

# TUMORES DEL TRACTO URINARIO

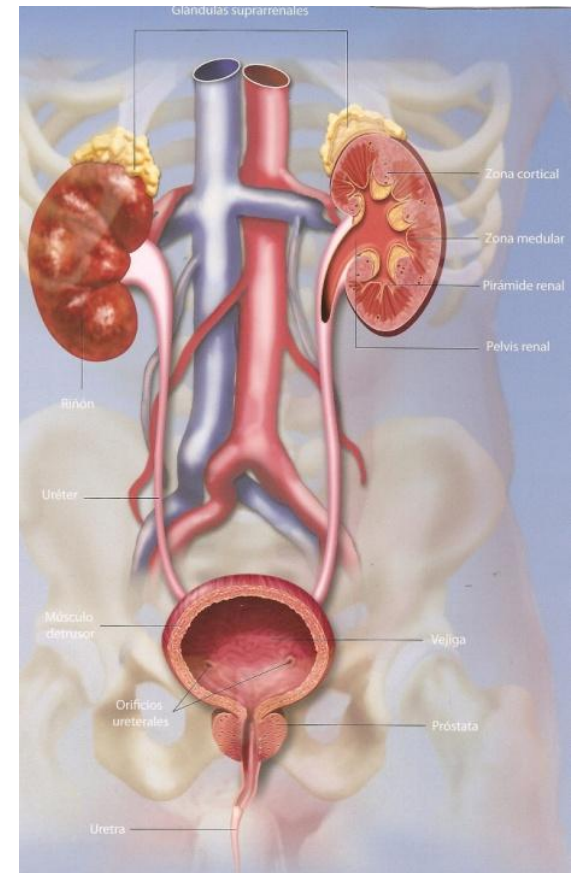


TUMORES DEL TRACTO  
URINARIO SUPERIOR

TUMORES DEL TRACTO  
URINARIO INFERIOR

*¿De qué ?*

**“TUMORES DE UROTELIO”**





# *¿ Por qué ?*

- 1. Los tumores uroteliales son los cuartos tumores más frecuentes, después de los de próstata (o mama), pulmón y colorrectal.***
- 2. El rasgo más importante de estos tumores es su tendencia a ser múltiples, multicéntricos y recidivantes***



# ¿Cómo?

<b><i>Tumores vesicales</i></b>	<b>93%</b>
<b><i>Tumores del TUS</i></b>	<b>6%</b>
<b><i>Tumores de uretra</i></b>	<b>1%</b>

# TUMORES DEL TUS

- Cálices
- Pelvis renal
- Uréter



# GENERALIDADES I

- Aparecen en 8<sup>o</sup>-9<sup>o</sup> década.
- Los tumores de pelvis y cálices representan el 5 - 10% de los carcinomas renales primarios.
- Predominan en sexo masculino 3 : 1
- 90% ca. uroteliales



# GENERALIDADES II

- Bilateralidad 1 - 2%
- Multifocalidad en el TUS HOMOLATERAL 30%
- Cáncer vesical concomitante (10%)
- Tras diagnóstico de un TTUS, es frecuente TTUI (30– 50%)
- Con un TTUI, sólo 2 – 4% de casos tendrán TTUS



## ■ Factores de riesgo

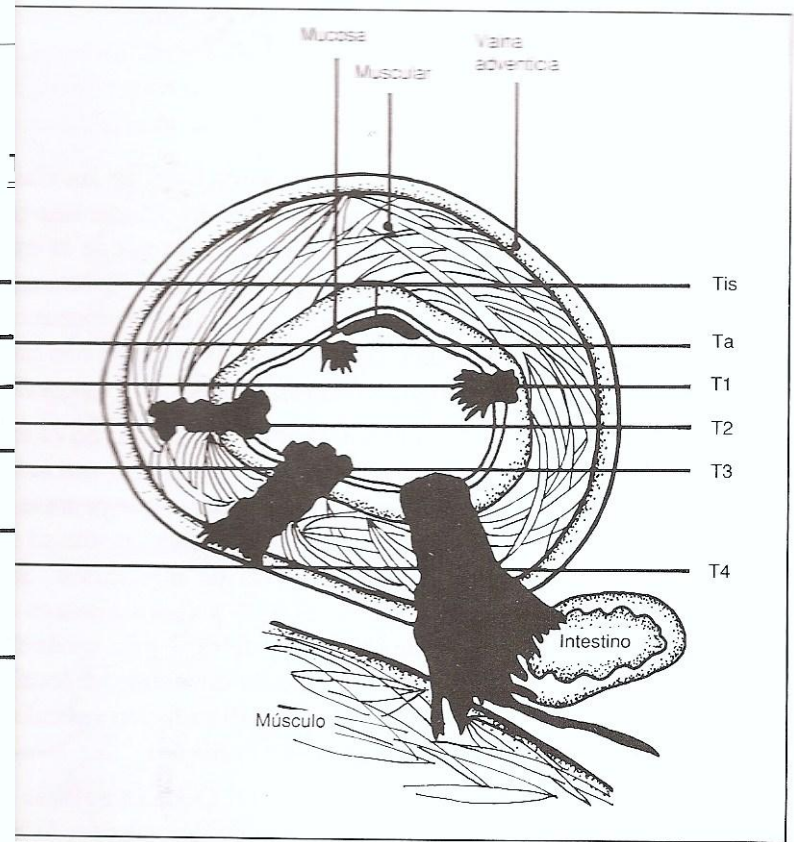
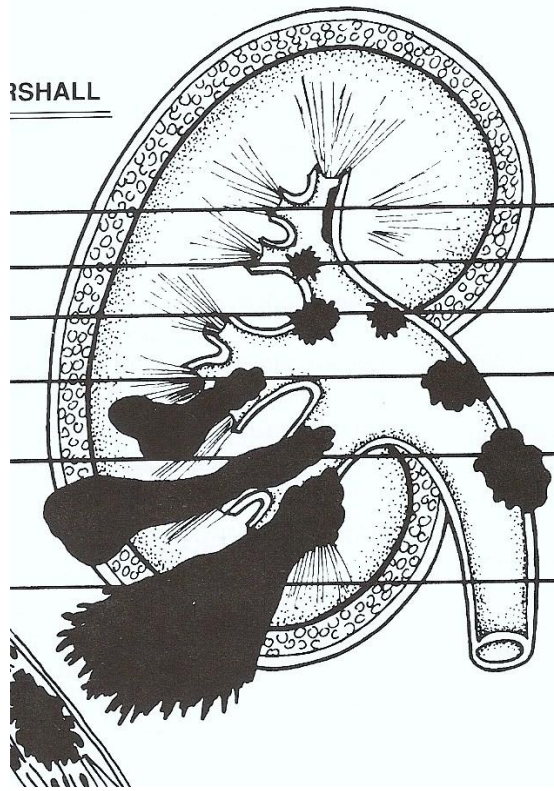
- Tabaco
- Aminas aromáticas
- Nefropatía por abuso de analgésicos (fenacetina)
- Edulcorantes artificiales (sacarina....)
- Irritantes del urotelio: litiasis, ITU crónica, éstasis urinario, radiaciones, catéteres..
- Nefropatía de los Balcanes



## CLASIFICACIÓN TNM (UICC 2009)

- TX- No se puede evaluar el tumor primario
- T0- No existen signos de tumor primario
- Ta- Carcinoma papilar no invasivo
- Tis- Carcinoma in situ
- T1- Tumor que invade el tejido conectivo subepitelial
- T2- Tumor que invade la capa muscular
- T3- (Pelvis renal) Tumor que atraviesa la capa muscular invadiendo grasa peripiélica o el parénquima renal.  
(Uréter) Tumor que atraviesa la capa muscular invadiendo la grasa periureteral.
- T4- Tumor que invade los órganos adyacentes o la grasa perirrenal a través del riñón.

SHALL





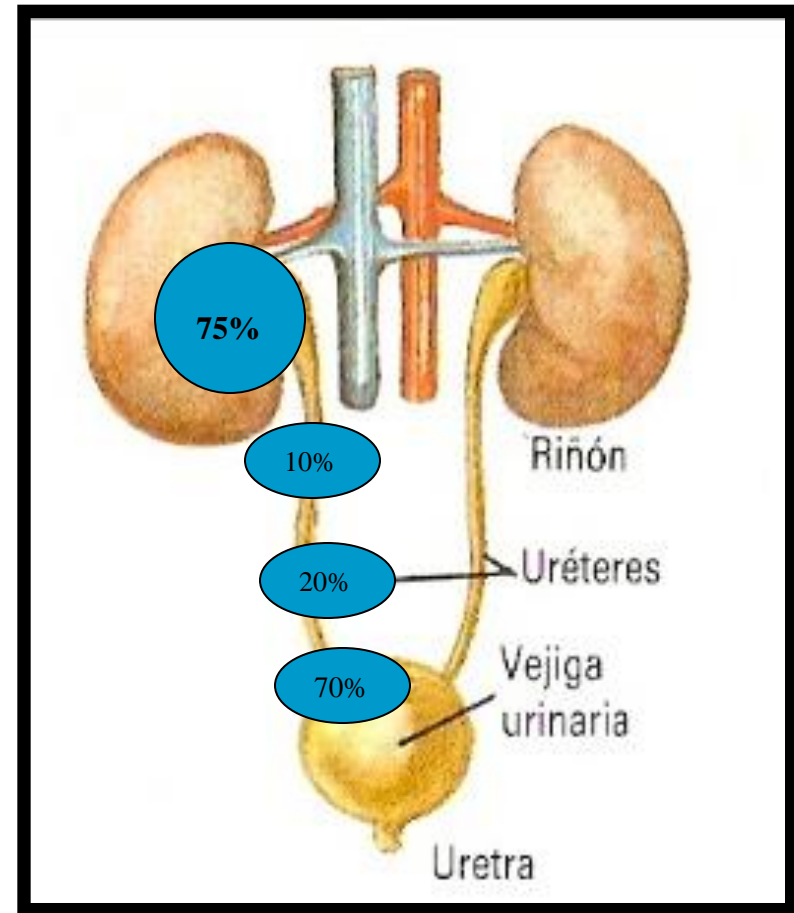
## CLASIFICACIÓN TNM (UICC 2009)

- NX- No se pueden evaluar los linfáticos regionales
- N0- No evidencia de metástasis ganglionares regionales
- N1- Único ganglio < 2 cm
- N2- Único >2 - 5 cm ó múltiples < 5
- N3- Ganglio > 5 cm
- MX- No se pueden evaluar metástasis a distancia
- M0- No hay metástasis a distancia
- M1- Metástasis a distancia

## CLASIFICACIÓN HISTOLÓGICA DE LA OMS (1973)

- G1- Bien diferenciado
- G2- Moderadamente diferenciado
- G3- Pobremente diferenciado/indiferenciado

# LOCALIZACIÓN



- 93% VEJIGA
- 6% TUS (cálices, pelvis y uréteres)
  - 75% en pelvis renal, cálices e infundíbulos
  - 25% uréteres ( 70% uréter distal)

# FACTORES PRONÓSTICOS

MODO DE PRESENTACIÓN  
¡¡60% INVASIVOS!!

- Estadio tumoral (T).
- Grado histológico
- Presencia de carcinoma “in situ” concomitante
  
- Multifocalidad
- Bilateralidad
- Volumen tumoral
- Historia previa de tumor



# TUMORES DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR:CLÍNICA

- HEMATURIA MACRO O MICRO
- DOLOR CÓLICO EN FLANCO POR OBSTRUCCIÓN URETERAL

# TUMOR TUS: DIAGNÓSTICO

- Anamnesis y exploración física. As y Ao.
- Pruebas de imagen
  - UIV y uro-TAC
  - Uro-RM
- Citología urinaria y cistoscopia
- Citología urinaria !selectiva!
- Ureteropieloscopia y/o nefroscopia con biopsia fría

# TUMOR TRACTO

## SUPERIOR: UIV





# TUMOR TRACTO SUPERIOR: UIV



# TUMOR TRACTO SUPERIOR: ECOGRAFÍA



# TUMOR TRACTO SUPERIOR:PIELOGRAFÍA R



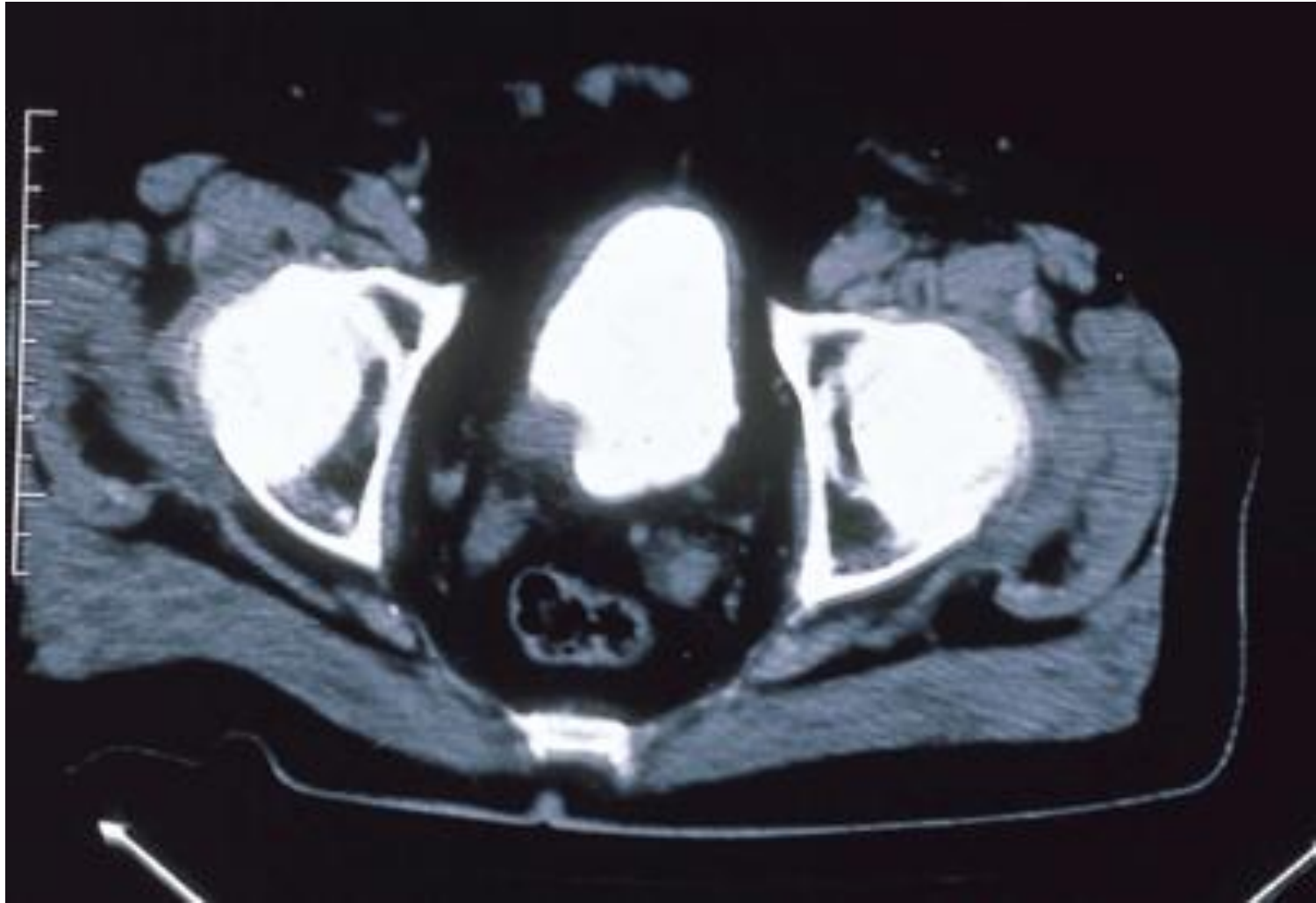
# TUMOR TRACTO

## SUPERIOR: TAC

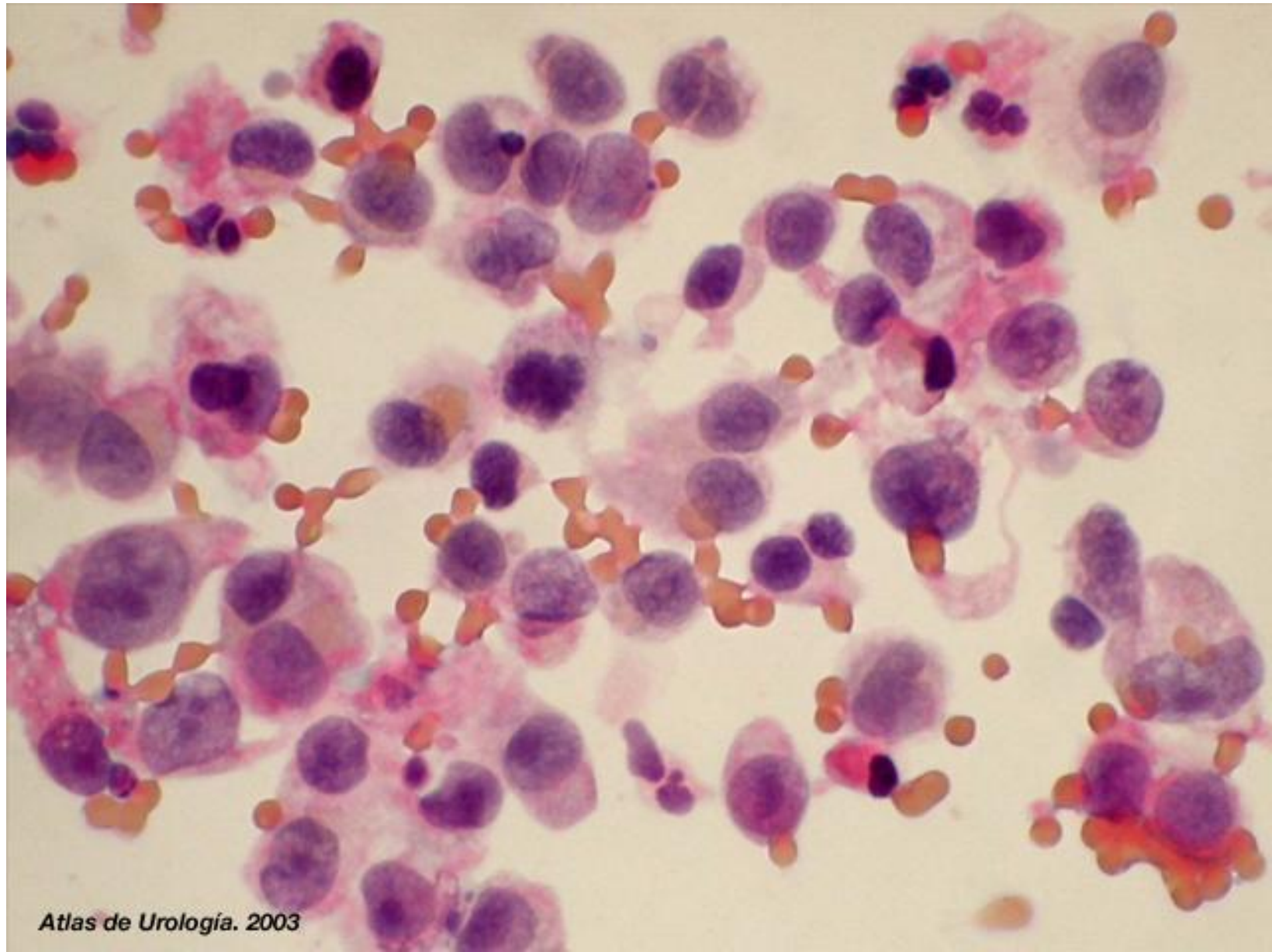


# TUMOR TRACTO

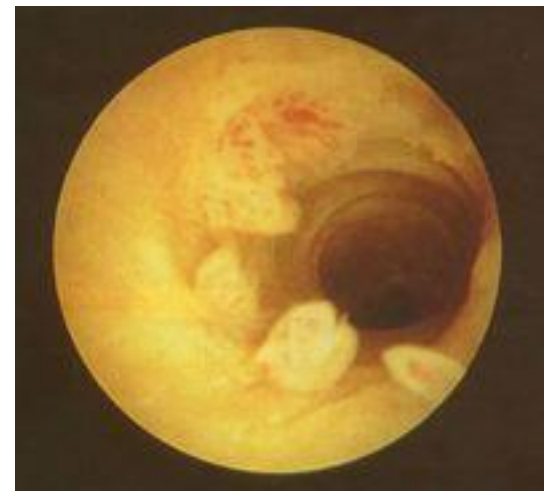
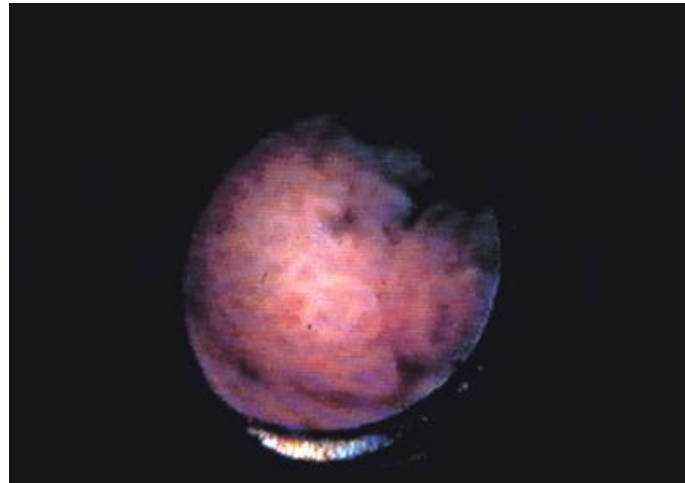
## SUPERIOR: TAC



# !Citología selectiva!



# TUMOR TRACTO SUPERIOR: URETEROSCOPIA (tras cistoscopia)

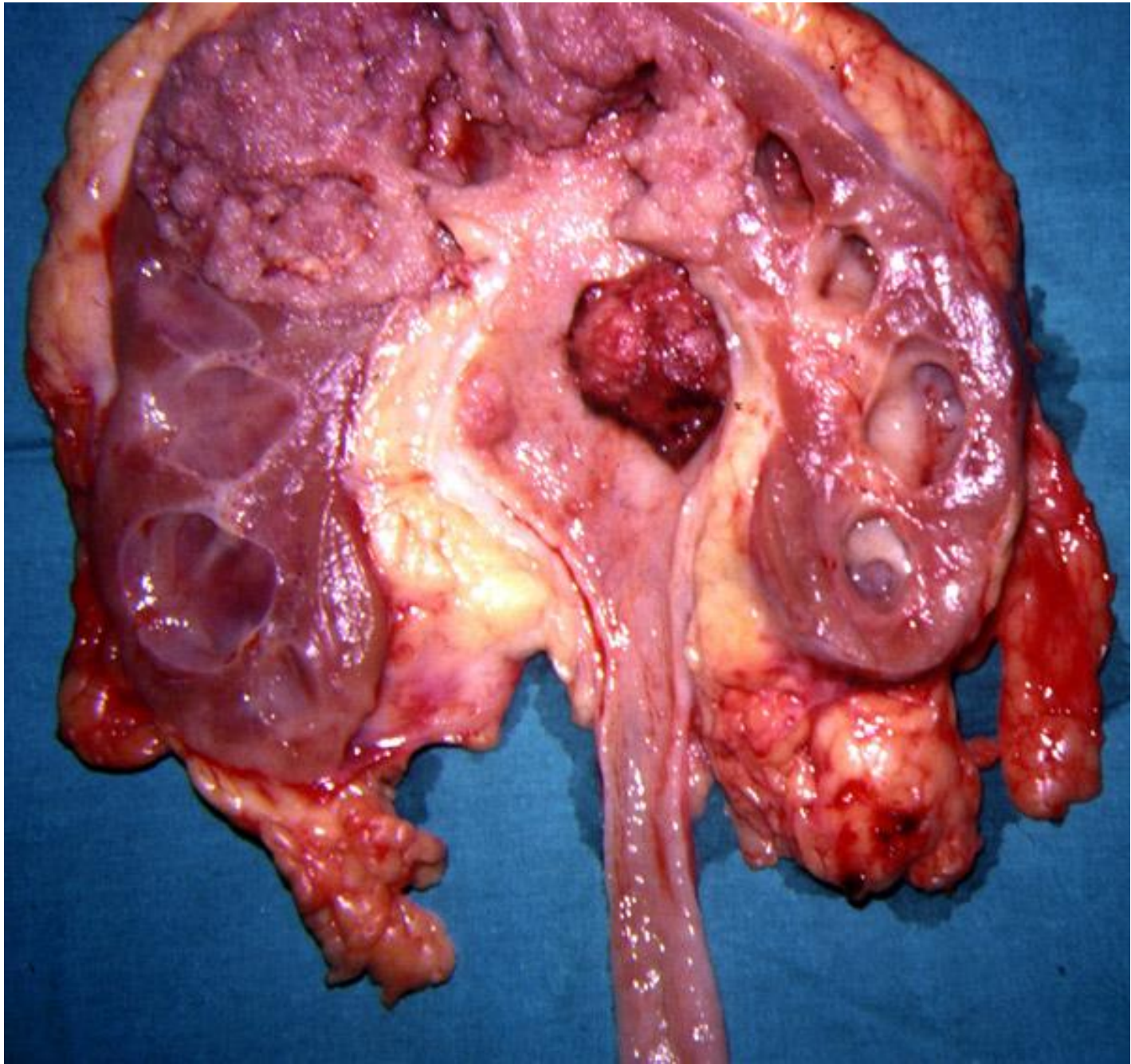




# TUMOR TRACTO SUPERIOR: TRATAMIENTO I

- **Cirugía radical** : La nefroureterectomía total con extirpación de un rodete vesical perimeático es el gold estándar en el tratamiento quirúrgico de los TTUS.
  - Incidencia relativamente baja (1-2%) de bilateralidad
  - La frecuencia de multifocalidad en el TUS homolateral (30%)
    - La elevada tasa de recidivas homolaterales si sólo se extirpa parte del TU
    - ¡¡Recidiva en uréter remanente si la NFU es incompleta ¡¡
  - En la presentación 60% son invasivos ( $\geq$  T2)







# TUMOR TRACTO SUPERIOR: TRATAMIENTO II

- **Cirugía conservadora**
  - Cirugía a cielo abierto
    - Nefrectomía parcial ?
    - Pielectomía parcial ?
    - Ureterectomía segmentaria + continuidad ureteral
  - Cirugía endoscópica
    - Ureteroscopia (RTU, laser, coagulación)
    - Nefroscopia percutánea (RTU, laser, coagulación) ?
  - Quimioterapia o inmunoterapia locales
- **ENFERMEDAD AVANZADA**
  - NFU paliativa
  - Quimioterapia y radioterapia



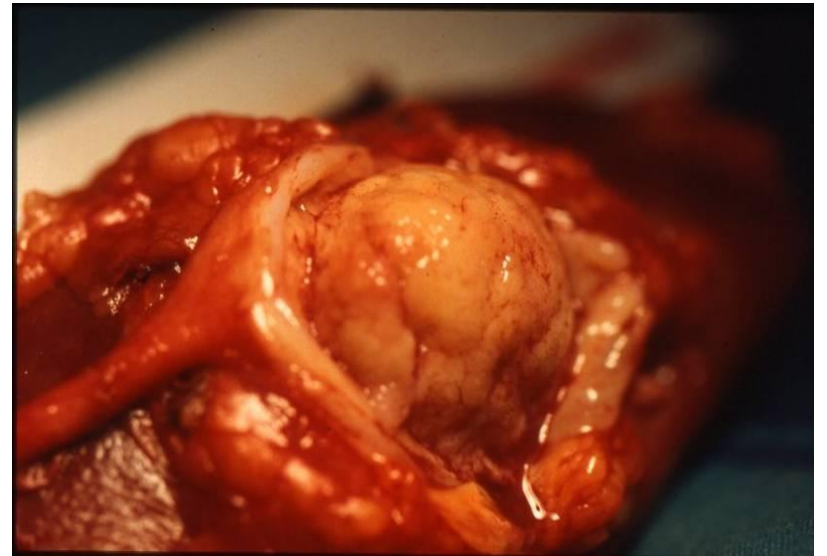
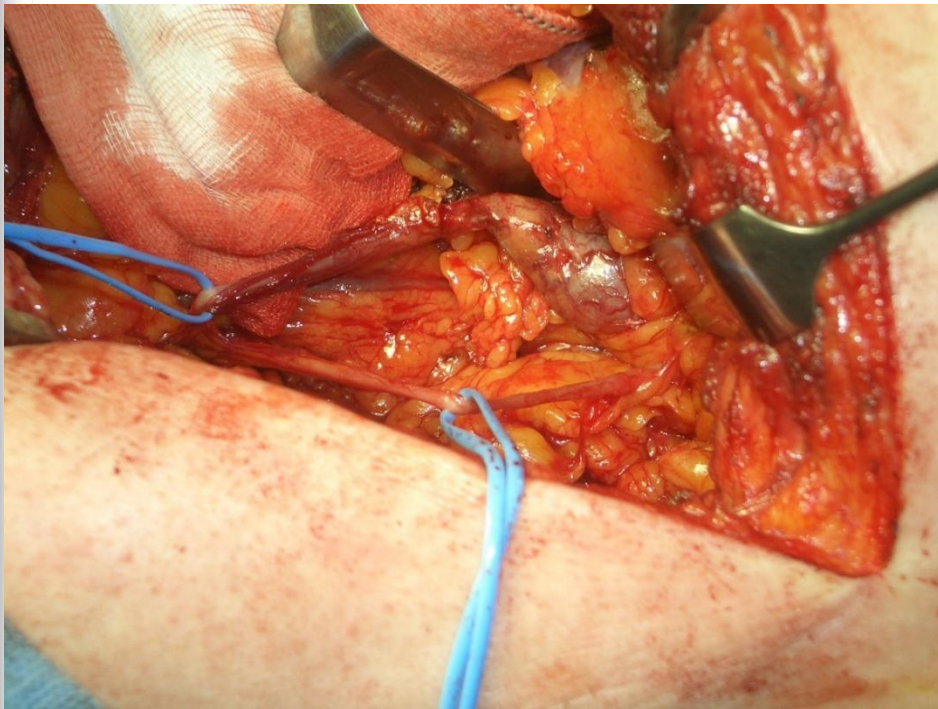
# TUMOR TRACTO SUPERIOR: TRATAMIENTO III

\*\*GRADO, ESTADIO, TAMAÑO\*\*

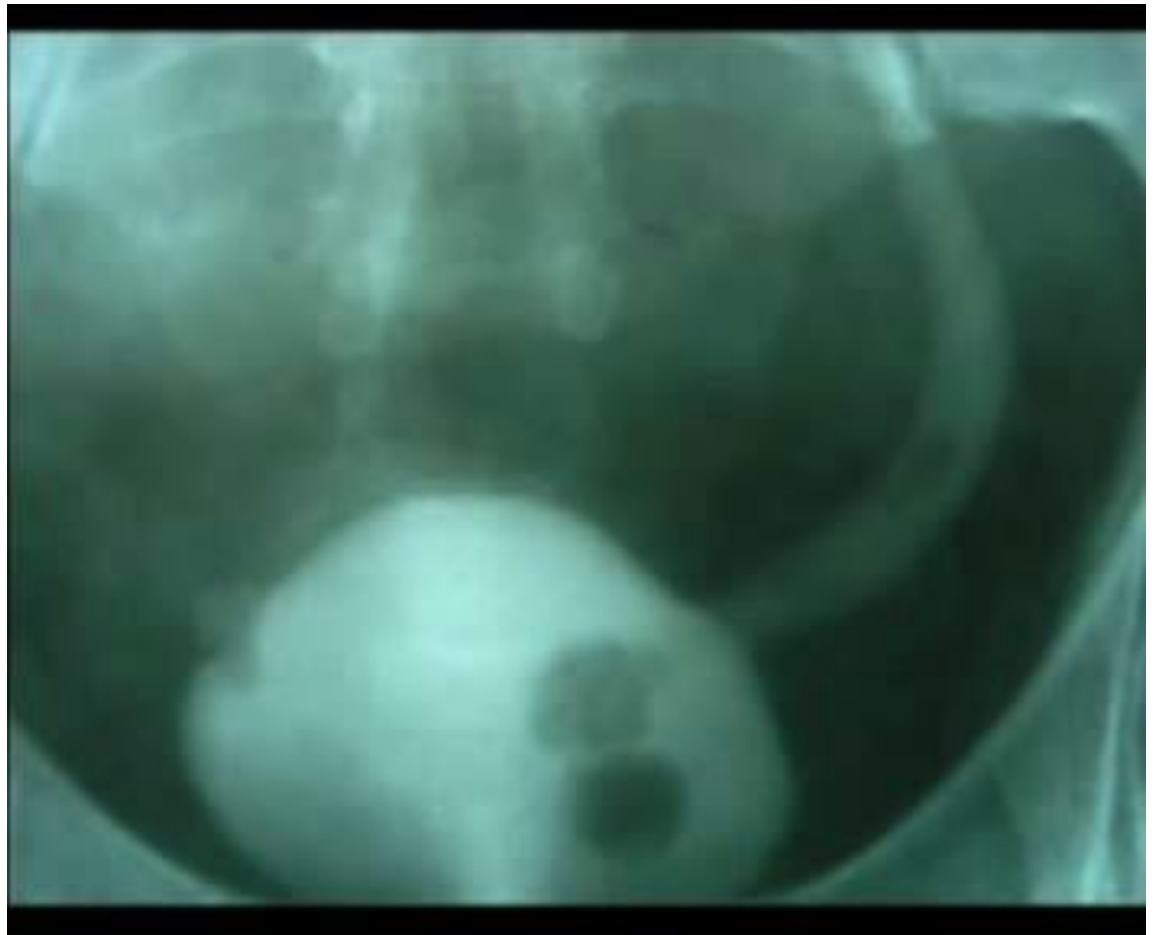
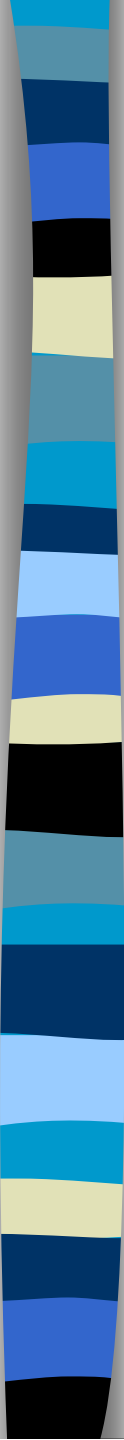
## ■ Cirugía conservadora

### – INDICACIONES

- 1. Obligadas . Imperativas
  - Monorrenos o IRC
  - Tumor bilateral sincrónico de pequeño tamaño
  - Comorbilidad
- 2. Electivas:
  - Birrenos con tumores papilares, únicos, de pequeño tamaño, bajo grado, no infiltrantes y citología (-)









# TUMOR TUS: SEGUIMIENTO

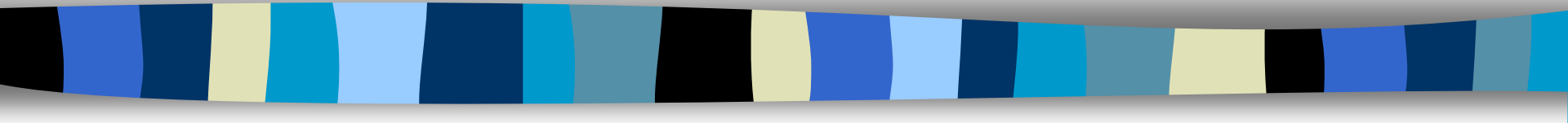
---

Tumores tratados con cirugía conservadora

Tumores tratados con cirugía radical

- **CITOLOGÍA**
- **CISTOSCOPIA**
- **PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN**
- **URETERORRENOSCOPIA**
  - Multifocalidad (TUS y vejiga)
  - Bilateralidad

# TUMORES URETRALES







# TUMORES DE URETRA

## ■ TUMORES URETRA MASCULINA

- BENIGNOS (pólipos, condilomas.....)
- MALIGNOS (carcinoma primario de uretra, 80% escam)

## ■ TUMORES DE URETRA FEMENINA

- BENIGNOS (carúncula, leiomioma.....)
- MALIGNOS (carcinoma primario de uretra, mayoría esc)

