

## El cáncer de vejiga durante el brote de COVID-19

Francesco Esperto <sup>1</sup>, Karl H. Pang <sup>2</sup>, Simone Albisinni <sup>3</sup>, Rocco Papalia <sup>1</sup>, Roberto M. Scarpa <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Urología, Campus Bio-Medico Universidad de Roma, Roma (Italia); <sup>2</sup> Unidad Académica de Urología, Universidad de Sheffield, Sheffield (Reino Unido); <sup>3</sup> Departamento de Urología, Clínicas Universitarias de Bruselas, Hospital Erasme, Universidad Libre de Bruselas, Bruselas (Bélgica)

International Braz J urology, Vol 46, suplemento 1 de julio de 2020.

### RESUMEN

El brote de COVID-19 ha provocado el aplazamiento de un gran número de cirugías en un intento de reducir la transmisión de la infección, liberar camas, cuidados intensivos, anestesistas y limitar los procedimientos de generación de aerosoles. Se han proporcionado directrices y sugerencias para clasificar las enfermedades urológicas en grupos de riesgo y se dispone de recomendaciones sobre los procedimientos que pueden o no pueden aplazarse. Nuestro objetivo es resumir las actualizaciones sobre el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento del cáncer de vejiga durante los brotes de COVID-19.

### Comentario:

Las recomendaciones de las diferentes asociaciones y partes interesadas en la urología durante el brote de Covid-19 se basan en el aplazamiento de las cirugías con el fin de ahorrar mano de obra, recursos y ventiladores, así como para evitar visitas innecesarias y reducir el riesgo de contagio. Sin embargo, existe un riesgo de progresión de los tumores urológicos, como el cáncer de vejiga, si los pacientes no son diagnosticados y tratados en intervalos de tiempo seguros. Esperto y cols, ofrecen en su artículo publicado en el suplemento especial dedicado a COVID en julio de 2020 en la revista International Braz J urology, una reflexión sobre las recomendaciones del cáncer de vejiga basadas en las directrices de la EAU antes y durante el brote de Covid-19.

Es fundamental clasificar a los pacientes en grupos de prioridad. En este sentido, los casos de baja prioridad, como el cáncer de vejiga no músculo invasivo (NMIBC) <1cm, la RTU inicial completa de una lesión pT1, pueden ser aplazados 6 meses. Los casos de prioridad intermedia deben ser tratados dentro de 3 meses, estos incluyen tumor >1cm, recurrencia temprana, falta de respuesta o falla a BCG. Los casos de alta prioridad deben ser tratados dentro de <6 semanas e incluyen: 1) Re - RTU por sospecha de tumor músculo invasivo 2) resección en pacientes con tumor visiblemente residual después de una RTU de tumores grandes o múltiples.

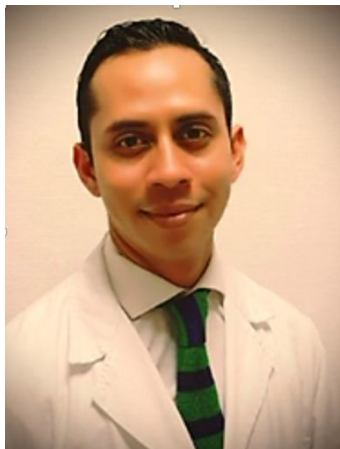
Los retrasos en Cistectomía Radical para MIBC de hasta 12 semanas pueden ser seguros. Se debe llevar a cabo una discusión exhaustiva con el paciente sobre el tipo de desviación urinaria. La reconstrucción de neovejiga ortotópica se ha asociado sistemáticamente con incremento de la estancia en el hospital y a las complicaciones postoperatorias. La terapia multimodal de conservación vesical o terapia trimodal (TMT), que consiste en una RTU completa, quimioterapia y radioterapia, es una alternativa interesante a la cirugía en pacientes seleccionados durante el brote de Covid-19, pero probablemente implica múltiples accesos a un centro terciario.

Los pacientes asintomáticos con baja carga de enfermedad pueden posponer el tratamiento (8-12 semanas). Los casos de alta prioridad deben ser tratados en un plazo de <6 semanas. Los casos de emergencia deben ser tratados en <24 horas e incluyen 1) pacientes con retención de coágulos 2) hematuria intratable con anemia; 3) nefrostomía para BC localmente

avanzado con insuficiencia renal aguda; 4) embolización o radioterapia hemostática para hemorragias con repercusión hemodinámica.

En cuanto al seguimiento durante el COVID-19, en casos de NMIBC de baja prioridad se puede aplazar hasta 6 meses. El seguimiento incluye: 1) cistoscopia en pacientes de riesgo bajo/intermedio de NMIBC antes del final de 3 meses en casos sin hematuria. Los casos de alta prioridad deben ser seguidos dentro de las 6 semanas con cistoscopia, en pacientes con NMIBC y hematuria intermitente. Aparte de la citología, las imágenes, la cistoscopia flexible y la RTU, este puede ser el momento de utilizar marcadores moleculares para ayudar al diagnóstico y pronóstico de NMIBC

El trabajo presentado por Esperto y cols, ofrece recomendaciones prácticas para intervalos de tiempo seguros para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de vejiga durante el brote de COVID-19. Sin embargo, la naturaleza excepcional de la situación actual requiere tomar decisiones basadas en la evidencia clínica y las situaciones particulares del entorno local.



**Dr. Moisés Rodríguez Socarrás**

MD. F.E.B.U.

Instituto de Cirugía Urológica Avanzada (ICUA), Madrid España.  
Venezuela-España