HOT TOPICS IN UROLOGIA



Metastasi uroteliale in condotto ileale dopo cistectomia radicale. Case series e revisione della letteratura.

Giovannalberto Pini,* Ahmad Hind,¹ Ferdinando Martino,¹ Domenico Viola,¹ Roberto Rossi¹, Matteo Spagni,¹ Leonardo Manoni,¹ Antonio Martinelli1 e Sergio Leoni.¹

*Dipartimento di Urologia, Università di Modena e Reggio Emilia, Italia ¹Dipartimento di Urologia, Arcispedale Santa Maria Nuova Reggio Emilia, Italia

Riassunto:

Obiettivo: Una localizzazione metacrona di neoplasia uroteliale in un condotto ileale dopo cistectomia radicale, è un eventualità relativamente rara e dal 1975 ad oggi sono riportati 21 casi. Più in particolare solo 9 presentavano come unica localizzazione il condotto ileale.

Con riferimento alla letteratura, e dopo revisione della nostra esperienza di 382 ureteroileocutaneostomie (sec.Bricker e sec.Wallace), riportiamo il caso di 2 pazienti con sviluppo di carcinoma a cellule transizionali nel condotto, rispettivamente a 5 e a 6 anni dalla cistectomia analizzandone l'iter diagnostico, terapeutico ed il follow up.

Metodi: Abbiamo eseguito valutazione retrospettiva della documentazione clinica dei 2 casi in analisi, risalendo ai dati relativi all'intervento primitivo di cistectomia radicale ed ureteroileocutaneostomia, al decorso clinico postoperatorio, ai segni e ai sintomi di presentazione della recidiva uroteliale, agli esami di diagnosi di recidiva, e alla scelta terapeutica definitiva.

Risultati: Nel primo caso, una donna di 78 anni con anamnesi di carcinoma a cellule transizionali della vescica multifocale plurirecidivo sottoposta a 72 anni ad exenteratio pelvica, la laparotomia esplorativa mostrò una neoplasia uroteliale del solo condotto ileale a tutto spessore ed esteso al tessuto adiposo periviscerale. Dopo la fase demolitiva le venne confezionata una nuova ureteroileocutaneostomia. A 9 mesi dall'intervento la paziente è vivente, in buona salute con ansa ileale funzionante.

Nel nostro secondo caso un uomo di 76 anni monorene funzionale destro sottoposto a cistectomia radicale per carcinoma a cellule transizionali in situ ed inefficace chemioterapia endovescicale con BCG, una ileoscopia aveva permesso di visualizzare la neoformazione e di eseguire biopsia a freddo della stessa confermando la recidiva uroteliale. Il paziente dopo rifiuto della chemioterapia e di ogni altra procedura chirurgica a 5 mesi è vivo ed in condizioni accettabili.

Conclusioni: L'eziopatogenesi di una neoplasia uroteliale metacrona in un condotto ileale con alte vie escretrici libere dalla malattia d'origine è tuttora sconosciuta. Il lungo intervallo di tempo trascorso nei due casi esclude che si tratti di un "seeding" chirurgico. Nel caso in cui è stato eseguito l'intervento chirurgico con la demolizione del condotto e dei segmenti anastomotici, e il riconfezionamento di una nuova ureteroileocutaneostomia in altra sede la paziente gode di buona salute. I pochi pazienti trattati e i brevi follow-up della nostra casistica e della letteratura per la severa prognosi, non devono scoraggiare interventi chirurgici di demolizione dell'ansa e di riderivazione urinaria che ci sembra la migliore scelta.

1. Introduzione

Il coinvolgimento metastastico uroteliale di un condotto ileale dopo cistectomia radicale è un eventualità rara e dal 1975 ad oggi la letteratura

riporta solo 21 casi. Tale localizzazione è più frequentemente associata a contestuale malignità delle alte vie escretrici richiamando il concetto di multifocalità ed il processo eziopatologico da autoimpianto per migrazione attraverso il flusso urinario.

E' documentata la trasformazione maligna ad istologia enterica in segmenti intestinali dopo esposizione cronica al transito urinario con o senza esclusione da quello fecale.

Rari sono invece i casi di localizzazione di neoplasia a cellule transizionali colonizzanti unicamente il condotto ileale o l'anastomosi uretero-ileale. Questa evenienza non deve essere confusa con una recidiva precoce, da imputarsi invece ad inoculazione chirurgica iatrogena.

Dal 1989 ad oggi il nostro Centro ha eseguito 551 cistectomie radicali per carcinoma a cellule transizionali di cui 382 seguite da ureteroileocutaneostomia (sec Bricker o sec. Wallace).

Presentiamo, con revisione della letteratura, il caso di 2 pazienti, rispettivamente a 6 e 5 anni dalla cistectomia con riscontro di recidiva uroteliale a carico del solo condotto ileale nel 1° e del condotto ileale ed lobo epatico nel 2°, analizzando presentazione clinica, approccio chirurgico, follow up.

2. Materiali e metodi

Il follow-up in paziente sottoposto a cistectomia radicale per neoplasia vescicale viene eseguito routinariamente nel nostro centro ed include ogni 4 chimico fisico delle mesi: esame urine indici urinocultura, funzionalità di renale, venosa e emogasanalisi ecografia annualmente e in caso di ematuria e/o con segni di ostruzione ureterale: Tomografia Computerizzata con scansioni tardive (Uro-TC) e/o Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) addominopelvica. Un esame endoscopico con cistonefroscopio flessibile con possibilità di biopsia può essere eseguito in caso di difetto di riempimento all'imaging. In caso di recidiva vengono eseguite a completamento TC torace e scintigrafia ossea.

Abbiamo eseguito una valutazione retrospettiva della documentazione clinica dei 2 casi in analisi, risalendo ai dati relativi all'intervento primitivo di cistectomia radicale ed ureteroileocutaneostomia, al decorso clinico postoperatorio, ai sintomi e segni di presentazione della recidiva uroteliale, agli esami di diagnosi di recidiva, alle eventuali procedure ancillari e alla scelta terapeutica definitiva.

3. Risultati

Il primo caso riguarda una donna di 78 anni con anamnesi di carcinoma a cellule transizionali della vescica multifocale recidivante sottoposta a 72 anni ad exenteratio pelvica (dicembre 2002) per malattia muscolo invasiva. L'esame istologico aveva deposto per "Carcinoma non papillare a cellule transizionali scarsamente differenziato (Grado 3), infiltrante a tutto spessore la tonaca muscolare propria con estensione ai tessuti adiposi pericistici; margine di resezione chirurgico, estremità ureterali e linfonodi iliaco otturatori (numero linfonodi: destra 14; sinistra 12) liberi da neoplasia, con classificazione TNM del 2002 pT3bN0M0.

La paziente aveva riferito relativo benessere per 5 anni con comparsa di idroureteronefrosi bilaterale ad un controllo ecografico e quadro di lieve insufficienza renale (creatininemia 2,1 mg/dl). La TC addominopelvica (vedi Figure 1, 2, 3) eseguita senza mezzo di contrasto confermava l'idronefrosi bilaterale e la contestuale dilatazione dell'estremità prossimale del condotto ileale con presenza di area di 2 x 2,8 cm occupante a tutto spessore l'estremità dell'ansa. L'indaginoso cateterismo dell'ileostomia (sonda ileale 16 ch//) risolveva temporaneamente il quadro idronefrotico. La paziente era stata quindi sottoposta a laparotomia esplorativa con riscontro di un tessuto roseo biancastro infiltrante il condotto ileale nel suo tratto distale, e che sembrava coinvolgere le anastomosi ureterali ed il segmento ileocecale sottostante. L'esame istologico al congelatore deponeva per recidiva uroteliale e si eseguì l'asportazione del condotto ileale, dei segmenti ureterali terminali, del tratto ileocecale e della relativa appendice, di segmento di grande omento e di linfonodi mesenterici sospetti alla TC. Si quindi confezionamento eseguiva il ureteroileocutaneostomia sec. Briker mediante nuovo segmento ileale con abbocco in cute più craniale rispetto alla precedente sede.

L'esame istologico definitivo confermava un carcinoma scarsamente differenziato (G3), infiltrante il condotto ileale a tutto spessore ed esteso al tessuto adiposo periviscerale. Le estremità ureterali invece risultarono libere da neoplasia così come i linfonodi prelevati ed margini di resezione.

Fig 1: Caso 1°: Idroureteronefrosi bilaterale (TC). (R=Rene destro, L=Rene sinistro)



Fig 2: Caso 1°: Dilatazione del tratto prossimale dell'ansa e dell'anastomosi uretero-ileale (TC). (#= ansa ileale; L= anastomosi uretero-ileale sinistra; F= anastomosi uretero-ileale destra.



Fig3: Caso 1°: Recidiva ileale nel tratto distale del condotto ileale (TC) (t= localizzazione neoplastica; #= condotto ileale)



Il decorso operatorio era stato caratterizzato da una sindrome dell'intestino corto, multiple scariche diarroiche e dolore addominale, autolimitantesi e mitigata dalla terapia medica (loperamide, colestiramina, rifamixina e fermenti lattici) a 25 giorni dall'intervento.

A 9 mesi dall'intervento la paziente è vivente, in buona salute con ansa ileale funzionante; la TC di controllo non mostra idronefrosi né apparenti segni di recidiva.

Il secondo caso riguarda un uomo di 76 anni funzionale destro sottoposto a monorene cistectomia radicale per carcinoma a cellule transizionali in situ ed inefficace chemioterapia endovescicale con BCG. L'esame istologico aveva deposto per diffuso CIS a cellule transizionali associato a circoscritto focolaio di carcinoma papillare a cellule transizionali, grado 3, infiltrante la tonaca muscolare propria in corrispondenza della parete posteriore e dell'anastomosi vescicoureterale destra. Margini di resezione e linfonodi iliaco otturatori liberi da neoplasia (numero linfonodi: destra 11; sinistra 15), stadiazione TNM 2002 pT2bN0M0.

A 5 anni dall'intervento, dopo relativo benessere, il paziente ha lamentato dolore al fianco sinistro e progressivo peggioramento della funzionalità renale raggiungendo valori di creatininemia 4 presentando ecograficamente e 3° idroureteronefrosi destra di grado. posizionamento di una nefrostomia percutanea aveva risolto parzialmente il quadro insufficienza renale (1,9mg/dl). La successiva TC con pielografia discendente trans-nefrostomica evidenziava una sospetta neoformazione nel tratto prossimale del condotto ileale di circa 4 cm di diametro e multiple sospette lesioni epatiche. Una ileoscopia con cisto-nefroscopio flessibile (Visera, Olympus Medical System Corp., Tokyo, Japan) aveva permesso di visualizzare la neoformazione e di eseguire biopsia a freddo della stessa (Figura 5, 6, 7) confermando la recidiva uroteliale. Analogo referto era risultato dalla biopsia ecoguidata epatica: carcinoma solido poco differenziato con aree di differenziazione squamosa. Il paziente dopo rifiuto della chemioterapia e di ogni altra procedura chirurgica a 5 mesi era vivo ed in condizioni accettabili.

4. Discussione e Conclusioni

L'urotelio è un singolo vasto sistema anatomico che si estende dal sistema collettore caliceale all'uretra distale. La multifocalità, la multicentricità, la tendenza a recidiva e a progredire richiedono un approccio razionale ad una malattia non sempre eradicabile.



L'incidenza di neoformazioni tardive complicanti un segmento ileale incorporato nel tratto urinario è un eventualità rara e meno frequente. L'utilizzo di segmenti colici sostitutivi in caso enterocistoplastiche sono più comuni e l'incidenza lesioni precancerose polipoidi adenocarcinoma del colon a livello dell'anastomosi entero-uroteliale varia dal 5% al 40%, da 500 a 7000 volte più frequente di quanto documentato nella popolazione generale. Lo sviluppo di neoplasie a carico di segmenti enterici utilizzati per diversioni urinarie è stimato presentarsi fino al 29% dei casi.iv

L'esatta patogenesi non è ancora ben conosciuta, tuttavia sono stati ipotizzati alcuni meccanismi. Gittes *et al.* suggerisce che il contatto di urine, feci, urotelio ed epitelio colico a livello dei siti anastomotici possa attivare carcinogeni fecali, contribuendo al fenomeno di iniziazione del processo di carcinogenesi nell'ureterosigmoidostomia. Numerosi dati in letteratura permettono di evidenziare inoltre un'evoluzione neoplastica in condotti (ileali e colici) ed in cistoplastiche di ampliamento anche dopo esclusione dal transito fecale. Vi vii viii ix È

dimostrato che la presenza di una batteriuria cronica determini un'elevata produzione di Nnitrosamina, noto carcinogeno imputato in numerosi processi neoplastici. Ridaura *et al.* ha messo in evidenza l'evoluzione a metaplasia colica della mucosa ileale in seguito ad esposizione cronica di urina^x ed un quadro cronico infiammatorio da infezione batterica recidivante ne rappresenterebbe il primo movens. ^{xi xii}

È ben conosciuto che i pazienti affetti da estrofia vescicale, sottoposti ad enterocistoplastica d'ampliamento, presentano un elevato rischio di sviluppare un adenocarcinoma, in particolare ad istologia vescicale; in tali pazienti, infanti o giovani con spettanza di vita sovrapponibile alla popolazione generale, l'esposizione della mucosa enterale al flusso urinario può avvenire per molti anni ed il potere cangerogenico ha il tempo necessario per espletarsi. XIIII

Differentemente i pazienti cistectomizzati per neoplasia vescicale presentano un'inferiore spettanza di vita e la progressione ed il rischio neoplastico dipendono proporzionalmente dal fattore tempo. Nel nostro centro ad esempio l'età media dei pazienti sottoposti a cistectomia radicale per patologia neoplastica è di 70 anni (range 54-94).

Altra evenienza è lo sviluppo tardivo di un carcinoma a cellule transizionali in condotti ileali di cistectomia per neoplasia vescicale. La letteratura riporta 21 casi dal 1975 ad oggi.

Nella maggior parte è presente una localizzazione multipla combinata, ansa ileale e alte vie escretrici; in tal caso si può ipotizzare un autoimpianto da disseminazione ed attecchimento per contiguità. Come è noto una neoplasia ureterale in pazienti con anamnesi di neoplasia vescicale si sviluppa nel 2-4% xiv e tale localizzazione, metacrona, sviluppata con una latenza compresa dai 40 ai 170 mesi, avviene più frequentemente a livello dell'uretere distale. XV Il concetto di neogenesi tumorale multicentrica nell'urotelio XVI giustifica la localizzazione alle alte vie escretrici ma non quella in un condotto ileale.

La letteratura riporta solo 9 casi di unica localizzazione a carico del condotto ileale (vedi Tabella 2) e rimane da chiarire l'esatto meccanismo eziopatologico di tale sede. Garner et *al.* dopo studi istologici su condotti ileali ha evidenziato un quadro reattivo di infiammazione cronica, ma non è mai stato descritto un quadro di metaplasia transizionale dell'epitelio colonnare intestinale.

La presentazione clinica tipica in questi casi è la macroematuria monosintomatica, accompagnata o meno da dolore al fianco o colica renale. Si riporta un caso di presentazione con quadro urosettico ed emissione di urine purulente^{xviii} e un altro con ascite fistola urinosa a livello dell'anastomosi uretero-ileale.^{xix} Nella nostra esperienza il dato predominante è stato il dolore e l'idronefrosi.

La diagnosi viene eseguita facilmente tramite esecuzione di Uro-TC, Urografia endovenosa, loopogramma, scopia dell'ansa con biopsia a freddo.

L'approccio chirurgico varia dalla laparotomia, con resezione parziale (4 casi) o asportazione totale dell'ansa intestinale con confezionamento ex-novo di ureterocutaneostomia (3 casi), alla resezione attraverso la stomia della neoformazione mediante resettore standard. Un solo caso è stato sottoposto a terapia combinata, chemioterapia preoperatoria, escissione del condotto e chemioterapia postoperatoria.

La prognosi di questi pazienti è uniformemente severa. Il follow-up riportato in letteratura, e così anche il nostro, è relativamente modesto (range 4-13 mesi). Il caso con paziente sano e follow-up più lungo (56 mesi) viene riportato da Corral et *al.*^{xx} con una combinazione di chemioterapia pre e postoperatoria (schema a Sandwich) con asportazione del condotto ileale e ureterocutaneostomia.

Nonostante ciò riteniamo che in caso di sospetto di recidiva di un carcinoma a cellule transizionali in un condotto ileale l'intervento elettivo sia la laparotomia esplorativa. La demolizione dell'ansa ileale è un atto chirurgico ripetibile ed efficace. Il confezionamento di una nuova ureteroileocutaneostomia è tecnicamente possibile; ed è possibile anche eseguire una nuova stomia nell'emi-addome sinistro.

Caso 2°: Ileoscopia.



Caso 2°: Estremità distale della neoformazione.



Caso 2°:Biopsia in corso di ilescopia.



Tabella 2 Carcinoma a cellule transizionali in condotto ileale dopo cistectomia radicale. Casi descritti in letteratura

#	Autore	Anno	Età Sesso / neoplasia	Trattamento chirurgico	Recidiva	Presentazion e alla diagnosi	Sede	Trattamento	Follow-up
1	Wajsman et <i>al</i> . xxi	1975	57F/ TCC vescica e rene dx	Cistectomia, condotto ileale	6 anni	Dolore, ematuria.	Loop ileale.	Resezione parziale del condotto, re- anastomosi.	12 mesi in salute
2	Mulholland et <i>al</i> ^{xxii} .	1975	54F/TCC vescica e rene	Nefroureterec tomia sin, condotto ileale.	9 mesi	Ematuria, IVU(+), citologia(+), condottoscop ia(+), biopsia(+)	Loop ileale.	Asportazione Condotto, resezione parziale uretere.	/
3	Allan et al. xxiii	1976	/	/	/	/	Loop ileale.	/	/
4	Rubin et al.*xxiv	1979	68/F TCC vescica	Cistectomia, condotto ileale.	6,5 anni	Dolore, ematuria citologia (-), Urografia (+), Loopgramma (+).	Loop ileale.	Resezione parziale condotto.	Deceduto in 1° giornata postoperato ria
5	Robert et al. xxv	1987	69F/ TCC vescica	Cistectomia, condotto ileale.	4 mesi	Dolore, febbre, infezione vie urinarie, CT (+), Endoscopia (+), Biopsia (+).	Loop ileale.	Resezione parziale condotto.	4 mesi in salute.
6	Corral et al. xxvi	1993	54M/ CCT vescica	Cistectomia, condotto ileale.	1 anno	Ematuria intermittente, CT(+).	Loop ileale.	ChT preoperatoria, Asportazione condotto, ChT postoperatori a.	56 mesi (4 ½ aa) in salute.
7	Ali-El- Dein et al. xxvii	2002	56M/ ADK vescica	Nefroureterec tomia sin, cistectomia, condotto ileale.	4 anni	Ematuria, Dolore.	Loop ileale.	Asportazione condotto.	12 mesi in salute.
8	So et al. xxviii	2002	72F/ CCT vescica	Cistectomia, condotto ileale.	9 anni	Febbre, brividi, dolore addominale, urinoma.	Loop Ileale.	Resezione parziale condotto.	/
9	Celma et al. xxix	2008	69M/ CCT vescica	Cistectomia, condotto ileale	5 anni	Ematuria, TC (+), IVU (+), Ileoscopia (+).	Loop ileale.	Resezione endoscopica (cistectomia rifiiutata).	13 mesi in salute.

Legenda:

M: maschio; F: femmina; CCT: carcinoma cellule transizionali; sin: sinistra; ds: destra, IVU: urografia endovenosa; CT: Tomografia Computerizzata Addominopelvica,

(+): esame positivo; (-):esame negativo; ChT: chemioterapia.

Bibliografia

- Gittes, R.F.: Carcinogenesis in ureterosigmoidostomy. Urol Clin North Am, 13: 201, 1986
- ii Leadbetter, G.W., Jr., Zickerman, P. and Pierce, E.: Ureterosigmoidostomy and carcinoma of the colon. J Urol, 121: 732, 1979
- iii Husmann, D. A. and Spence, H. M.: Current status of tumor of the bowel following ureterosigmoidostomy: a review. J Urol, 144: 607, 1990
- iv Fichtner J. Follow-up after urinary diversion. Urol Int 63: 40–45, 1999.
- ^v Richie, J.P.: Editorial comment. J Urol. 1982, 127: 1187.
- vi Chiang, M.S., Minton, J. P., Clausen, K, Clatworthy, H. W. and Wise, H. A., 11: Carcinoma in a colon conduit urinary diversion. J. Urol, 1982, 127: 1185...
- vii Wilson, J.W.L. and Morales, A.: Development of adenocarcinoma in transverse colon conduit. Urology,1982. 20: 182.
- ⁴ Marchetti, D.L., Piver, M.S. and Tsukada, Y.: Adenocarcinoma in an isolated sigmoid urinary conduit. Obst. Gyn. 1984, 63:(3) 54S.
- ix Shokeir, A.A., Shamaa, M., El-Mekresh, M.M. et al: Late malignancy in bowel segments exposed to urine without fecal stream. Urology 1995, 46: 657.
- ^x Ridaura, C.: Re: Adenomatous polyp in ileal conduit. Letter to the Editor. J Urol 1984, 131: 125.
- xi Mansson, W. and Willen, R.: Mucosal morphology and histochemistry of the continent cecal reservoir for urine. J Urol, 1988.139: 1199.
- xii Sohn, M., Fuzesi, L., Deutz, F. et al: Signet ring cell carcinoma in adenomatous polyp at site of ureterosigmoidostomy 16 years after conversion to ileal conduit. J Urol 1990, 143: 805.
- xiii Harzmann, R., Schubert, G. E. and Bichler, K. H.: Bladderexstrophy and induction of carcinoma. Akt. Urol. 1984, 15: 116.

- xiv Oldbring J, Glifberg I, Mikulowski P, et al: Carcinoma of renal pelvis and ureter following bladder carcinoma: frequency, risk factors and clinicopathological findings. J Urol 1988. 141: 1311–1313.
- xv Yousem DM, Gatewood OM, Goldman SM, et al: Syncronous and metachronous transitional cell carcinoma of the urinary tract: prevalence, incidence, and radiographic detection. Radiology 1998 167: 613–618.
- xvi Kaplan J.H., McDonald J.R., Thompson G.J., Multicentric origin of papillary tumors of the urinary tract. J Urol 1951, 66: 792.
- xvii Zinncke H., Garbeff P.J., Beahrs J.R. Upper urinary tract transitional cell cancer after radical cystectomy for bladder cancer. J Urol,1984 131: 50.
- xviii S. D. Roberts, Howard J Williams and M. I. Resnick. Metastatic transitional cell carcinoma in an ileal conduit following cystectomy. J Urol. 1987, 137:734-735.
- xix A. So, L. Hockey nad R. Norman. Late ureteral conduit urinary leak as a presentazion of urotelial carcinoma of the ureter. Urology 2002, 59(6).
- xx D. A. Corral and R.R. Bahnson. Recurrent transitional cell carcinoma in an ileal conduit trated by sandwich chemotherapy and surgical resection. J Urol 1993, 150:471-472.
- xxi Z. Wajsman, G. Baumgartner, C. Merrin. Transional cell carcinoma of ileal loop following cystectomy. Urology, feb 1975, **5**, (2) 255-256.
- ^{xxii} C. Mulholland, W.A. McCallion, J. D. Biggart, J. A. Kennedy and P.F. Keane. Transitional Cell Carinoma In An Ileal Conduit. BJU 1993; **71**(5):618-9.
- xxiii DM Allan. Recurrent transitional cell carcinoma complicatine ileal conduit. BJU (1976) **48**: 60.
- xxiv Rubin BE, Rodriguez E, Mangasarian R, Cummings J, Kwart A. Recurrent Transitional Cell Carcinoma In An Ileal Conduit. Urol Radiol. 1979;(1):61-62.

- xxv S. D. Roberts, Howard J Williams and M. I. Resnick. Metastatic transitional cell carcinoma in an ileal conduit following cystectomy. J Urol 1987, 137:734-735.
- xxvi D. A. Corral and R.R. Bahnson. Recurrent transitional cell carcinoma in an ileal conduit trated by sandwich chemotherapy and surgical resection. J Urol 1993, **150**:471-472.
- xxviii Bedeir Ali-el-dein, Nasr El Tabey,
 Mohamed Abdel-Latif, Mona Abdel-Rahim and Magdy S. El-Bahnasaway; Late Uro-Ileal Canceer After Incorporation Of Ileum Into The Urinary Tract. J Urol 2002 167: 84-88.
- xxviii A. So, L. Hockey nad R. Norman. Late ureteral conduit urinary leak as a presentazion of urotelial carcinoma of the ureter. Urology 2002, **59**(6).
- xxix Celma DA, Tremps VE, Planas MJ, Bestard VJ, Mir MC, Morote RJ, Transitional cell carinoma relapse in uretero-ileal conduit afetr radical cistectomy. Acta Urol Esp. 2008: **32**(6)642-644.