

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA**C67X Tumor maligno de la vejiga urinaria****GPC****Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Vejiga****ISBN 978-607-8270-92-7****DEFINICIÓN**

Más del 90 % de los tumores del urotelio se originan en la vejiga, 8% en la pelvis renal y el 2% restante en el uréter y uretra. El carcinoma urotelial (células transicionales) es el subtipo histológico más común. Los otros subtipos histológicos los constituyen 3% los tumores de células escamosas, 2% adenocarcinomas y 1% los de células pequeñas. Los tumores uroteliales pueden tener un componente histológico mixto tales como urotelial y escamoso, adenocarcinoma, micro papilar y sarcomatoide y todos ellos deben ser tratados como cáncer de urotelio.

FACTORES DE RIESGO

La etiología del cáncer vesical parece ser multifactorial en donde influyen factores del medio ambiente y factores moleculares endógenos.

Los tipos de exposición ocupacional incluyen a las aminas aromáticas en los trabajadores de la industria de la imprenta, procesamiento de hierro, aluminio, pintura, gas y curtido de pieles. Se mantiene en controversia la relación de la fenacetina y el paracetamol como factores de riesgo

Otro factor de riesgo considerado el más importante es el tabaquismo, el cual triplica el riesgo de desarrollar cáncer vesical.

DIAGNÓSTICO

La hematuria se presenta en la mayoría de los pacientes con cáncer vesical.

La hematuria puede ser macro o microscópica, continua o intermitente acompañada de síntomas como disuria, polaquiuria, urgencia y dolor o asintomática (silente).

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Los estudios radiológicos son frecuentemente realizados en conjunto con la cistoscopia y son parte de la evaluación de la hematuria. Las técnicas de imagen comunes incluyen ultrasonido de vías urinarias, urograma excretor, pielografía ascendente, tomografía computada y resonancia magnética. La ultrasonografía ha sido usada con mayor frecuencia como herramienta inicial para valorar el tracto urinario, porque evita el uso de medios de contraste y provee imágenes adecuadas del tracto urinario superior y la vejiga.

La citología urinaria puede ser utilizada para el estudio y evaluación de pacientes con tumores uroteliales. La citología urinaria positiva puede indicar tumor urotelial en cualquier sitio del tracto urinario. La sensibilidad es más alta en tumores de alto grado y menor en los de bajo grado, teniendo mayor utilidad en presencia de cáncer in situ (mayor a 90%). La citología urinaria negativa no excluye la presencia de tumores de bajo grado.

El diagnóstico de cáncer de vejiga finalmente depende del examen cistoscópico y la confirmación histológica. La descripción cuidadosa de los hallazgos cistoscópicos son necesarios: sitio, tamaño, número y características del o los tumores (sésil o papilar) y/o las anomalías de la mucosa.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La terapia intra vesical adyuvante que se utiliza en el Cáncer de vejiga no-músculo invasor es con inmunoterapia (BCG) y Quimioterapia (Mitomicina C) con esquema de inducción y mantenimiento.

La quimioterapia sistémica forma parte de las alternativas de manejo de los tumores vesicales músculo invasores, como tratamiento primario neoadyuvante y/o adyuvante a la cistectomía y en la enfermedad recurrente y/o metastásica.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

El tratamiento inicial de los tumores vesicales es la resección transuretral endoscópica (RTUV). La resección completa y correcta (que incluya la muscular propia) es esencial para una adecuada etapificación.

El estándar de tratamiento para pacientes con tumor músculo invasor es la cistectomía radical.

La radioterapia constituye una herramienta de manejo en los tumores vesicales en etapa T2-T4, principalmente asociada a la quimioterapia.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

- El tratamiento primario de los pacientes con tumores vesicales incluye la RTUV y biopsia profunda; deben efectuarse en hospitales de segundo nivel ó enviarlos a tercer nivel cuando no se cuenten con los recursos humanos y/o técnicos en la unidad de atención.
- La referencia del paciente a tercer nivel de atención debe incluir el diagnóstico de certeza de cáncer de vejiga por histopatología.
- Los pacientes enviados a tercer nivel deben ser enviados con la mayor cantidad de estudios posibles para su etapificación (rx tórax, TAC abdominopélvica)
- Los pacientes con tumores vesicales no músculo invasores deben ser enviados a tercer nivel cuando se requiera de terapia intravesical (quimio o inmunoterapia) y no se cuente con los recursos necesarios para su aplicación.
- Los pacientes con cáncer vesical deben ser enviados a tercer nivel cuando se requiera el apoyo de oncología médica y / radiooncología.
- Los pacientes con tumores vesicales no músculo invasores de alto grado y músculo invasores deben ser enviados a tercer nivel cuando se requiera de cistectomía y no se cuente con la experiencia y recursos necesarios para la cirugía.

INCAPACIDAD

- Pacientes operados de RTUV por tumores vesicales se recomienda de 21 a 28 días de incapacidad para su recuperación.
- Pacientes operados de cistectomía radical se recomienda mínimo 60 días de incapacidad para su recuperación.
- En los paciente que se encuentran recibiendo quimioterapia deberán recibir incapacidad durante el tiempo de la misma y hasta por 4 semanas después del inicio del último ciclo de tratamiento

Anexos

CUADRO 1 ESTADIFICACIÓN DE LOS TUMORES VESICALES (AJCC 2002)

Estadificación de los tumores vesicales
•Tumor primario (T)
•TX: El tumor primario no puede evaluarse
•T0: No hay evidencia de tumor primario
•Ta: Carcinoma papilar no invasivo
•Tis: Carcinoma in situ
•T1: El tumor invade tejido conectivo subepitelial
•T2: El tumor invade el músculo
•T2a: El tumor invade el músculo superficial (mitad interna)
•T2b: El tumor invade el músculo profundo (mitad externa)
•T3: El tumor invade tejido peri vesical
•T3a: Microscópicamente
•T3b: Macroscópicamente (masa extra vesical)
•T4: El tumor invade cualquiera de los siguientes sitios: próstata, útero, vagina, pared pelviana o pared abdominal
•T4a: El tumor invade la próstata, útero, vagina
•T4b: El tumor invade la pared pélvica, pared abdominal
Ganglios linfáticos regionales (N)
•NX: No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales
•N0: No hay metástasis de ganglios linfáticos regionales
•N1: Metástasis en un solo ganglio linfático de 2 cm o menos
•N2: Metástasis en un solo ganglio linfático mayor de 2 pero menor de 5cms: 1. En su diámetro mayor; o ganglios 2. Linfáticos múltiples de 5cm o menores.
•N3: Metástasis en un ganglio linfático o masas mayores de 5 cm
Metástasis a distancia (M)
•MX: No se puede evaluar metástasis a distancia
•M0: No hay metástasis a distancia
•M1: Metástasis a distancia

CUADRO 2. CLASIFICACIÓN POR ESTADIOS DEL CÁNCER DE VEJIGA (AJCC 2002)

Estadio 0a Ta, NO, MO
Estadio "In situ" Tis, NO, MO
Estadio I T1, NO, MO
Estadio II T2a, NO, MO T2b, NO, MO
Estadio III T3a, NO, MO T3b, NO, MO T4a, NO, MO
Estadio IV T4b, NO, MO Cualquier T, N1, MO Cualquier T, N2, MO Cualquier T, N3, MO Cualquier T, cualquier N, M1

NCCN. Guías de Práctica Oncológica: Cáncer de Vejiga 2009.

CUADRO 3. CLASIFICACIÓN DEL GRADO DE MALIGNIDAD DEL CÁNCER DE VEJIGA.

Bergkvist 1987, modificada.	OMS 1973	OMS/ISUP 1998 Consenso OMS 2004
Papiloma grado 0	Papiloma	Papiloma
Papiloma con atipia grado 1	CCT grado 1	Neoplasia urotelial papilar con bajo potencial maligno.
Carcinoma urotelial grado 2A	CCT grado 1	Carcinoma urotelial, bajo grado.
Carcinoma urotelial grado 2B	CCT grado 2	Carcinoma urotelial, bajo grado o alto grado.
Carcinoma urotelial grado 3	CCT grado 3	Carcinoma urotelial, alto grado.

OMS: Organización mundial de la salud. SIUP: Sociedad internacional de Uro patólogos.

Droller MJ: Bladder Cancer, Current Diagnosis and treatment. Totowa, NJ, 2001.

NCCN: Clinical Practice Guidelines in oncology, 2009

CUADRO 4. PROBABILIDAD DE RECURRENCIA Y PROGRESIÓN DEL CÁNCER DE VEJIGA NO-MÚSCULO INVASOR

Patología	Probabilidad de recurrencia a 5 años	Probabilidad de progresión a musculo invasor
Ta, bajo grado	50%	Mínima.
Ta, alto grado	60%	Moderado.
T1, bajo Grado (raro)	50%	Moderado.
T1, alto grado	50-70%	Moderado-Alto.
Tis	50-90%	Alto.

NCCN: Clinical Practice Guidelines in oncology, 2009

CUADRO 5. PUNTUACIÓN PARA EL CÁLCULO DE RECURRENCIA Y PROGRESIÓN DEL CÁNCER DE VEJIGA NO-MÚSCULO INVASOR

Factor	Recurrencia	Progresión
Número de tumores		
Único	0	0
2-7	3	3
> 8	6	3
Tamaño del tumor		
< 3 cm	0	0
> 3 cm	3	3
Recurrencia previa		
Primaria	0	0
< 1 recurrencia/año	2	2
> 1 recurrencia/año	4	2
Categoría		
Ta	0	0
T1	1	4
Con CIS		
No	0	0
Si	1	6
Grado (1973 WHO)		
G1	0	0
G2	1	0
G3	2	5
Puntuación total	0-17	0-23

CIS: Ca in situ

European Association of Urology 2009. Guidelines on Bladder Cancer European Association of Urology 2009

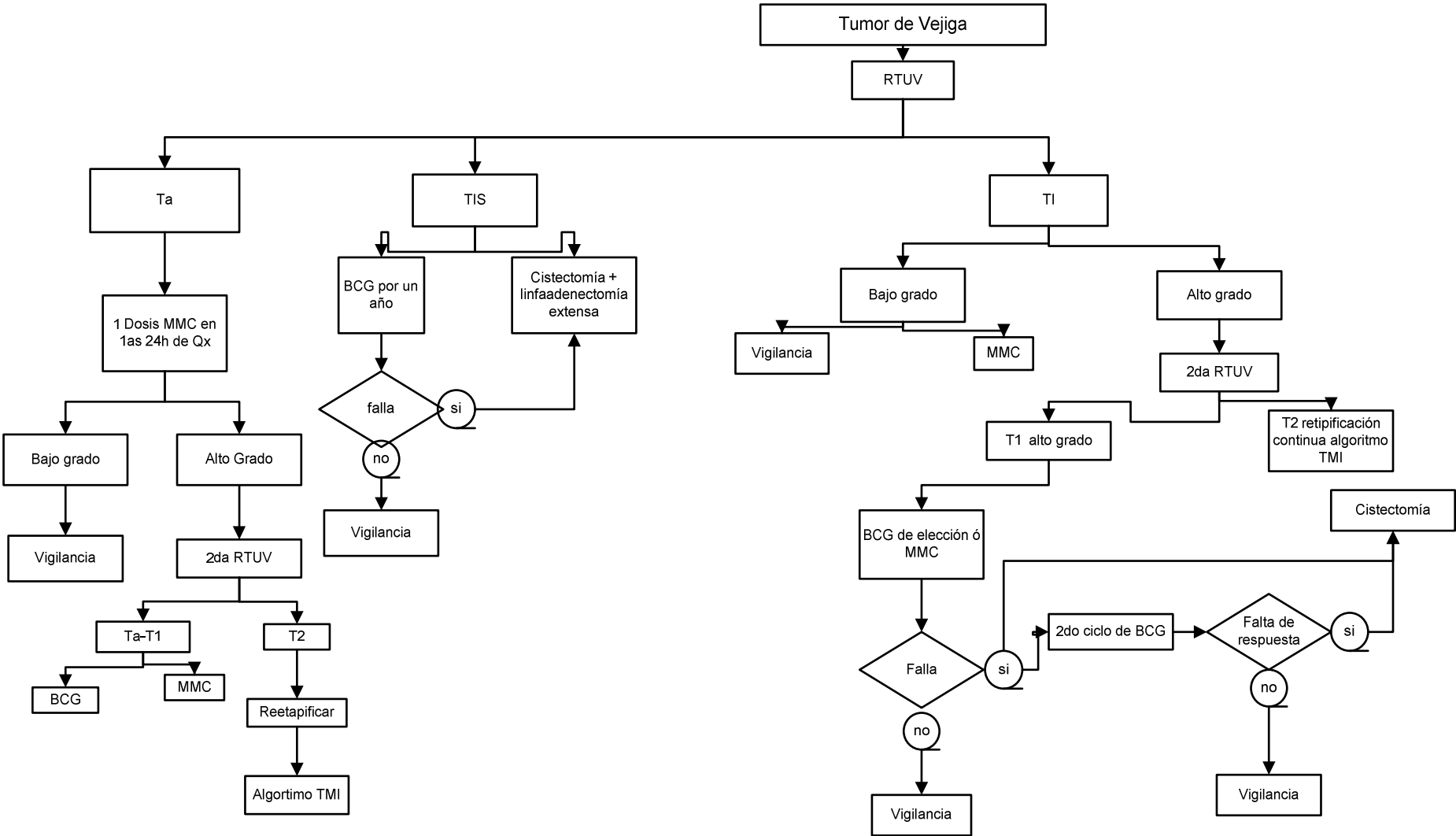
CUADRO 6. PROBABILIDAD DE RECURRENCIA Y PROGRESIÓN DEL CÁNCER DE VEJIGA DE ACUERDO A LA PUNTUACIÓN.

Puntuación de recurrencia	Probabilidad de recurrencia a 1 año % (IC 95%)	Probabilidad de recurrencia a 5 años % (IC 95%)	Grupo de riesgo
0	15 (10-19)	31 (24-37)	Riesgo Bajo
1-4	24 (21-26)	46 (42-49)	Riesgo intermedio
5-9	38 (35-41)	62 (58-65)	Riesgo intermedio
10-17	61 (55-67)	78 (73-84)	Alto riesgo
Puntuación de progresión	Probabilidad de progresión a 1 año % (IC 95%)	Probabilidad de progresión a 5 años % (IC 95%)	Progresión en Grupo de riesgo
0	0.2 (0-0.7)	0.8 (0.17)	Riesgo Bajo
2-6	1 (0.4-1.6)	6 (5-8)	Riesgo Intermedio
7-13	5 (4-7)	17 (14-20)	Riesgo Alto
14-23	17 (10-24)	45 (35-55)	Riesgo Alto

Guidelines on Bladder Cancer European Association of Urology 2009

ALGORITMOS

Cáncer de Vejiga No Músculo Invasor
Algoritmo 1



**Cáncer de Vejiga Músculo Invasor
Algoritmo 2**

