

# ¿Qué información facilitamos los profesionales de atención primaria a los pacientes en tratamiento con citostáticos?

<sup>1</sup>Nogueras Ormazábal E, <sup>2</sup>Sarrasqueta Sáenz P, <sup>2</sup>Pardo Romera M, <sup>2</sup>Díaz de Cerio Mayayo B, <sup>2</sup>Corcuera Esparza A, <sup>3</sup>Sarrasqueta Sáenz C

<sup>1</sup>Centro de Salud de Allo

<sup>2</sup>Centro de Salud II Ensanche. Pamplona

<sup>3</sup>Clínica Universitaria de Navarra Navarra

Paciente de 75 años de edad, que consulta porque el día anterior, tras un esfuerzo, expulsó un coágulo por la orina.

Presenta múltiples patologías y se encuentra polimedicado. Entre sus antecedentes personales figuran hipertensión arterial, psoriasis, hiperlipemia, diabetes mellitus tipo 2, hiperuricemia y glaucoma traumático.

Ha recibido tratamiento con radio y quimioterapia por un carcinoma escamoso bien diferenciado en la cuerda vocal izquierda (T1N0Mx). También se le ha extirpado el riñón derecho por tuberculosis renal y una tumoración vascular en la mano derecha. Dejó de fumar en 2001 (exfumador de 40 cigarrillos/día), no bebe y sus antecedentes familiares carecen de interés.

La exploración física es normal, salvo obesidad. Entre los datos de laboratorio se advierte hiperglucemia y en el sedimento de orina se informa de "hematuria y piuria de incontable número de elementos por campo".

La ecografía abdominal confirma que el hígado, el bazo, la vesícula biliar, las vías biliares, el páncreas y la aorta abdominal (1,9 cm) son normales. El riñón derecho no existe (nefrectomía) y el izquierdo tiene una morfología normal y gran tamaño (14,6 cm) para compensar la ausencia del otro. No hay dilatación pielocalicial. La vejiga replecionada tiene buena capacidad y muestra en la mucosa de la pared lateral izquierda dos lesiones polipoideas de 10 mm y 6 mm, respectivamente. La próstata está aumentada de tamaño (5,1 x 3,6 cm), con impronta en el suelo vesical. Las vesículas seminales son normales. Tras la micción, queda un residuo intravesical

de aproximadamente 100 cc.

Se realiza citología de los tumores vesicales, que es positiva para células neoplásicas.

Con el diagnóstico de carcinoma de urotelio se comienza tratamiento con citostáticos (BCG y mitomicina).

La esposa del paciente nos pregunta sobre los riesgos que supone esta terapia para ella, ya que en el Servicio de Urología no le han informado y está preocupada por el contagio de la tuberculosis.

Iniciamos una búsqueda bibliográfica para dar respuesta a esta pregunta.

## COMENTARIO

El carcinoma de vejiga es el quinto tumor más frecuente en el varón en cuanto a incidencia, y la novena causa de muerte por cáncer. Es más frecuente entre los varones (3 a 1), especialmente durante la sexta década de la vida. La tasa de incidencia se ha incrementado en todo el mundo durante los últimos años, sobre todo en los países industrializados, lo que acredita los efectos de los carcinógenos industriales y al tabaquismo como factores de riesgo para el desarrollo del cáncer de vejiga.

El carcinoma de células transicionales de vejiga (90-95 % de las neoplasias vesicales) tiene una historia natural que oscila desde asintomático a muy agresivo, por lo que es de gran importancia poder predecir su comportamiento y planificar una terapia eficaz<sup>1</sup>. La instilación de BCG y mitomicina constituyen el tratamiento de elección para el cáncer superficial de vejiga.

El protocolo para el cáncer de vejiga incluye un

ciclo de inducción de 6 semanas, seguido de ciclos de mantenimiento con una duración aproximadamente 3 años con varias dosis de BCG.

La BCG es la vacuna contra la tuberculosis (TBC) y el preparado se obtiene al atenuar la bacteria productora de la enfermedad para reducir el riesgo de infección y mantener la capacidad inmune<sup>1</sup>. Son contraindicaciones para este tratamiento ser portador de prótesis (valvulares, articulares...), de *stent* en una arteria coronaria, de marcapasos, de desfibrilador, de injertos vasculares, de derivaciones de neurocirugía o de cualquier otro cuerpo extraño implantado. También son contraindicaciones los tratamientos con fármacos antiagregantes o anticoagulantes, sufrir o haber sufrido una infección por *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina, haber recibido un trasplante de córnea o duramadre o inyecciones de hormona del crecimiento por el alto riesgo de haber contraído la variante de Creutzfeldt-Jakob.

Algunas preparaciones de BCG pueden interactuar con la vacuna de la gripe y se aconseja dejar transcurrir 6 semanas entre la inmunización y el tratamiento con BCG.

Se inicia el tratamiento con una cistoscopia para eliminar el residuo de la orina y una analítica para comprobar que no existe infección.

Las principales razones por las que los pacientes no completan los ciclos son los efectos secundarios y/o la progresión de la enfermedad.

El paciente sometido al tratamiento con BCG/citostáticos debe ser informado de las precauciones a tomar y de los riesgos que conlleva:

- Debe abstenerse de orinar durante las 2 horas siguientes al tratamiento para contribuir a mantener el fármaco en la vejiga. Por tanto, se debe restringir la ingestión de líquidos durante 6 horas antes de cada sesión<sup>1</sup>; quienes tomen diuréticos deben suprimirlos con antelación.

- Es necesario desinfectar la orina emitida en las primeras 6 horas posteriores al tratamiento. Para ello, se debe verter una cantidad de lejía pura equivalente a la cantidad de orina y, durante 15 minutos, dejar actuar en el inodoro sin echar agua.

- La primera vez, tras la instilación, el paciente debe orinar sentado para evitar el daño en la piel y la contaminación ambiental originada por las salpicaduras. Además, es imprescindible un

escrupuloso lavado de las manos y los genitales.

- Se recomienda que 6 horas después de recibir el tratamiento, comience a beber 2-3 litros de líquidos diarios para ayudar a eliminar los restos del fármaco que queda fuera de la vejiga y aliviar así los síntomas. Tomar un vaso de zumo de arándanos diario alivia los síntomas irritativos vesicales. La excepción son los pacientes que están en tratamiento con anticoagulantes orales (warfarina, acenocumarol), porque estos interactúan con el tratamiento y puede alterarse el INR.

- Los contactos sociales habituales no están expuestos a ningún riesgo y no es necesario cancelar los compromisos.

La mitomicina se administra como tratamiento único y complementario a la extirpación del cáncer de vejiga o como ciclos semanales durante 6 semanas. Las contraindicaciones para el uso de mitomicina son alergia, infección del tracto urinario, toma de inmunosupresores o inmunodeficiencia, alteración de coagulación y lactancia o embarazo.

Entre los efectos secundarios del tratamiento con BCG/mitomicina destacan, por su frecuencia, las infecciones del tracto urinario, las molestias en la vejiga, el incremento en la frecuencia y urgencia de orinar, alteraciones en el sedimento urinario por la presencia de sangre y residuos y los síntomas gripales. Menos frecuentes son la presentación de estenosis uretral por el uso repetido del catéter, reacciones inflamatorias multisistémicas (hígado, articulaciones y la parte posterior del ojo) y, más raras (menos de 1 de cada 50), el dolor vesical persistente o intenso y la infección grave por el BCG.

Es importante destacar que esta infección es diferente de la tuberculosis.

El riesgo que supone para el paciente y sus contactos sexuales el tratamiento con BCG es la infección por el bacilo de la tuberculosis. El que comporta la mitomicina (u otro citostático) es la exposición a una sustancia irritante, mutagénica y, quizá, cancerígena. Con ambas sustancias los contactos sexuales pueden presentar reacciones de hipersensibilidad.

La Sociedad Británica de Urología y la Sociedad de Gales no se ponen de acuerdo respecto a la duración de la abstinencia y del uso del preservativo tras la instilación. Los galeses indican que se debe evitar el contacto sexual durante tres días y

los británicos lo reducen a 24 horas. Ambos recomiendan usar el preservativo durante todos los días del tratamiento y una semana después del mismo.

La búsqueda bibliográfica realizada a propósito de este caso confirma la falta de estudios de seguimiento que permitan predecir los riesgos a los que se exponen los contactos sexuales. Tampoco hemos encontrado estudios referidos a los riesgos que puede presentar la población sana que, por razones laborales o familiares, tiene relación con pacientes que excretan BCG y citostáticos.

También hemos detectado que no se informa convenientemente a los pacientes y a sus familiares. En el mejor de los casos se entrega una hoja informativa que, en la mayoría de las ocasiones, no se lee. Consideramos que corresponde al Equipo de Atención Primaria recordar y repasar con el paciente todas las precauciones que se deben adoptar.

## BIBLIOGRAFÍA

- <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple1/suple12a.html>
- [http://www.healthnetworks.health.wa.gov.au/cancer/docs/Intravesical\\_](http://www.healthnetworks.health.wa.gov.au/cancer/docs/Intravesical_)
- <http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/866/Urology>