

URETRECTOMÍAS Y MANEJO DE LA URETRA TRAS LA CISTECTOMÍA RADICAL EN EL HGUCR

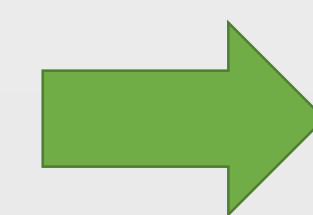
Grande Murillo, David; Rodríguez López, Sabela; Damas Arroyo, Francisco José; López Sánchez, David; Pérez-Utrilla Pérez, Manuel; Puerto Puerto, Alejandro; Areche Espiritusanto, Jennifer; Ladrón Gil, Concepción; Laguna Urraca, Ginés; Polanco Corchero, Asterio; Calahorra Fernández, Luis.
Servicio de Urología de HGUCR

INTRODUCCIÓN

La recidiva uretral se produce en el 4-6% de los varones con neoplasia vesical infiltrante, la mayoría en los primeros 3 años postcistectomía. Se han descrito diversos factores de riesgo que podrían estar relacionados con la progresión uretral de la enfermedad, como son el estadio patológico, grado histológico, estadio linfático, multifocalidad tumoral, afectación prostática o afectación de márgenes uretrales. Sin embargo las guías clínicas internacionales no abarcan el manejo inicial de la uretra en el cáncer vesical previo a la cistectomía.

RESULTADOS – Uretrectomías en HGUCR (2015-2017)

EDAD	TABACO	CITOLÓGÍAS ORINA	RTU PREVIAS
69	SI	+	2
78	SI	+	4
60	SI	+	5
74	SI	+	4
58	SI	Sospechosas	3



AP de RTU
pT2G3
pTaG3 + múltiples lesiones uretrales irresecables
pT1G2 (irresecable)
pTaG2 (irresecable)
pT2G2-3

Cistectomía Radical (CR)	AP	Tiempo hasta recidiva
Bricker	T2N0M0	13 meses
Ureterostomias + uretrectomía	T4N1M0 + adenoCa de próstata gleason 3+2	CR + Uretrect.
Ureterostomía dcha + nefroureterectomía izda (ca urotelial en uréter y pelvis renal)	T4N1M1	2 meses
Ureterostomías	pTa N0M0	28 meses
Bricker	T4N0M0 (invade uretra prostática)	AP de CR

Media de recidiva		14 meses (2-28)
Diagnóstico de recidiva	Uretrorragia	2 (50%)
	Cistoscopia de control	1 (25%)
	AP uretra afecta	1 (25%)
AP de uretrectomía	No malignidad	1 (20%)
	pT1	2 (40%)
	pT2	2 (40%)
Complicaciones		1 Paciente: Necrosis peneana (penectomía)
Media supervivencia (postcistect.)		25 meses (3 fallecidos)

CONCLUSIÓN

La recidiva uretral se produce en el 4-6% de los varones con neoplasia vesical infiltrante, la mayoría en los 3 primeros años postcistectomía. Existen diversos factores de riesgo asociados a dicha recidiva como son sexo masculino, margen uretral positivo, ca vesical multifocal, afectación prostática, derivación no ortotópica o estadio inicial (CIS, superficiales e intravesicales). Este último factor de alto riesgo podría estar en relación a un peor seguimiento con BCG/RTU simple, mayor tiempo de supervivencia, y ausencia de clínica (frente a los infiltrantes), que favorece la progresión uretral.

Dicho esto, es fundamental identificar los pacientes de alto riesgo de recurrencia, y establecer un seguimiento más estrecho a dichos pacientes, mediante citologías uretrales (gran sensibilidad), uretroscopias y técnicas de imagen periódicas. Se ha demostrado un peor pronóstico en pacientes con recurrencia sintomática que en recurrencia diagnosticada por seguimiento.

Algunos pacientes seleccionados podrían beneficiarse de uretrectomía profiláctica.