

La Curiterapia en el Cáncer de la Uretra

Continuando con los protocolos de tratamiento de braquiterapia que se utilizan en el Instituto Gustave Roussy, ponemos a consideración de nuestros suscriptores la metodología utilizada en dicho Instituto para el tratamiento del Cáncer de uretra. El Consejo Editorial agradece a la Srta. María Isabel Sánchez por la traducción del idioma original francés.

El Editor

Dr. A. Gerbault

*Institute Gustave Roussy
Paris, Francia*

Introducción

Los tumores primitivos de la uretra masculina o femenina son tumores raros y graves. La gravedad está dada por una parte al diagnóstico a menudo tardío y por otra parte a la extensión ganglionar a veces importante e incidiosa.

En las formas extensivas, el tratamiento quirúrgico es a menudo mutilante, puesto que lleva a un sacrificio de todo el aparato génito urinario bajo. Para las formas más limitadas, y en función al sitio de ubicación del tumor, la irradiación y en particular, la curiterapia más a menudo asociada a la radioterapia externa pueden jugar un rol particularmente interesante en el tratamiento conservador.

En este capítulo serán estudiados los carcinomas primitivos de la uretra del hombre y de la mujer; no hablaremos de los carcinomas uretrales primitivos que entran en el cuadro de tumores del urotelium, ni tampoco analizaremos los tumores de carácter anatomopatológico raro o excepcional ni aquellos tumores uretrales secundarios.

Cáncer Primitivo de la Uretra Masculina

Este tipo de tumor se manifiesta entre los 50 y 60 años. Su modo de presentación por lo general se atribuye a un problema de disuria que por su carácter banal puede retrasar el diagnóstico.

Topográficamente, se distinguen la uretra peniana, la uretra perineo-bulbomembranosa y la uretra prostática.

El tipo histológico más frecuente es el carcinoma epidermoide. La extensión local invade más a menudo hacia el tejido esponjoso peri uretral, especialmente por la falta de barrera histológica entre la uretra y ese tejido esponjoso. El drenaje linfático se hace a través de los vasos linfáticos inguinales y después las cadenas ilíacas y lumbo-aórticas.

Tratamiento

El tratamiento más frecuente es radio quirúrgico en particular para los tumores superficiales pequeños. El tratamiento quirúrgico preferido es la resección endouretral. La aplicación de láser está indicada para tumores muy superficiales.

Dos tipos de curiterapia pueden ser realizados en los cánceres de la uretra peniana:

a) La curiterapia endoluminal:

Esta curiterapia realizada como su nombre lo dice, con la ayuda de una sonda que se introduce en la uretra por lo que el paciente necesita una cistotomía sub-pubiana. A través de la sonda uretral que puede ser de tipo Foley se introducirá la fuente radioactiva.

Este tipo de curiterapia permite dar una dosis sea a débito clásico de la orden de 10 Gy por día, o a débito acelerado de la orden de 10 Gy por minuto. Ella sólo puede ser indicada en caso de tumor superficial que no pase de una infiltración de 5 mm en relación a la superficie del cateter. La dosis dada está comprendida de 60 y 65 Gy, la cual es aplicada en una sesión para la curiterapia clásica de débito débil, pero necesita de 4 a 5 sesiones para la curiterapia de alto débito.

b) La curiterapia intersticial:

En los cánceres de uretra peniana es el modo de curiterapia más usado. La técnica de este tipo de curiterapia es similar a la del cáncer del pene. En efecto, se utiliza agujas hipodérmicas con dos extremos libres y una platina implantadas perpendicularmente al ángulo del pene, mantenidas en su lugar por un sistema de contención y cargas secundarias.

La carga diferida se hace con la ayuda de hilos de iridium cuya actividad y longitud son adaptados al volumen y a la topografía del tumor.



Esta curiterapia está hecha bajo cubierta de una sonda vesical de Foley que sirve de guía para preparar la uretra para la implantación.

La dosis aplicada es de 60 y 65 Gy de 4 a 6 días, el pene se mantiene durante la aplicación de la curiterapia por sistema de contención, tipo esponja perforada.

c) El problema ganglionar:

La extensión linfática se hace en un primer tiempo hacia la región inguinal, después hacia la región pélvica pudiendo invadir los canales lumbo aórticos. La tasa de invasión ganglionar es difícil de definir puesto que el cáncer de la uretra primitivo masculino es un tumor raro. La linfofilia es por supuesto proporcional al volumen tumoral. Se considera que la tasa de invasión ganglionar inguinal es del orden de 30%, la misma cifra de 25 a 30% se encuentra en la invasión de los canales linfáticos-iliacos. Esta tasa de alcance de compromiso ganglionar está correlacionada al volumen tumoral, entonces hay que proponer que a partir de que el tumor pase de 2 cm, en el acto quirúrgico se debe explorar las regiones inguinales bilaterales explorando particularmente las cadenas ganglionares en la desembocadura de la vena safena:

Si existe invasión ganglionar, en función del tipo de invasión (N+ R+: invasión de la cápsula), una irradiación complementaria debe ser propuesta. Esta irradiación externa incluye los canales inguinales y está por discutir la irradiación profiláctica de los canales pélvicos.

Al contrario si en un solo ganglio se encuentra una micro metástasis, un seguimiento regular y cercano puede ser realizado. Incluso en la ausencia de una invasión ganglionar probada quirúrgicamente, no es necesario practicar el tratamiento completo.

Para un tumor de uretra mayor de 2 cm y en que la operación no es posible, hay que discutir si se debe o no realizar una irradiación profiláctica de los vasos ínguino crurales y en caso se resuelva administrar ésta deberá ser del orden de 45 Gy.

Resultados

Los resultados de los tratamientos de los cánceres de la uretra en caso del hombre son variables en función del tipo de tratamiento y sobretodo de la localización y del estado de la enfermedad.

Para las formas accesibles a una curiterapia que interesa las localizaciones pélvicas, la sobrevida de 5 años oscila en función de las diferentes publicaciones entre 50 y 60%. El control local fluctúa entre 70 y 80%

con tasas de complicaciones menores al 25%. La complicación más frecuente es la estenosis uretral que cede a menudo a dilataciones.

El problema ganglionar establece el pronóstico. La sobrevida es del orden de 70 a 80% si los ganglios son negativos y es menor al 30% si existe metástasis ganglionar.

Cáncer Primitivo de la Uretra Femenina

Se manifiesta por problemas de carácter banal similar al cáncer primitivo de la uretra masculina por lo que su diagnóstico es tardío. Por otra parte, la extensión ganglionar es importante con una tasa de invasión que oscila entre 30 y 60% en función del tumor y de su extensión local.

Sobre el plano anatómico, la uretra es vista en dos porciones: la pélvica y la perineal. Está constituida histológicamente por una doble túnica muscular y mucosa, irrigada por las arterias vesicales, vaginales y vulvares. El drenaje linfático se hace hacia los grupos inguino-crurales para la uretra perineal y a los ganglios hipogástricos e ilíacos externos para la uretra pélvica y el relevo ganglionar siguiente lo constituyen los canales lumbo-aórticos.

La patología establece que el 60% son cánceres epidermoides, el 25% son tumores uroteliales de tipo excretor urinario y un 15% los constituyen otros tumores raros, como: sarcomas, melanomas, etc.

Tratamiento

Para la mayoría de autores, la radio-curiterapia constituye el tratamiento de base en casi todos los cánceres uretrales de la mujer. En efecto este tratamiento conservador debe ser propuesto en la medida en que la totalidad del órgano es accesible a la curiterapia y que se realiza a menudo después de la aplicación de radioterapia externa pélvica que incluye la uretra y las cadenas inguinales. Esta dosis oscila entre 45 a 55 Gy, dosis que puede elevarse a 60 Gy en las cadenas ganglionares invadidas.

La curiterapia a menudo se realiza con doble técnica: endocavitaria e intersticial. Esta técnica permite cubrir perfectamente el volumen tumoral. Ella está basada sobre la confección de un aplicador con molde vaginal personalizado en la que se introduce los tubos plásticos que son cargados secundariamente con los hilos de iridium.

El procedimiento se realiza bajo anestesia general. Se aplica una sonda vesical de Foley que permite canalizar la uretra, y se colocan dos tubos que son implantados alrededor de la uretra y que posteriormente serán cargados con fuentes de iridium.

Después de aplicar estos dos tubos, se introduce el aplicador vaginal hecho especialmente con un molde adaptado a la topografía tumoral con lo cual el tumor es literalmente tratado en sandwich entre las diferentes líneas radioactivas. Con esto se consigue un sistema clásico de cuatro líneas radioactivas intersticiales (en los tubos parauretrales), y dos o tres líneas radioactivas endocavitarias (a través del molde vaginal). Con esto se alcanza una dosis de curiterapia exclusiva de 65 y 70 Gy, que se fraccionan a 25 a 35 Gy de braquiterapia y a 45 a 50 Gy de radioterapia externa.

Resultados

Cualquiera que sea el modo de tratamiento, y analizando todos los estadíos, el cáncer de la uretra femenina es grave. La sobrevida a 5 años oscila entre 30 a 50%. Estos resultados son variables en función del lugar del tumor pues es de mejor pronóstico el cáncer de uretra anterior con una sobrevida de 50 a 60%, que el cáncer de uretra posterior cuya sobrevida es de 20 a 30%. Por otro lado, el pronóstico es igualmente en función a la talla del tumor. Para

tumores menores a 2cm, la sobrevida a 5 años es superior al 60%; para tumores que miden de 2 a 5 cm, ella es de 40 a 50% y para los tumores mayores a 5 cm, las cifras oscilan entre 15 y 20%.

Igual que para los cánceres de la uretra masculina, el compromiso ganglionar constituye un factor pronóstico primordial ya que en toda invasión comprobado histológicamente, la sobrevida está comprendida entre 20 y 25%.

Las complicaciones son del mismo tipo que las señaladas para la uretra masculina especialmente por la estenosis que puede provocar dilataciones sucesivas. Hay que subrayar que la mucosa vaginal en la que se implanta la curiterapia tolera la irradiación.

Conclusión

El rol de la curiterapia, más a menudo asociado a la radioterapia externa, es particularmente interesante para el tratamiento conservador tanto de los cánceres primitivos de la uretra masculina y femenina. Las indicaciones deben ser limitadas a la uretra pélvica en el caso del hombre pero pueden cubrir la totalidad en el caso de la uretra femenina.

Los resultados en términos de tratamiento conservador son satisfactorios. La sobrevida es variable y el factor pronóstico más importante es la invasión ganglionar.

Del Editor:

INVITACIÓN A MANUSCRITOS

La revista "ONCOLOGÍA" está dirigida a médicos afines al manejo de pacientes oncológicos. Se invita a los médicos a enviar artículos originales e inéditos que presenten conocimiento nuevo y relevante en el área de la Oncología. El editor estará gustoso de conversar con autores potenciales sobre tópicos o artículos a ser enviados para su publicación. Los manuscritos se aceptan en español (con abstracto en inglés) o en inglés. Las instrucciones para el autor aparecen en el número de diciembre de cada año o pueden ser solicitadas por escrito al Editor.

Dirija la correspondencia a:
Editor, Revista "ONCOLOGÍA"
Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo" ION-SOLCA
Avda. Pedro J. Menéndez Gilbert (junto a la ciudadela La Atarazana)
Apt. Postal No. 5255 / ó 3623
Guayaquil - Ecuador

Teléfonos 288-088 Fax: (593-4) 293-366 / 287-151

