

Aspectos clínicos – epidemiológicos -terapéuticos del cáncer de vejiga. Hospital Carlos Manuel de Céspedes. 2000-2006

**Clinical- epidemiological-therapeutic aspects of bladder cancer.
Carlos Manuel de Céspedes Hospital. 2000-2006**

**MsC. Guillermo José Martínez Ginarte,¹ MsC. Electra Guerra Domínguez,^{II} Esp. MGI .
María Esther Martínez Guerra,^{II} Esp. Urol. Rafael Martínez Labrada,^I Magela de la
Caridad Araluce Calderfús,^I Iraida Álvarez Sadín.^{III}**

^I Hospital General Carlos Manuel de Céspedes. Bayamo. Granma, Cuba.

^{II} Policlínico Docente Jimmy Hirtzel. Bayamo. Granma, Cuba.

^{III} Clínica de Especialidades Médicas. Bayamo. Granma, Cuba.

RESUMEN

Se realizó estudio retrospectivo descriptivo a 94 pacientes ingresados en el Hospital "Carlos Manuel de Céspedes", servicio de Urología, durante los años 2000- 2006, con el diagnóstico confirmado de neoplasia de vejiga, con el objetivo de determinar el comportamiento de esta enfermedad durante ese período. Muestra: 30 pacientes. Los datos se recogieron en planilla recolectora, auxiliándose en historias clínicas. Se constató mayor incidencia en el grupo de 70-79 años (33.3%), predominando el sexo masculino (80%) y la zona rural (56.6%); un elevado número de pacientes consumían café (63.3%) y tabaco (46.6%); la hematuria total (96.6%) y la disuria (100%) constituyeron los síntomas fundamentales; la cistoscopia, biopsia y tacto bimanual (100%) y la ecografía (100%) fueron los medios diagnósticos más importantes; el carcinoma de células transcicionales (93.3%) grado II (40%) resultó el más frecuente; las acciones terapéuticas más utilizadas fueron la cistectomía parcial

(63.3%) y la resección transuretral (26.6%). La complicación más frecuente fue la infección urinaria (100%).

Descriptores DeCS: NEOPLASIAS DE LA VEJIGA URINARIA / patología; NEOPLASIAS DE LA VEJIGA URINARIA /cirugía; NEOPLASIAS DE LA VEJIGA URINARIA /ultrasonografía; CARCINOMA DE CÉLULAS TRANSICIONALES /patología; CARCINOMA DE CÉLULAS TRANSICIONALES /cirugía; CARCINOMA DE CÉLULAS TRANSICIONALES /ultrasonografía; CISTECTOMÍA /métodos.

ABSTRACT

It was made a descriptive and retrospective study to 94 patients hospitalized at Carlos Manuel de Céspedes Hospital in the Urology service, during the years 2000- 2006, with the confirmed diagnostic of bladder neoplasia, with the aim to determine the behavior of this disease during this period. Sample: 30 patients. The data was gathered in the collecting forms, through the clinical records. The greatest incidence was evidenced in the group of 70-79 years (33.3%), prevailing the male sex (80%) and the rural zone (56.6%); a high number of coffee consumption (63.3%) and tobacco (46.6%); the total hematuria (96.6%) and the disuria (100%) constituted the fundamental symptoms; the cystoscopy, biopsy and bimanual touch (100%) and the echography (100%) were the most important diagnostics means; the carcinoma of transitional cells (93.3%) degree II (40%) was the most frequent; the therapeutic actions mostly used were the partial cystectomy (63.3%) and the transurethral resection (26.6%). The most frequent complication was the urinary infection (100%).

Subject headings: URINARY BLADDER NEOPLASMS /pathology; URINARY BLADDER NEOPLASMS /surgery; URINARY BLADDER NEOPLASMS /ultrasonography; CARCINOMA, TRANSITIONAL CELL/ Pathology; CARCINOMA, TRANSITIONAL CELL /surgery; CARCINOMA, TRANSITIONAL CELL/ ultrasonography ; CYSTECTOMY /methods.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de vejiga fue descrito en 1947 en los EE.UU. y los primeros diagnósticos se realizaron en 1944 en dicho país.^{1,2} Las neoplasias de vejiga se encuentran entre los crecimientos anómalos más comunes que afectan al ser humano, siendo el segundo cáncer

más común del tracto genitourinario, correspondiendo el 7 % de los casos nuevos a hombres y el 2 % a mujeres.^{1, 3} Afectan predominantemente a los hombres (relación 4:1 con las mujeres) y se presenta dos veces más en los caucásicos que en los afroamericanos.

La edad media para el diagnóstico aproximadamente es de 65 años, en ese momento se localiza el 85 % de los cánceres vejiga, y el 15 % se ha extendido a los ganglios linfáticos regionales o sitios distantes.⁴

Esta enfermedad afecta en mayor grado a la población en países industrializados o en desarrollo^{5, 6}. El 95 % de las neoplasias de vejigas son de origen epitelial (urotelial) y el 80 % con histología superficial – papilar. Estos tumores suelen presentar recidiva entre un 50 a 88 %, dependiendo sobre todo del estadio tumoral. Los tumores uroteliales infiltrantes son pocos frecuentes (15-20 %) y generalmente con alto grado de malignidad.^{1, 7}

La mayoría de los tumores epiteliales son malignos, produciéndose 10 000 muertos/años por esta patología en EE.UU.^{8, 9}

En Cuba la tasa de neoplasia de vejiga en la población es de 13.9 casos por cada 100000 habitantes, este dato es similar al encontrado en la población de la provincia Granma.²

Los eventos etiopatogénicos del cáncer de vejiga son desconocidos, es probable que se asocien elementos genéticos que llevan al desarrollo del mismo, los cuales pueden ser múltiples y pueden involucrar la activación de oncógenos, inactivación o pérdida de genes supresores del tumor.¹⁰⁻¹²

Los factores de riesgo profesional y medioambiental están muy relacionados a la etiopatogenia del cáncer de vejiga, el 50 % de los hombres y el 31% de las mujeres, portadores de cáncer de vejiga, tienen como hábito tóxico el cigarro.^{13, 14} Se piensa que los agentes causativos son el alfa y betanaftolámico, derivados de la nicotina del cigarro, que se secretan en la orina de los fumadores aumentando este tipo de enfermedad por 2.5 veces.^{4, 5, 13-15}

La exposición profesional responde de un 15 a 35 % de los casos en los hombres y de 1 a 6 % en las mujeres. Obreros químicos relacionados con el tinte, caucho, petróleo, pinturas, hidrocarburos, industria textil y pesticida, cuero e industrias de impresión, están en riesgo, en ellos aumenta en 5.5 veces la probabilidad de presentar esta patología. Los carcinógenos de riesgo profesional incluyen difenildiamina, betanaftolámico y 4 aminobiphyl; el período de latencia entre la exposición y el desarrollo del tumor puede prolongarse. La adición del factor ocupacional más el tabaco hacen multiplicar el riesgo hasta 11.7 veces.¹³⁻¹⁶

La ingestión de dulcificantes artificiales, al igual que el consumo prolongado de alcohol o bebidas que lo contengan, se ha propuesto como un factor de riesgo.¹⁶ Además el trauma físico al ureterio, producido por infección, instrumentación o presencia de cálculos, aumenta el riesgo de la malignidad de esta enfermedad. La multiplicidad de estos elementos involucrados en la etiopatogenia y desarrollo de esta enfermedad, hace pensar que existen factores regionales que caracterizan su evolución.^{17,18}

El reconocimiento precoz de los síntomas por el pene en los tumores de vejiga está asociado a un mejor pronóstico. La hematuria es el síntoma más frecuente en el cáncer de vejiga.¹⁷ El cáncer de vejiga también puede presentarse como un síndrome miccional, indicativo de irritación vesical. Los pacientes pueden quejarse de urgencia miccional, disuria y aumento de la frecuencia miccional (polaquiuria). Aunque estos síntomas son más indicativos de cistitis bacteriana, los cultivos bacterianos negativos con una persistencia de los síntomas, con o sin hematuria, deben investigarse con rapidez para descartar la posible presencia de un cáncer de vejiga incluido un carcinoma in situ (CIS).¹⁷⁻¹⁹

El examen físico, incluido el tacto rectal y la palpación pélvica bimanual, está recomendado cuando se detecta una hematuria. Además se emplean en el diagnóstico la ecografía renal y vesical, la urografía intravenosa, la cistoscopia, los análisis de orina, la resección transuretral y la biopsia. En caso de cáncer de vejiga que infiltra la capa muscular y está indicado un tratamiento radical hay que realizar: radiografía de tórax, urografía intravenosa y TAC abdominopélvico, ecografía hepática y gammagrafía ósea ante la presencia de síntomas o elevación de fosfatasa alcalina.^{4,5}

Los principales tipos de tratamiento contra el cáncer de la vejiga son cirugía, radioterapia, inmunoterapia y quimioterapia. Dependiendo en la etapa en la que se encuentra el cáncer, se puede recomendar un tipo de tratamiento o una combinación de algunos de ellos. La cirugía, sola o combinada con otros tratamientos, se utiliza en más del 90% de los casos.⁹⁻¹¹

El pronóstico a largo plazo para los individuos con cáncer de vejiga depende del tamaño del tumor, el compromiso de los ganglios linfáticos y el grado de metástasis (diseminación) en el momento del diagnóstico. La evolución del paciente depende de la etapa y tratamiento del cáncer vesical. El pronóstico para los cánceres en etapa I es bastante bueno. Aunque el riesgo de reaparición del cáncer es alto, la mayoría de los cánceres vesicales que retornan se pueden extirpar quirúrgicamente y curarse.²⁰

En un estudio de 20 años realizado en la provincia Granma en el año 1990 (Martínez Ginarte GJ, TTE, 1990), se encontró frecuente consumo del café, una asociación de este hábito con el de consumo de tabaco en más del 57 % de los casos investigados. Estos elementos indican la necesidad de hacer una investigación que ilustre cuál es la situación de este proceso maligno en nuestra población.

Determinar el comportamiento de la enfermedad en cuanto a variables como: edad, sexo, raza, lugar de residencia, hábitos tóxicos, manifestaciones predominantes, tipo histológico, la conducta y complicaciones más frecuentes son los intereses que determinarán el transcurso de este trabajo, los resultados pueden constituir una ayuda encaminada a elevar la calidad de la atención prestada a pacientes con neoplasias de vejiga en nuestro medio.

MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo con 94 pacientes ingresados en el Hospital "Carlos Manuel de Céspedes" de Bayamo en el servicio de Urología, en el período comprendido entre el 1ro de enero del 2000 al 31 de diciembre del 2006, afectados por tumores de vejiga, con el objetivo de determinar el comportamiento de la enfermedad durante este período. La muestra quedó constituida por 30 pacientes una vez aplicados los criterios de inclusión: todos los pacientes con el diagnóstico confirmado de neoplasias de vejiga por cistoscopia y por biopsia. Se excluyeron del estudio a los pacientes con otros tumores vesicales.

Operacionalización de las variables.

Los grupos de edades se dividieron en: 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79 y 80 a 89 años respectivamente; el sexo, en masculino y femenino; la raza, en blanca, mestiza o negra; la procedencia geográfica, en urbana o rural. Se determinaron los factores de riesgo y elementos carcinogénicos presentes en cada caso. Se identificaron los síntomas, signos, y los tipos histológicos predominantes en la enfermedad. Se precisaron los procedimientos diagnósticos empleados, la conducta seguida y las complicaciones.

Procesamiento estadístico: la información se tomó de las historias clínicas, hojas de ingreso, hojas de reporte de cáncer, informes operativos y anatomopatológicos, las cuales constituyeron la fuente primaria de información. Los datos fueron vaciados un formulario donde se recogieron las diferentes variables, con las que se dio salida a los objetivos específicos planteados. Los resultados fueron procesados por el método de conteo simple y se utilizaron como medidas de resumen los números absolutos y los porcentajes, los cuales fueron procesados utilizando las aplicaciones de Microsoft Office Word y Microsoft Access. Se compararon los resultados con la literatura revisada nacional e internacional.

RESULTADOS

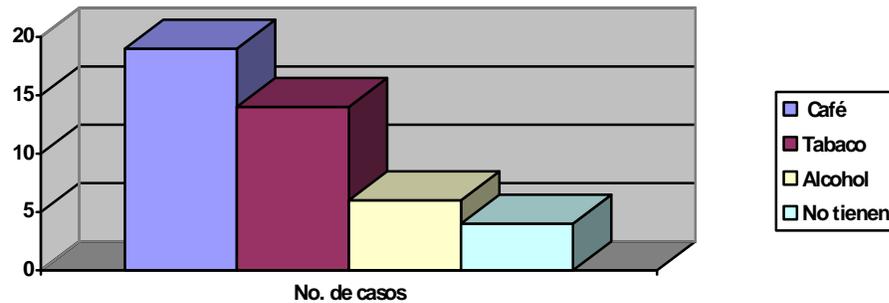
En la tabla 1 se constató que la neoplasia de vejiga tuvo mayor incidencia en el grupo de edad de 70-79 (33.3%), en el sexo masculino (80%) y en la zona rural (56.6%); un elevado número de los pacientes afectados consumían café (63.3%) y tabaco (46.6%), factores predisponentes a tener en cuenta; la hematuria total (96.6%) y la disuria (100%) constituyeron los síntomas fundamentales; la cistoscopia, biopsia y tacto bimanual (100%) y la ecografía (100%) constituyeron los medios de diagnóstico más empleados (tabla 2); el carcinoma de células transicionales (93.3%) grado II (40%) resultó el más frecuente (tabla 3); las acciones terapéuticas más utilizadas fueron la cistectomía parcial (63.3%) y la resección transuretral (26.6%) (tabla 4). La complicación más frecuente fue la infección urinaria (100%).

Tabla 1. Grupo de edades, sexo y zona de residencia en pacientes diagnosticados con neoplasia de vejiga en el Hospital Provincial "Carlos Manuel de Céspedes". Bayamo-Granma. 2000-2006.

Variables		Número	Por ciento
Grupos de edades	30-39	3	10
	40-49	2	6.66
	50-59	4	13.33
	60-69	7	23.33
	70-79	10	33.33
	80-89	4	13.33
Sexo	Masculino	24	80
	Femenino	6	20
Zona de residencia	Urbana	13	43
	Rural	17	57

Los hábitos tóxicos más difundidos en la humanidad son el tabaco, café y el alcohol, el presente trabajo no está ajeno a esta realidad; estas sustancias contienen elementos carcinogénicos, y la vejiga constituye órgano diana en la producción de neoplasias. El tabaquismo incrementa el riesgo de desarrollar cáncer vesical en casi cinco veces. De hecho, el 50% de los casos de cáncer vesical en los hombres y del 30% en las mujeres pueden ser causados por el consumo de cigarrillo. Las personas que dejan de fumar tienen una disminución gradual en el riesgo.^{14,15}

La mayoría de los pacientes afectados practicaban hábitos tóxicos, destacándose el café y el tabaco con 19 (63.3%) y 14 (46.6%) casos respectivamente. Esto puede tener su causa en el hecho de que Granma es una provincia productora de café, lo que favorece la práctica de este hábito asociado además al hábito de fumar muy difundido en el medio. (gráfico 1)



Fuente: Encuesta.

Gráfico 1. Hábitos tóxicos en pacientes diagnosticados con neoplasia de vejiga en el Hospital Provincial "Carlos Manuel de Céspedes". Bayamo-Granma. 2000-2006.

En el Gráfico 2 se muestran los síntomas y signos de la enfermedad en los pacientes diagnosticados con neoplasias de vejiga, todos presentaron disuria (100 %), seguida de 29 casos con hematuria total para un 96.6 %, coincidiendo con la literatura consultada ^{3, 4, 7}. La búsqueda sistemática de hematuria microscópica asintomática no es una prueba clara, excepto en pacientes de más de 50 años que deben ser examinados por un urólogo. La incidencia de tumores ocultos en pacientes de más de 50 años con hematuria microscópica asintomática es del 5% aproximadamente, cuando la incidencia es de alrededor del 10% si se detecta una hematuria microscópica sintomática.¹⁷ La hematuria en su comienzo puede ser indolora, intermitente, con aparición e intensidad en ocasiones terminal, lo que se observó en 1 de los casos lo que representa el 3.3 %. Pueden existir otras manifestaciones que dependen del grado de extensión, infiltración y situación del tumor, asociadas a infección u otras enfermedades, como el caso de la retención de orina, pero no es lo más frecuente ⁴; así como el dolor en el hipogastrio, el cual considero que se debe a que la vejiga es un órgano hueco de forma triangular, situado en el abdomen inferior.

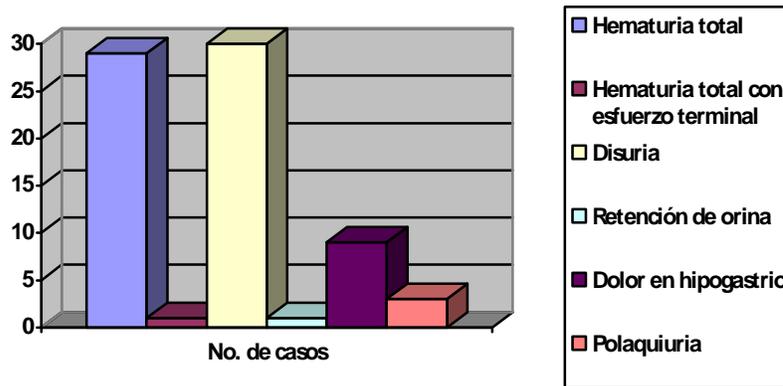


Gráfico 2. Síntomas más frecuentes en pacientes diagnosticados con neoplasia de vejiga en el Hospital Provincial “Carlos Manuel de Céspedes”. Bayamo-Granma. 2000-2006.

El medio diagnóstico más utilizado en el estudio de los tumores vesicales, fue la ecografía, la cistoscopia, biopsia y tacto bimanual bajo anestesia, lo anterior se le realizó al total de los casos para un 100 %, coincidiendo con otros autores.^{3-5, 8} (tabla 2)

Tabla 2. Medios diagnósticos más utilizados en los casos de neoplasia de vejiga en el Hospital Provincial “Carlos Manuel de Céspedes”. Bayamo-Granma. 2000-2006.

Medios de diagnósticos utilizados	No. de casos	%
Cistoscopia, biopsia y tracto bimanual	30	100
Urograma descendente	10	33.33
Ecografía	30	100
Citología Urinaria	15	50

La ecografía abdominal permite distinguir masas renales, hidronefrosis y visualización de defectos de llenado intraluminal en la vejiga. Combinada con la radiografía simple de abdomen, la ecografía puede ser más exacta para esclarecer la causa de la hematuria que la urografía intravenosa y demuestra estar más indicada para detectar tumores vesicales.^{18, 19}

El diagnóstico del cáncer de vejiga depende en última instancia del examen cistoscópico de la vejiga y de la evaluación patológica de las lesiones resecaadas. La cistoscopia proporciona

información del tamaño, localización y apariencia del tumor dentro de la vejiga. Si un cáncer de vejiga ha sido detectado precozmente en pruebas de imagen o si una citología urinaria ha sido previamente positiva, el diagnóstico cistoscópico puede ser omitido y el paciente puede ser programado para la realización de una cistoscopia y biopsia o resección tumoral bajo anestesia. El examen bimanual puede ser realizado antes o después de la resección transuretral.¹⁷⁻¹⁹

La citología urinaria se le indicó al 50 % de los casos, siendo un marcador tumoral altamente fidedigno, el que permite descubrir alteraciones citológicas en el sedimento urinario⁹, por su sencillez e inocuidad este método de investigación es muy recomendable y alerta precozmente la existencia de este tumor u otro de las vías urinarias .

El tipo histológico que más afectó a la población fue el carcinoma de células transcisionales grado II, con un 93.3 % de los casos, el carcinoma epidermoide y el adenocarcinoma bien diferenciado solo hubo un caso para un 3,33% respectivamente, datos estos que coincide con la bibliografía sobre el tema.^{5, 6} (tabla 3 y gráfico 3). Los tumores de la vejiga son en un 99% de naturaleza epitelial y de éstos los más frecuente son los tumores del epitelio de transición. El cáncer de células transcisionales se presenta en más del 90% de los pacientes, siendo el resto carcinoma de células escamosas en el 6% y adenocarcinoma en el 1.5%.^{1, 19}

Tabla 3. Grados de diferenciación más frecuentes que afectaron a los pacientes diagnosticados con neoplasia de vejiga en el Hospital Provincial "Carlos Manuel de Céspedes". Bayamo-Granma. 2000-2006.

Grados de Diferenciación	No. de casos	%
Grado-I (bien)	8	26.66
Grado-II (moderado)	12	40
Grado-III (indiferenciado)	10	33.33
Total	30	99.99

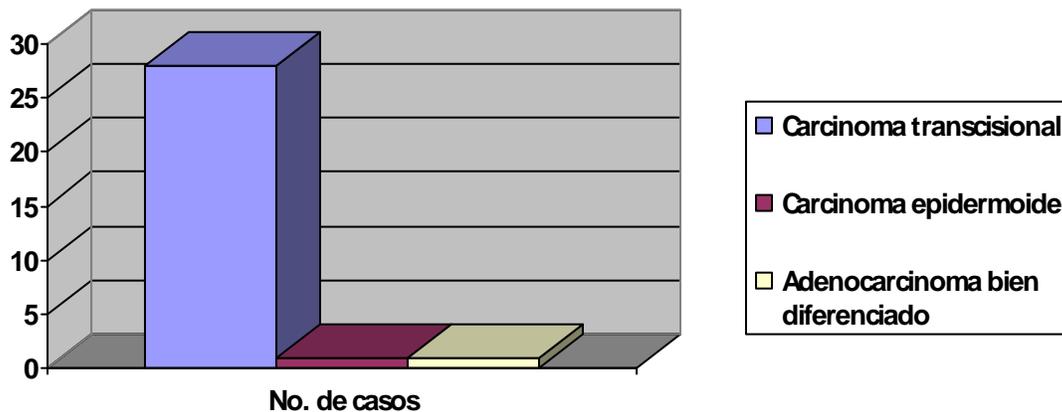


Gráfico 3. Tipos histológicos que más afectaron a los pacientes diagnosticados con neoplasia de vejiga en el Hospital Provincial "Carlos Manuel de Céspedes". Bayamo-Granma. 2000-2006.

La tabla 4 muestra el tratamiento empleado en los casos estudiados. Al 63.3 % se les practicó una cistectomía parcial, seguido de la resección transuretral con 8 casos para un 26.6%. El cáncer de vejiga se puede tratar por medio de diversos procedimientos quirúrgicos, los que incluyen: la resección transuretral (tratamiento de elección en los estadios iniciales), la cistectomía (cirugía que se utiliza para la extirpación total o parcial de la vejiga), la cistectomía segmentaria (extirpación de un pequeño segmento de la vejiga que contiene tejido canceroso) y la cistectomía radical (extirpación de la vejiga, ganglios linfáticos próximos a la vejiga y cualquier órgano vecino que contenga células cancerosas).⁹⁻

11

Tabla 4. Tratamientos practicados a los pacientes diagnosticados con neoplasia de vejiga en el Hospital Provincial "Carlos Manuel de Céspedes". Bayamo-Granma. 2000-2006.

Tipo de tratamiento	No. de casos	%
Cistectomía parcial	19	63.33
Cistect parcial y reimplantación de uréter.	3	10
Cistectomía parcial y adenomectomía transvesical.	2	6.66
Adenomectomía transvesical.	1	3.33
RTU	8	26.66
RTU y Cistectomía parcial.	1	3.33
Quimioterapia.	6	20

Solo 20% de los pacientes recibieron como tratamiento coadyuvante quimioterapia una vez terminada la intervención quirúrgica, lo que no coincide con la terapéutica indicada por otros autores. La quimioterapia usa medicamentos citostáticos para eliminar las células cancerosas. Se puede administrar internamente colocando los medicamentos directamente en la vejiga. Este método se llama quimioterapia intravesical.¹¹

Las complicaciones se presentaron en todos los casos, destacándose la infección urinaria (100 %), seguido de una hematuria importante que requirió tratamiento en 4 casos para un 13.3 %, comportamientos similares han sido reportados en la literatura^{19,20}. Los cánceres vesicales pueden propagarse a órganos cercanos. También pueden viajar a través de los ganglios linfáticos pélvicos y diseminarse al hígado, los pulmones y los huesos. Las complicaciones adicionales de este cáncer abarcan: anemia, inflamación de los uréteres (hidronefrosis), estenosis uretral, incontinencia urinaria, entre otras afecciones.²⁰

DISCUSIÓN

En el período comprendido entre el 2000-2006, en el Servicio de Urología de el Hospital "Carlos Manuel de Céspedes" hubo un total de 30 pacientes diagnosticados con neoplasia de vejiga, existiendo una coincidencia en cuanto a la edad con la literatura estudiada¹⁻⁴ al manifestarse el grupo más frecuente entre los 59 y 79 años, fundamentalmente entre la

sexta y séptima década de la vida. Estas edades coinciden con el final de la vida laboral de la mayoría de los pacientes lo que explica un grado mayor de exposición a los factores de riesgos o donde se evidencia un fallo de los sistemas de control de la multiplicación atípica de los tejidos. El riesgo de contraer cáncer de vejiga aumenta con la edad, es raro en personas de menos de 40 años ^{4,5}, lo que se contradice con este estudio ya que se encontró a 3 pacientes diagnosticados de cáncer de vejiga menores de 40 años (10% de los casos estudiados).

Los resultados en el estudio de la variable sexo muestran una mayor afectación del masculino, con un total de 24 casos para un 80%, en correspondencia con la relación del crecimiento del sexo masculino respecto al femenino, de modo que por cada mujer que es afectada de tumor vesical lo padecen 4 hombres, con una relación 1:4, los resultados descritos también concuerdan con estudios similares reportados en la literatura médica. ^{1, 3, 4}

Los periodos de exposición mayores del sexo masculino a los factores de riesgo explican este resultado así como la mayor propensión de los hombres a los hábitos tóxicos más señalados. Los datos expuestos acerca de la procedencia geográfica no se pudieron comparar con resultados de otros autores, al no encontrarse referencias bibliográficas sobre dicha variable.

Se encontró que los pacientes más afectados pertenecían a la zona rural con un total de 17 casos para un 56.6 %, lo puede estar justificado porque al hospital llegan casos de zonas aledañas que son consideradas rurales, como Cauto Cristo, Río Cauto, Buey Arriba y Guisa, estas poblaciones no tienen una codificación de ruralidad y urbanidad exacta, por otro lado la población rural tiene mayores hábitos de consumo de alcohol, café y tabaco que la urbana en la provincia.

Existe una clara conciencia de los peligros que como factor de riesgo para el cáncer de pulmón representa el hábito de fumar en la mayoría de nuestros pacientes y en la población en general, pero no existe la misma percepción de riesgo de este hábito tóxico para los tumores de vejiga sobre todo si el hábito de fumar se asocia al de consumo de café.

CONCLUSIONES

Se concluyó que: la neoplasia de vejiga apareció más frecuentemente en las edades comprendidas entre 70 y 79 años, afectó mayormente al sexo masculino y a pacientes procedentes de zonas rurales; un elevado número de pacientes consumían café y tabaco; la disuria constituyó el síntoma fundamental en los tumores de vejiga presente en todos los casos y la hematuria total, el signo mayormente encontrado; la cistoscopia, la biopsia y tacto bimanual bajo anestesia y la ecografía abdominal constituyeron los medios de diagnóstico más importantes; el carcinoma de células transicionales, moderadamente diferenciado, fue el tipo histológico más frecuente en los pacientes estudiados; la cistectomía parcial y la resección transuretral fueron las acciones terapéuticas más utilizadas y la complicación más frecuente fue la infección urinaria.

RECOMENDACIONES

Realizar intervenciones de promoción y prevención de salud para modificar los hábitos de consumo de café y tabaco en nuestras comunidades, con el objetivo de evitar estas neoplasias y sus recidivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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 the urinary bladder. Bladder Consensus Conference Committee. Am J Surg Pathol. 1998; 22(12):1435-48.
2. Centro de Estudios de Población y Desarrollo. Estudios y Datos sobre la Población Cubana: cuba y sus territorios, 2010 [Internet]. La Habana: ONE;2010 [citado 14 Oct 2012]. Disponible en: http://www.one.cu/publicaciones/cepde/estudiosydatos/estudios_2010.pdf.
3. Dutta SC. Clinical under staging of high risk nonmuscle invasive urothelial carcinoma treated with radical cystectomy. J Urol. 2001; 166(2):490-3.
4. Tanagho EA, McAninch JW. Urología general de Smith. 8a ed. [s.l]:Manual Moderno; 2004.
5. Wein A, Kavoussi L, Novik A, Partin A, Peters G. Campbell/Walsh Urology. 8 ed. [s.l]:Médica Panamericana; 2004.

6. Feneley MR, Schoenberg M. Bladder-sparing strategies for transitional cell carcinoma. *Urology*. 2000; 56(4):549-60.
7. Herr HW. Tumor progression and survival of patients with high grade, noninvasive papillary (TaG3) bladder tumors: 15-year outcome. *J Urol*. 2000; 163 (1):60-1.
8. Davis JW, Sheth SI, Doviak MJ, Schellhammer PF. Superficial bladder carcinoma treated with bacillus Calmette-Guerin: progression-free and disease specific survival with minimum 10-year followup. *J Urol*. 2002; 167(2 Pt 1):494-500.
9. Holmang S, Johansson SL. Stage Ta-T1 bladder cancer: the relationship between findings at first followup cystoscopy and subsequent recurrence and progression. *J Urol*. 2002; 167(4):1634-7.
10. American Joint Committee on Cancer Staging. [s.l]: Lippincott; 1997.
11. Sylvester R, Sternberg C. The role of adjuvant combination chemotherapy after cystectomy in locally advanced bladder cancer: what we do not know and why. *Ann Oncol*. 2000; 11(7):851-6.
12. Tsai YC, Nichols PW, Hiti AL, Williams Z, Skinner DG, Jones PA. Allelic losses of chromosomes 9, 11, and 17 in human bladder cancer. *Cancer Res*. 1990; 50(1):44-7.
13. Thomson WJ. Los factores profesionales y medioambientales cáncer de vejiga: En Chisolm GD, WR Jr, eds. *Las funciones científicas Urología*. 2 ed. Heinemon: Libros Médicos; 1990.
14. Mommsen S, Aagaard J. Tobacco as a risk factor in bladder cancer. *Carcinogenesis*. 1983; 4(3):335-8.
15. Najem GR, Louria DB, Seebode JJ, Thind IS, Prusakowski JM, Ambrose RB. Life time occupation, smoking, caffeine, saccharine, hair dyes and bladder carcinogenesis. *Int J Epidemiol*. 1982; 11(3):212-7.
16. Elcock M, Morgan RW. Update on artificial sweeteners and bladder cancer. *Regul Toxicol Pharmacol*. 1993; 17(1):35-43.
17. Grossfeld GD, Litwin MS, Wolf JS Jr, Hricak H, Shuler CL, Agerter DC, et al. Evaluation of asymptomatic microscopic hematuria in adults: the American Urological Association best practice policy--part II: patient evaluation, cytology, voided markers, imaging, cystoscopy, nephrology evaluation, and follow-up. *Urology*. 2001; 57(4):604-10.
18. Haleblan GE, Skinner EC, Dickinson MG, Lierskovsjy G, Boyd SD, Skinner DG. Hydronephrosis as a prognostic indicator in bladder cancer patients. *J Urol*. 1998; 160(6 Pt 1):2011-4.

19. Pagano F. Patología, clasificación y dos números que gradúan sistemas de tumores del cáncer de vejiga. Rev Urol. 2007; 88:1509-1512.
20. Meyer F, Moore L, Bairati I, Lacombe L, Tetu B, Fradet Y. Neoadjuvant hormonal therapy before radical prostatectomy and risk of prostate specific antigen failure. J Urol. 1999;162(6):2024-8.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Martínez Ginarte GJ. Comportamiento del cáncer de vejiga en la provincia Granma. Estudio de 20 años. [Tesis para optar por el título de especialista de Primer Grado en Urología] Granma; 1990.

Recibido: 4 de febrero de 2013.

Aprobado: 14 de marzo de 2013.

Guillermo José Martínez Ginarte. Hospital General Carlos Manuel de Céspedes. Bayamo. Granma, Cuba. Email: elektra.grm@infomed.sld.cu