

Actualidad Médica

Cáncer de vejiga

Miguel Ángel Arrabal Polo; María del Carmen Cano García
UGC Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

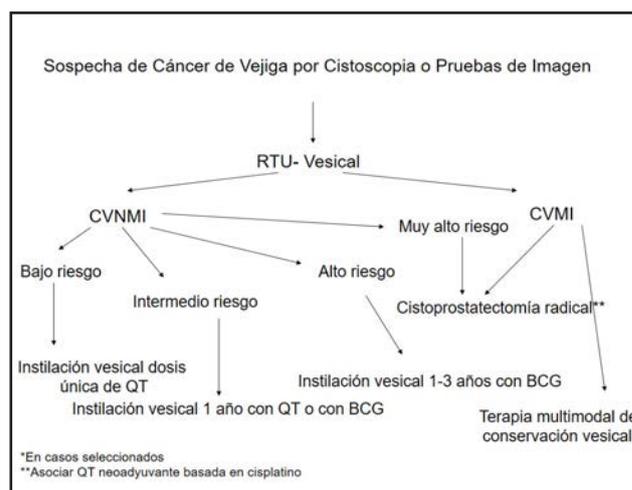
El cáncer de vejiga representa el 5% de todos los tumores malignos en Estados Unidos, siendo su incidencia progresivamente más elevada en los últimos años como consecuencia del aumento de la exposición a factores de riesgo y el aumento de la esperanza de vida. Suele presentarse con mayor frecuencia en personas de edad avanzada, con una edad promedio al diagnóstico de 73 años. La proporción de padecer este tipo de cáncer es de 3-4:1 del hombre con respecto a la mujer (1-3).

El principal factor de riesgo para padecer cáncer de vejiga es la exposición al tabaco, suponiendo al menos un riesgo 3 veces mayor de presentar esta patología. Otros factores de riesgo modificables relacionados con la aparición de esta neoplasia son la exposición a aminas aromáticas en lugares de trabajo, la presencia de arsénico en agua potable, el consumo de algunos tipos de medicamentos o productos de herbolario, la existencia de infecciones (como la esquistosomiasis), quimioterapia previa con ciclofosfamida. Entre los factores de riesgo no modificables se encuentran la edad, el sexo y la raza, siendo más frecuente en el hombre blanco y enfermedades genéticas hereditarias (1-3).

La manifestación clínica más habitual en el cáncer de vejiga es la aparición de hematuria macroscópica, aunque ante una hematuria microscópica repetida en un paciente con factores de riesgo, hay que tener en cuenta esta posibilidad y sospecharla. En caso de hematuria macroscópica monosintomática se recomienda la realización de uretrrocistoscopia para estudio pormenorizado de la uretra y cavidad vesical. Ante la presencia de hematuria microscópica, además de descartar otras posibles causas, es recomendable al menos la realización de estudio completo del aparato urinario mediante ecografía y citología urinaria. Cuando se llega al diagnóstico clínico de neoplasia vesical (por cistoscopia u otra prueba de imagen) se recomienda en primer lugar la realización de una resección transuretral de vejiga (RTU-V) que sirve de diagnóstico histológico y como tratamiento en los cánceres de vejiga no músculo-infiltrante. Desde el punto de vista clínico es muy útil la distinción entre cáncer vesical no músculo-infiltrante (CVNMI) y cáncer vesical músculo-infiltrante (CVMI) puesto que el tratamiento difiere considerablemente (1).

En caso de CVNMI cabe distinguir fundamentalmente tres grupos de riesgo (bajo, intermedio y alto). En el grupo de bajo riesgo el tratamiento consiste además de la RTU-V en la instilación precoz postoperatoria y única de quimioterapia intravesical. En el grupo de riesgo intermedio, se recomienda además de la RTU-V la instilación de quimioterapia intravesical como máximo 1 año o bien instilación con BCG hasta 1 año igualmente. En el grupo de alto riesgo se recomienda la RTU-V asociada a instilaciones de BCG entre 1-3 años. Existe un subgrupo de pacientes

de muy alto riesgo (en los que previamente ha fallado la BCG o en los que la histología es muy desfavorable) en los que puede indicarse Cistoprostatectomía radical como tratamiento más apropiado. Aunque no existe un esquema de seguimiento establecido en este tipo de pacientes con CVNMI, se recomienda cistoscopia y citología a los 3 meses de la RTU-V y posteriormente espaciarlas cada 6-12 meses (en función del riesgo) hasta 5-10 años (1, 2).



Algoritmo de tratamiento.

En caso de CVMI se recomienda la realización de Cistoprostatectomía radical como tratamiento estándar con derivación continente siempre que sea posible (a excepción de neoplasia que afecte al trigono o uretra prostática fundamentalmente). La quimioterapia neoadyuvante basada en cisplatino ha demostrado aumentar la supervivencia en 5%-8% a los 5 años en este tipo de pacientes por lo que está recomendada, debiéndose suspender en caso de intolerancia o progresión de la enfermedad para realizar de forma inmediata la Cistoprostatectomía radical. No se debe retrasar más de 3 meses la cirugía para evitar aumentar el riesgo de progresión y muerte cáncer-específica. La quimioterapia adyuvante no está indicada de forma sistemática tras la Cistoprostatectomía radical, mientras que la Radioterapia externa sólo se contempla cuando el paciente no es candidato a cirugía o cuando se pretende un tratamiento multimodal de conservación vesical. Habitualmente el tratamiento multimodal para terapia

de conservación vesical (no realización de Cistoprostatectomía radical) consiste en la combinación de RTU-V, quimioterapia y radioterapia externa. En los casos en los que existe enfermedad metastásica al diagnóstico, la realización de cirugía de exéresis no es curativa, quedando reservada fundamentalmente para aquellos pacientes sintomáticos con el objetivo de mejorar su calidad de vida, ya que el tratamiento sistémico con quimioterapia basada en cisplatino es lo indicado en muchos de los casos (1, 2).

BIBLIOGRAFÍA

1. EAU pocket Guideline 2016. <http://uroweb.org/wp-content/uploads/Pocket-Guidelines-2016-complete-file.pdf>
2. National Cancer Institute. Physician Data Query (PDQ). Bladder Cancer Treatment. 2015. Accessed at www.cancer.gov/types/bladder/hp/bladder-treatment-pdq on January 14, 2016.
3. Moyer VA; US Preventive Services Task Force. Screening for bladder cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2011;155:246-251.