

CÁNCER SUPERFICIAL DE VEJIGA: DOS DIFERENTES TIPOS DE TUMORES FRECUENTEMENTE CONFUNDIDOS

R. GARCÍA GONZÁLEZ

Sección de Patología Urológica. Hospital Ramón y Cajal. Madrid

Actas Urol Esp. 26 (9): 711, 2002

Señor Director:

Recientemente he asistido a la Mesa sobre "Cáncer superficial de vejiga", dentro de las 3ª Jornadas de la SUM. En ella se presentaron a discusión tres casos representativos de tres situaciones clínicas que presentan los pacientes con este frecuente tipo de tumor: pTaG1, pT1G2 y pTis.

Me llamó la atención que en ningún momento de la discusión de los casos, sobre todo del segundo, se hizo referencia a la existencia de dos tipos de tumores de células transicionales (uroteliales) que, aunque estadiados de igual forma por el sistema TNM, tienen un diferente comportamiento biológico: los tumores papilares y los sólidos (o planos), identificados así, no por su carácter cistoscópico o macroscópico, sino por sus caracteres microscópicos bien definidos.

Esta diferenciación se justifica por el hecho comprobado de que los tumores que histológicamente corresponden a una forma plana o sólida, son siempre potencialmente invasores y metastatizantes, mientras que los tumores papilares de bajo grado citológico (G1 y G2) generalmente recidivan pero rara vez invaden el detrusor y no suelen metastatizar. Por eso en una reciente sistematización de estos tumores uroteliales se habla de papilomas, tumores papilares de bajo potencial de malignidad y de carcinomas papilares de bajo grado¹.

La diferencia no queda reflejada con la simple estadiación TNM: un tumor papilar pT1G1 o G2 recidivará en uno o en varios lugares de la vejiga pero muy raramente metastatizará; un tumor sólido pT1, con independencia de su grado citológico y de su multicentricidad, progresará y, dejado a su evolución, infiltrará la pared y metastatizará, abocando a la

muerte por el tumor. Siguiendo a Koss², se admite que, en la mayoría de los casos, cuando un tumor papilar de bajo grado invade y/o metastatiza es por su coexistencia con un tumor de alto grado inadvertido (puede ser un Cis en el seno de un tumor papilar o fuera de él), que es el que realmente progresa.

Este hecho, reflejado precisamente en un artículo de Murphy³ en el número de European Urology que se repartió en esa misma Reunión, por lo visto, aún está poco difundido, siendo de importancia clave para el manejo de los pacientes con esta patología. Si bien en las formas papilares, tras la RTU, se puede discutir sobre el tratamiento expectante o quimioterapia intravesical, en las formas sólidas, parece necesario una actuación inicial más agresiva, con inmunoterapia con BCG e, incluso, con cistectomía.

REFERENCIAS

1. EPSTEIN JI, AMIN MB, REUTER VR, MOSTOFI FK: The World Health Organization/International Society of Urological Pathology consensus classification of urothelial (transitional cell) neoplasms of urinary bladder. *Am J Surg Pathol* 1998; **12**: 1.435-1.448.
2. KOSS LG: Mapping of the urinary bladder: its impact on the concepts of bladder cancer. *Hum Pathol* 1979; **10**: 533-548.
3. MURPHY WM: El término "cáncer vesical superficial" debería abandonarse. *Eur Urol* (ed. española) 2001; **8**: 394-397.

Dr. R. García González
Servicio de Anatomía Patológica
Hospital Ramón y Cajal
Ctra. de Colmenar Viejo, Km. 9,100
28034 Madrid

(Trabajo recibido el 5 de mayo 2002)