renal hemangioma". J. Urol., 167: 488, 2002.

---

Casos Clínicos

---

Arch. Esp. Urol., 58, 3 (258-261), 2005

**RECIDIVA PELVIANA DESPUES DE CISTECTOMIA RADICAL POR CANCER VESICAL**

Jesús Calleja Escudero, Carlos Müller Arteaga, Juan Ramón Torrecilla García-Ripoll, Miguel Pascual Samaniego y Ernesto Fernández del Busto.

Servicio de Urología. Hospital Clínico Universitario. Valladolid. España

Correspondencia

Jesús Calleja Escudero  
c/ Domingo Martínez, 6 - 7ºB  
47007 Valladolid. (España)  
e-mail: jecaes@navegalia.com

Trabajo recibido: 4 de noviembre 2004

**Resumen.-** *OBJETIVO:* Presentamos un caso de un varón sometido a cistectomía radical con neovejiga ortotópica por cáncer vesical, con recurrencia local desarrollado a los 8 meses.

*MÉTODO:* Los estudios diagnósticos incluyen TAC y biopsia transrectal ecodirigida.

*RESULTADO:* Con el diagnóstico de recurrencia local, fue tratado con quimioterapia y radioterapia.

*CONCLUSIONES:* La recurrencia pélvica por carcinoma transicional después de cistectomía radical, es infrecuente y con pobre pronóstico. Está frecuentemente asociado con estadio tumoral avanzado. Debe ser tratado con abordaje multidisciplinario.

**Palabras clave:** Vejiga. Cáncer. Recurrencia. Cistectomía.

**Summary.-** *OBJECTIVES:* We report the case of a male patient who had undergone radical cystectomy and orthotopic neobladder for bladder cancer presenting with local recurrence eight months later.

*METHODS:* Diagnostic tests included CT scan and ultrasound guided transrectal biopsy.

*RESULTS:* With the diagnosis of local recurrence he underwent chemotherapy and radiotherapy.

*CONCLUSIONS:* The pelvic recurrence of transitional cell carcinoma after radical cystectomy is rare and prognosis is poor. It is frequently associated with advanced tumor stage. It should be treated by a multidisciplinary approach.

**Keywords:** Bladder. Cancer. Recurrence. Cystectomy

**INTRODUCCIÓN**

La recidiva pelviana después de cistectomía radical es definida como la aparición secundaria de un tumor de la misma naturaleza histológica que el tumor vesical inicial en el lecho quirúrgico o a nivel de la linfadenectomía ileo-obturatriz realizada en el momento de la cistectomía (1). Esta definición excluye las recidivas a nivel del resto uretral, anastomosis uretero-entérica, ganglios situados por encima de la bifurcación iliaca común, ganglios inguinales y metástasis sistémicas.

El porcentaje de recidiva pelviana ha pasado del 30-40 % en los años 50 a un 3,9-18% en las series recientes con una tasa media del 11,5 %.(1, 2).

Los pacientes con elevado estadio patológico o invasión ganglionar tienen un riesgo más elevado. La recidiva local es más frecuente en los tumores localmente avanzados (pT3b-pT4a) (2), sin que su frecuencia se modifique por la administración de radioterapia preoperatoria (3).

La recidiva local se puede justificar por varios mecanismos (3):

- Exéresis microscópicamente incompleta de la tumoración, dando lugar a márgenes macro o microscópicamente positivos. Que es probablemente la causa más importante de recidiva local actualmente. La extensión tumoral dentro de la grasa perivesical lateral o posterior puede dar lugar a una excisión inadecuada del tumor, con presencia del mismo en la pared pélvica, en la zona peritoneal de la región rectovesical o en la cara anterior del recto. Otro sitio posible de resección incompleta es el pedículo vesical con extensión de la enfermedad a lo largo de los vasos hipogástricos y en la disección de los ganglios regionales. En las mujeres, la enfermedad residual puede estar detrás del margen vaginal.
- Contaminación durante el acto quirúrgico por cistostomía inadvertida durante la movilización vesical, que es raro o por la diseminación a través de la orina después de la disección uretral.
- Existencia de afectación linfática regional microscópica residual.

Para algunos autores (4) la afectación limitada de ganglios o la enfermedad localmente avanzada es una contraindicación absoluta para la realización de neovejiga ortotópica. Sin embargo para otros, cuando es posible la resección macroscópica completa de la enfermedad pélvica, la neovejiga ortotópica es una opción razonable (5,6).

La recurrencia local raramente interfiere con la función de la neovejiga, siendo la localización de la recurrencia más importante que el tamaño de la misma (5).

La recidiva suele diagnosticarse como media entre los 8 y los 13 meses después de la cistectomía, con un intervalo entre 1 y 79 meses (2, 3), lo que parece confirmar que se debe a tumor residual microscópico en la pelvis o en los ganglios linfáticos.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 65 años de edad que consulta por hematuria. Entre los antecedentes personales destaca una intervención por úlcera gástrica hace 18 años.

En el estudio ecográfico y urográfico se aprecia una masa de 4x3 cm en cara lateral izquierda de vejiga y otra lesión polipoidea de 0,7 cm en cara lateral derecha. Con el diagnóstico de tumor vesical, se realiza RTU vesical. La anatomía patológica informa de carcinoma transicional GIII que infiltra ampliamente la muscular.

El paciente es sometido a cistectomía radical con enterocistoplastia destubulizada Wallace II. El estudio anatómopatológico de la pieza revela un carcinoma de células transicionales de alto grado de crecimiento papilar-sólido, que infiltra la muscular, sin afectar a la grasa. No se aprecia invasión vascular ni linfática. Límite de resección libre. Linfadenitis reactiva.

A los 8 meses de la cistectomía el paciente refiere dolor ano-rectal, observando en la TAC una gran masa pélvica que se extiende a la fosa isquiorectal, de 9x8,5x11cm. Es hipodensa, capta contraste de forma heterogénea. Desplaza y comprime anteriormente la neovejiga y lateralmente al rectosigma, con el que no se aprecia plano graso de separación y tampoco con el obturador interno izquierdo, el cual parece infiltrado. (Figura 1). Mínima ectasia pieloureteral derecha. Pequeñas adenopatías en

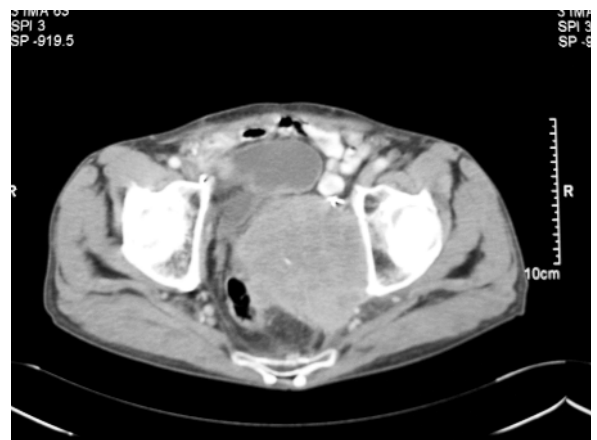


FIGURA 1. TAC en el que se observa masa pélvica de 9x8,5x11cm que se extiende a la fosa isquiorectal que desplaza y comprime anteriormente la neovejiga y lateralmente al rectosigma.

mesenterio y cadena ganglionar iliaca interna izquierda. No se evidencia afectación hepática.

Se realiza biopsia transrectal ecodirigida con diagnóstico anatomopatológico de recidiva de carcinoma de células transicionales de alto grado.

Se administra 20 Gy sobre recidiva pélvica con intención antiálgica y se inicia tratamiento paliativo con quimioterapia en regimen de metotrexate, vimblastina y carboplatino.

En TAC de control al finalizar el tratamiento se aprecia una masa en pelvis que desplaza neovejiga e infiltra fosa isquiorectal sin plano de separación con el músculo obturador interno izquierdo y recto de 5x5 cm. No se evidencian lesiones hepáticas.

El paciente se encuentra asintomático y subjetivamente bien a los 25 meses de la cistectomía y a los 16 meses del diagnóstico de la recidiva pélvica.

## DISCUSIÓN

Aproximadamente la mitad de los pacientes son asintomáticos. Pero puede manifestarse por la aparición de síntomas pélvicos o ser descubierto de forma incidental al realizar un examen clínico o una TAC. El dolor rectal o pélvico es el síntoma más habitual de presentación, es debido a infiltración de las ramas nerviosas. Otros síntomas que pueden aparecer son tenesmo, edema de miembros inferiores, dolor inguinal, retención urinaria (3), sangrado uretral o vaginal, problemas digestivos desde estreñimiento hasta obstrucción intestinal. También se ha comunicado algún caso de priapismo (1). La hidronefrosis aparece con cierta frecuencia en estos pacientes (5).

Las recidivas locales aparecen durante los dos primeros años después de la cistectomía y la TAC abdominopélvica es recomendable para los pacientes de alto riesgo cada 6 meses durante los dos primeros años de seguimiento y después anualmente (7).

La biopsia transrectal ecodirigida es la herramienta más importante para el diagnóstico de la recurrencia pélvica local (5).

Como la enfermedad metastásica es frecuente en estos pacientes, es necesario el reestadiaje después de ser descubierta la recidiva local. (3)

El tratamiento incluye quimioterapia, radioterapia, y cirugía, pudiendo alcanzar el control de la enfermedad en un pequeño número de pacientes (1)

El tamaño y la localización de la recurrencia son importantes en la evaluación de la resecabilidad. Si la recurrencia es grande (mayor de 5 cm), o está íntimamente relacionada con los vasos principales, nervios o hueso, la probabilidad de márgenes negativos es baja. En esta situación la quimioterapia sistémica con o sin radioterapia puede ser usada para disminuir la masa e intentar la resección de la misma (3). La mayoría de los pacientes fallecen por metástasis a distancia.

Los pacientes con derivación ortotópica que desarrollan recurrencia pélvica, pueden recibir dosis plenas de quimioterapia y quizás de radioterapia sin efectos negativos para su bolsa. Se ha utilizado quimioterapia con metotrexato, vimblastina, doxorubicina, cisplatino, epirrubicina, gencitabina y taxol (5). Es recomendable el sondaje rutinario del reservorio durante la administración de quimioterapia para evitar la toxicidad por reabsorción de metabolitos urinarios por la mucosa intestinal (4), como en el caso del metotrexato.

En el tratamiento paliativo en caso de pacientes sintomáticos, puede utilizarse la radioterapia externa, pero existe un riesgo de irradiación sobre el intestino grueso, que limita las dosis. La rectitis rádica y la fistula rectal son posibles complicaciones en caso de que la irradiación local sea mayor de 60 Gy si la recidiva está en contacto con la pared rectal (1).

La radiofrecuencia de forma percutánea, se utiliza en asociación o complemento de la cirugía, de la quimioterapia o de la radioterapia (1). También se utiliza como tratamiento paliativo antiálgico y representa una alternativa a los métodos más invasivos. La disminución del dolor se produce por destrucción de las fibras nerviosas sensitivas adyacentes al tumor y descompresión por reducción del volumen tumoral, estimulación de la secreción de citoquinas secundaria a la destrucción celular e inhibición transitoria del crecimiento tumoral. No obstante, son necesarios estudios multicéntricos para evaluar las indicaciones y beneficios para los pacientes.

Aquellos pacientes con mal estado general o severa comorbilidad puede ser una opción no realizar tratamiento activo (3,5).

La recurrencia local del tumor después de cistectomía está asociada con enfermedad sistémica y conlleva un pobre

pronóstico (4,5,8). La mayoría de los pacientes fallecen por metástasis a distancia .

La supervivencia a medio y largo plazo de estos pacientes suele ser excepcional, comunicandose supervivencias medias a pesar del tratamiento de rescate que oscila entre los 4 y los 18 meses, con un intervalo entre 1 y 58 meses después del diagnóstico de la recidiva local (9).

**BIBLIOGRAFIA y LECTURAS  
RECOMENDADAS (\*lectura de interés y  
\*\*lectura fundamental)**

- \*1. BOUCHOT, O.; ZERBIB, M.; DUPAS, B.: "Les récidives tumorales pelviennes après cystectomie totale". Prog. Urol., 12: 1101, 2002.
2. GREVEN, K.M.; SPERA, J.A.; SOLIN, L.J. y cols.: "Local recurrence after cystectomy alone for bladder carcinoma". Cancer, 69: 2767, 1992.
- \*\*3. PISTERS, L.L.; WESTNEY, L.: "The management of locally recurrent invasive bladder cancer following radical cystectomy". Semin. Urol. Oncol., 14: 112, 1996.
- \*4. TEFILLI, M.; GHEILER, E.L.; TIGUERT, R. y cols.: "Urinary diversion-related outcome in patients with pelvic recurrence after radical cystectomy for bladder cancer". Urology, 53: 999, 1999.
- \*5. HAUTMANN, R.; SIMON, J.: "Ileal neobladder and local recurrence of bladder cancer : patterns of failure and impact on function in men". J. Urol., 162: 1963, 1999.
6. WESTNEY, O.L.; PISTERS, L.L.; PETTAWAY, C.A. y cols.: "Presentation methods of diagnosis and therapy for pelvic recurrence following radical cystectomy for transitional cell carcinoma of the bladder". J. Urol., 59: 792, 1998.
7. CARTER, A.; GILLATT, D.A.: "Recurrent transitional cell carcinoma arising within an ileal conduit following cystectomy". Eur. Urol., 30: 519, 1996.
8. PASCUAL REGUEIRO, D.; MALLÉN MATEO, E.; TRÍVEZ PONE, M.A. y cols.: "Recidiva pélvica de tumor urotelial, tras cistoprostatectomía radical con neovejiga ortópica". Actas Urol. Esp., 27: 629, 2003.
- \*\*9. HERRANZ AMO, F.: "Seguimiento de los pacientes con cancer vesical tratados mediante cistectomía radical". Actas Urol. Esp., 24: 144, 2000.