

TEMA 50. TUMORES GENITOURINARIOS.

• CÁNCER DE VEJIGA

Epidemiología: Frecuencia moderada. 3% tumor maligno. Afecta a ambos sexos, con más frecuencia en varones en una relación de 3-1.

A). *Factores sociales:* Menos frecuente en orientales. Más frecuente a los 60 años aprox.

Población: Egipto, favorecido por una infección endémica.

B). *Factores favorecedores:* – Ocupacional (colorantes, disolventes: los humos son carcinógenos al eliminarse por orina, pintores, peluquerías, industrias textiles, cuero, metalurgia... 5-10% más riesgo que en el resto de profesiones).

Tabaco: aumenta en 2-3 % el riesgo.

Patología:

- Carcinoma de epitelio transicional (90% de casos).
- Carcinoma epidermoide (7-8% de casos). Peor pronóstico.

– Adenocarcinoma (3-4% de casos).

Síntomas:

– Hematuria.

– Alteración en la micción (cistitis, disuria...)

– Papiloma: tumor benigno que produce lesión vesical, si se deja evolucionar se transforma en carcinoma de epitelio transicional.

Diseminación:

Hombre: Próstata, vesículas seminales.

Mujer: Útero, vagina . Evolución local.

Linfática

Hemática (metástasis en pulmón).

Diagnóstico:

Cistoscopia y biopsia.

Si evolución avanzada pielografía , TAC

Rx Tórax, para descartar la metástasis en tórax.

Tratamiento:

Resección del papiloma o tumor

Cuando el tumor está infiltrado en profundidad se realiza la única cirugía posible. La radical:

- Cistectomía: total o parcial (si tumor muy pequeño, reseca tumor vía transuretral).
- Prostatectomía o histerectomía.
- Vaciado ganglionar proximal.

El paciente ya no orinará por vías normales, así abocaremos uréteres, técnica BRICKER (donde la orina se elimina vía cutánea), los uréteres se abocan a un segmento del sigma o íleon (creando una especie de vejiga con sigma o íleon); se realizará también Rehabilitación (fisioterapia de continencia, pues no hay ningún esfínter de presión).

- Radioterapia y Quimioterapia (si tumor no muy extendido T0, T1)
- Vigilancia del paciente.

Resultados: sobrevive el 40% a los 5 años.

2.TUMOR RENAL.

Epidemiología:

Frecuencia: 1.5–2%. Edad 40–70 años.

Cuestiones raciales: menos los orientales. En los Balcanes hay mayor frecuencia por nefropatía endémica.

Patología:

1.Carcinoma de células renales 85% (se origina en células del riñón que recubren los túbulos renales)
Hipernefrona, etiología: influencia de carácter hormonal.

2.Carcinoma de epitelio transicional 15% , etiología:tabaco y colorantes.

Síntomas:

- Hematuria.
- Dolor en fosa renal y costado.
- Abultamiento en fosa renal.

Diseminación:

Riñón: cápsula renal, glándulas suprarrenales.

Riñón: pelvis renal, uréteres.

Riñón: trombo tumoral (a través de la vena renal, luego cava inferior, corazón.)

Linfática.

Hemática

Diagnóstico:

Pielografía

TAC

Tratamiento:

- Quirúrgico: Nefrectomía radical (ganglios, parte de uréter)
- Si tumor grande: Radioterapia.
- En caso avanzado terapia hormonal: administración de progesterona.
- Inmunoterapia (Interferón, Interleukinas).

Resultados:

Sobrevive a los 5 años el 40%.

• **CÁNCER DE PRÓSTATA.**

Epidemiología:

En hombres 10%.

En ancianos :el 60% de ancianos muertos tras la necropsia de averiguó que tenían cáncer de próstata.

A los 50–55 años se someterá a exámen urológico: así se realizará tacto rectal para ver si próstata ha aumentado de tamaño o se ha endurecido.

Más frecuente en raza negra.

Factores predisponentes: Andrógenos.

Patología:

Adenoma de próstata. Tumor benigno.

Adenocarcinoma.

Síntomas:

- Dificultad en micción.
- Retención urinaria.
- Dolor óseo.
- Cistitis (por infección)
- Hematuria
- Dolor óseo
- PSA (marcador sanguíneo de Cancer de próstata. Valor normal: 4ng/ml si el valor mayor es Cancer de

próstata.

Diseminación:

Uretra y vejiga.

Metástasis linfáticas y hemáticas (óseas).

Diagnóstico:

Tacto rectal

TAC

Ecografía endorectal

Biopsia por vía transperineal y vía transrectal.

Tratamiento:

–Antes se realizaba castración sin información.

–Si el tumor no está en fase avanzada: Cirugía: Prostatectomía radical (vesículas seminales, cuello vesical y ganglios linfáticos).

–Si tumor avanzado: Radioterapia.

–Terapia hormonal: eliminar andrógenos, administración de antiandrógenos (eliminan la libido) Bloqueo androgénico completo. A nivel hipotálamo–hipófisis. Inyección subcutánea de LHRH (impide la hormona luteínica, que da lugar a andrógenos).

Resultados:

Depende la precocidad del diagnóstico.

80% sobrevive a 10 años. Al ser personas mayores es más seguro que se mueran de otras enfermedades.